

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Estigma público percibido, autoestigma y actitudes hacia buscar ayuda en psicoterapeutas limeños

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología presentada por:

Mariana Alejandra Yépez Castro

Asesor:

Javier Eduardo Sánchez Calderón

Lima, 2025

INFORME DE SIMILITUD

Yo, Javier Eduardo Sánchez Calderón docente de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado Estigma público percibido, autoestigma y actitudes hacia buscar ayuda en psicoterapeutas limeños, del/de la autor(a)/ de los(as) autores(as)


Mariana Alejandra Yépez Castro, dejo constancia de lo siguiente:

El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 15 %. Así lo consigna el reportede similitud emitido por el software *Turnitin* el 17/11/2025 (DD/MM/YYYY)

He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.

- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 17 de noviembre de 2025

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: Sánchez Calderón, Javier Eduardo	
DNI: 72813056	Firma 
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8551-761X	

Agradecimientos

Ante todo, gracias a Dios por darme el privilegio de recibir una educación de calidad y por las oportunidades que me presenta, como el poder realizar una investigación como esta.

Gracias a mis padres por impulsarme a ser cada vez mejor desde pequeña. Por confiar en mis capacidades, celebrar mis triunfos, y compartir con dicha mis logros.

Gracias a mis abuelos por ser mis fans número 1. Tengo la dicha de aún tenerlos conmigo y que puedan ser testigos de etapas de mi vida tan importantes como esta. Gracias por siempre estar.

Gracias Javier, mi asesor, por la exigencia, la constante presencia, y la honestidad en cada asesoría y retroalimentación. Sin tu soporte esto no hubiese sido posible.

Gracias Lia por ser quien me vio luchar para sacar adelante este trabajo y por celebrar conmigo cada avance. Yo también estoy muy orgullosa de ti.

Gracias Melissa por ser esa querida amiga con quien compartí tantas investigaciones. Después de muchas, no compartimos esta, pero de igual manera te sentí presente.

Gracias Simba por acompañarme en cada amanecida, mi gran amigo gatuno.

Gracias a todos los psicoterapeutas que se sumaron a la investigación ya sea revisándola o participando. Gracias por seguir apostando por la investigación en este rubro creciente y cambiante de la psicología. Gracias por aquellos que me abrieron las puertas o me contestaron tras tanta insistencia y comprendieron la importancia de su participación.

Finalmente, pero no menos importante, gracias a mí; a Ale. Una Ale que nunca dudó de lo lejos que podía llegar, que conocía y a la vez no sus límites, quien disfrutó este proceso, y que priorizó el miedo ante algo nuevo que la tentación de quedarse en algo seguro. Una Ale que, gracias a este trabajo y en general su trayectoria universitaria, se ha demostrado capaz de más de lo que alguna vez se imaginó alcanzar.

Resumen

¿Los psicoterapeutas también deben recibir terapia? ¿Qué los podría impedir? Siguiendo el Modelo de Creencias de la Salud, se identifican a las creencias estigmatizadas como barreras para la búsqueda de ayuda, como aquellas relacionadas al temor a la violación de confidencialidad y la negación de la necesidad de ayuda. Por ello, el objetivo de esta investigación fue examinar la relación entre el *estigma público percibido* y el *autoestigma* en las *actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica* de psicoterapeutas peruanos de Lima Metropolitana. La muestra estuvo compuesta por 130 profesionales con formación en psicología o psiquiatría. Se identificaron dos constructos principales en las actitudes: *Apertura para buscar tratamiento* y *Valoración y necesidad de buscar tratamiento*. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambos tipos de estigma, la asistencia actual a terapia y la Apertura para buscar tratamiento, siendo el autoestigma el predictor más fuerte ($F(2,127)=11.5, p<.001$). Además, se encontró una asociación significativa entre la Valoración y Necesidad de buscar tratamiento y la asistencia previa a terapia ($F=5.75, p<.018, B=1.41$). Se observó que las mujeres presentaron mayores puntajes en Apertura para buscar tratamiento que los hombres ($t(128)=2.10, p=0.04$). Ante ello, se enfatiza la importancia de profundizar la investigación de la terapia como un medio de autocuidado para psicoterapeutas, promoviendo su desarrollo personal y profesional, y fortaleciendo la validez y profundidad de futuros estudios en este campo.

Palabras clave: estigma público percibido, autoestigma, actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica, psicoterapeutas

Abstract

Should psychotherapists also receive therapy? What might prevent them from doing so? Following the Health Belief Model, stigmatizing beliefs are identified as barriers to help-seeking, such as fears of confidentiality breaches and denial of the need for help. Therefore, the aim of this study was to examine the relationship between *perceived public stigma* and *self-stigma* in *attitudes toward seeking psychological help* among Peruvian psychotherapists in Metropolitan Lima. The sample consisted of 130 professionals with majors in psychology or psychiatry. Two main constructs were identified in attitudes: *Openness to Seeking Treatment* and *Perceived Value and Need for Treatment*. A statistically significant relationship was found between both types of stigma, current therapy attendance, and Openness to Seeking Treatment, with self-stigma being the strongest predictor ($F(2,127)=11.5, p<.001$). Additionally, a significant association was found between Perceived Value and Need for Treatment and prior therapy attendance ($F=5.75, p<.018, B=1.41$). It was observed that women scored higher in Openness to Seeking Treatment than men ($t(128)=2.10, p=0.04$). In light of these findings, the study emphasizes the importance of further investigating therapy as a means of self-care for psychotherapists, promoting their personal and professional development, and enhancing the validity and depth of future research in this field.

Key words: perceived public stigma, self-stigma, attitudes toward seeking psychological help, psychotherapists

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes	11
Medición	12
Procedimiento	14
Análisis de datos	15
Resultados	16
Discusión	18
Referencias	26
Apéndices	36
Apéndice A: Porcentajes de variables de estudio relevantes	36
Apéndice B: Ficha de Datos Sociodemográficos	37
Apéndice C: Consentimiento Informado	40
Apéndice D: Tabla integradora de validación por 5 jueces de la escala de EPP	41
Apéndice E: Estadísticos descriptivos de las variables de estudio	4
Apéndice F: Correlaciones	45
Apéndice G: Modelo de regresión entre variables de estudio y Apertura a buscar tratamiento	45
Apéndice H: Análisis de regresión no significativos	46

Introducción

Desde hace más de una década, las enfermedades de índole mental han pasado a ser las más urgentes de atender al momento de evaluar las conductas relacionadas a la salud debido a su prevalencia frente a otro tipo de enfermedades como las infecciosas, las cuales estuvieron presentes durante mucho tiempo, pero cuya prevalencia disminuyó gracias a los avances médicos (Rickwood & Thomas, 2012). De hecho, en América Latina, el padecer una enfermedad a nivel de salud mental se ha vuelto un problema de salud pública debido a la carga y efectos de quienes lo padecen (Minoletti et al., 2013). Al igual que el resto de la sociedad, estas personas deben interactuar diariamente con el resto de la población. Sin embargo, se ha evidenciado la presencia de una interacción social con consecuencias negativas por el simple hecho de padecer un diagnóstico (Mascayano et al., 2015).

En esa línea, el significado de enfermedad viene acompañado de factores sociales y culturales que establecen un descalificativo por poseer un determinado diagnóstico, pues se desencadenan señalamientos por las dificultades que puede poseer la persona para acceder a la vida social (Arenas & Melo-Trujillo, 2021). Por ende, surge un proceso denominado estigmatización por padecer una enfermedad, lo cual dificulta la recuperación e integración social de los afectados pues poseen menos oportunidades de ser agentes de los recursos de su comunidad, como acceder a un empleo, forjar relaciones sociales equitativas o incluso el acceso a servicios básicos como salud, educación, transporte y vivienda (Gil et al., 2016).

En este caso, se puede entender el estigma como aquello que reduce a una persona desde una visión íntegra y “normal” a una “contaminada” en todo tipo de contexto en el cual esta se desenvuelva (El-Hachem et al., 2023; Goffman, 1963). Este consta de tres elementos: los estereotipos, o creencias negativas sobre rasgos o habilidades de un grupo social específico; el prejuicio, reconocido como una actitud hostil hacia el grupo basado en estereotipos; y la discriminación, reacciones conductuales injustas hacia el grupo diferenciado a partir de los estereotipos y prejuicios (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan & Shapiro, 2010; Nearchou et al., 2018; Samari et al., 2022). Entonces, desde un punto de vista social, el estigma se caracteriza por ser una descalificación que utiliza un grupo para señalar a otros como individuos de bajo valor social, por lo que no pueden acceder a una calidad de vida óptima (Goffman, 1963).

Como se adelantó, el tener una enfermedad mental acarrea una forma de clasificar a un grupo estigmatizado por poseer características distintas a las del resto del grupo. Por ejemplo, ver al grupo como inestable o impredecible, que fomentan emociones como miedo y que, finalmente,

derivan en una distancia o rechazo en distintas áreas sociales (Frank & McGuire, 2000; Samari et al., 2022). Es así que el estigma sugiere una percepción distorsionada de la persona que busca tratamiento psicológico, calificándola como indeseable o socialmente inadaptada (Vogel et al., 2006). Acevedo (2018) también argumenta que son vistas como personas no lo suficientemente válidas como para tomar decisiones en la sociedad.

Considerando al estigma como un concepto multifacético, existe una diferencia entre el estigma relacionado a tener una enfermedad mental, con el estigma relacionado a buscar ayuda para la salud mental. Ahora bien, las características del estigma hacia el tener una enfermedad podrían impulsar a no querer buscar ayuda para evitar ser excluidos socialmente (Acevedo, 2018). Sin embargo, resulta importante establecer la diferencia pues los futuros abordajes para ambos tipos de estigmas tendrían enfoques distintos (Mackenzie et al., 2019; Tucker et al., 2013). Ambas considerarían los estereotipos y la discriminación resultante, pero en el primero se plantearía normalizar los síntomas desde el diagnóstico, así como brindar recursos cognitivo conductuales para cambiar el pensamiento autoestigmatizante (Lucksted et al., 2011; Rüsçh et al., 2005). Sin embargo, en el segundo, el enfoque se centraría en normalizar la acción de pedir ayuda, y se discutirían los mitos y beneficios de ir a terapia (Schomerus & Angermeyer, 2008).

En línea con el estigma relacionado a buscar ayuda para la salud mental, El-Hachem et al. (2023), Lannin & Bible (2022), Mackenzie et al. (2019) y O'Connor et al. (2014) distinguen dos tipos principales. En primer lugar, el estigma público percibido (EPP) hace referencia al nivel de conciencia y percepciones que el individuo reconoce que su contexto tiene hacia los estereotipos, prejuicios y discriminación relacionada a enfermedades mentales. En segundo lugar, el autoestigma alude a cómo se percibe el individuo a sí mismo sobre sus propios estereotipos, prejuicios y comportamiento en términos de su autoestima y autoeficacia al momento de buscar atención a nivel de salud mental (Corrigan & Shapiro, 2010; Larrahondo et al., 2020; Nearchou et al., 2018; Vogel et al., 2006). Es decir, el EPP ya se ha internalizado en la persona afectada, de manera que esta cree en los estereotipos sobre alguien con una condición mental que se comparten en su sociedad (Lannin & Bible, 2022; O'Connor et al., 2014).

Por ende, autores como Mackenzie et al. (2019) y Vogel et al. (2013) explican cómo el autoestigma surge a partir de la internalización del EPP en relación a la búsqueda de ayuda en torno a la salud mental. Es decir, es más probable que uno piense que está mal pedir ayuda por problemas de salud mental si piensa que su entorno respalda este estigma. Entonces la persona se centrará en lo alineado a los estereotipos presentes en la sociedad, y se ignorará el resto de

características relacionadas al diagnóstico, sintiéndose diferente al resto del grupo. Por ello, se comprende que el EPP estaría influyendo negativamente en las actitudes hacia buscar ayuda mediante el autoestigma que la propia persona genera (Mackenzie et al., 2019).

El sentirse diferente al resto de la sociedad por buscar ayuda relacionada a salud mental puede conducir a menor confianza en uno mismo, menor autoestima y autoeficacia, así como un incremento en los sentimientos de culpa y vergüenza (Lannin & Bible, 2022; O'Connor et al., 2014). De esta manera, se evidencia que existe un miedo a ser discriminados por poseer la etiqueta de enfermedad a nivel de salud mental al momento de buscar ayuda, lo cual puede limitar la búsqueda de un tratamiento adecuado y, como consecuencia, generar la presencia de un pronóstico negativo en relación a las enfermedades mentales (Schomerus & Angermeyer, 2008; Gulliver et al., 2010; Medeiros et al., 2016; Samari et al., 2022).

Como argumentan Nearchou et al. (2018) y Schnyder et al. (2018), la naturaleza multifacética del estigma relacionado a buscar ayuda a nivel de salud mental ha impulsado a que se explore cómo ambos tipos de estigma se relacionan con las intenciones de buscar ayuda. Si bien Rickwood y Thomas (2012) encontraron que no existe una definición única para el concepto de búsqueda de ayuda, en el contexto de salud mental se puede entender como un proceso de afrontamiento adaptativo para intentar obtener asistencia de fuentes externas que le permitan a la persona sobrellevar problemáticas relacionadas a la salud mental (Samari et al., 2022). Esta puede ser una búsqueda formal, la cual consiste en buscar ayuda mediante el uso de servicios de profesionales como médicos, psicólogos, o el uso de servicios clínicos; y la informal, basada en apoyarse en familiares o amigos cercanos (Rickwood & Thomas, 2012; Samari et al., 2022).

Entonces, a partir de la relación entre el estigma y la búsqueda de ayuda, surge la cuestión sobre aquellos factores relacionados a los presentes conceptos. Así, resulta relevante comprender los factores predictores que explican la búsqueda de ayuda, ante lo cual el Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1966, 1974; Janz & Becker, 1984; O'Connor et al., 2014) ofrece una mirada sociocognitiva que explica por qué se adoptan conductas proactivas de salud, como la búsqueda de ayuda médica (Becker, 1974; Henshaw & Freedman-Doan, 2009; O'Connor et al., 2014).

Esta teoría considera el nivel de susceptibilidad o riesgo para padecer una enfermedad y en qué grado evalúan las consecuencias de la condición. Junto a ello, evalúa los beneficios que se pueden obtener al iniciar una conducta para reducir la gravedad o susceptibilidad, junto con las barreras o costos percibidos sobre el inicio o la continuación del comportamiento recomendado. Por último, se encuentran los valores de salud positivos o “motivación general” de esta misma

(Henshaw & Freedman-Doan, 2009; O'Connor et al., 2014). Esta teoría permite comprender las variables que influyen en la búsqueda de ayuda profesional como conducta proactiva de la salud. Cabe recalcar la influencia de otras variables como características como origen étnico, edad y nivel socioeconómico (Henshaw & Freedman-Doan, 2009).

En línea con el modelo, se han identificado diversas barreras que impiden la búsqueda de ayuda en relación a la salud mental. Por un lado, se encuentra la inaccesibilidad a los servicios de ayuda como la falta de recursos, el alto costo, la dificultad para conseguir citas (Armitage & Connor, 2001, citado en Rickwood & Thomas, 2012), así como la falta de una necesidad percibida de ayuda (Zartaloudi & Madianos, 2010). Pero, por otro lado, se encuentran factores individuales como las creencias que la persona tiene o actitudes hacia los servicios de salud mental. Ellas se relacionan al estigma que los puede exponer a llevar etiquetas negativas, causantes de discriminación y, a largo plazo, exclusión social (El-Hachem et al., 2023; Gulliver et al., 2010; Salaheddin & Mason, 2016).

Ahora bien, se ha encontrado que las barreras relacionadas a la actitud serán más probables de impedir esta búsqueda que las barreras estructurales (Andrade et al., 2014). Estas barreras actitudinales incluían ideas como pensar que podían afrontar el problema por su cuenta, que este mejoraría solo, y la vergüenza o miedo que pueda sentir su entorno (Alegría et al., 2000; Outram et al., 2004). También existe un miedo a la auto-revelación (Bearse et al., 2013), como forma de evitar vergüenza y mantener el anonimato; y una resistencia a que otro profesional los califique como incapaces de trabajar durante un momento de crisis al ser una situación difícil de aceptar y comunicar a los colegas y clientes (Dattilio, 2015). Es aquí en donde nuevamente se resalta el estigma hacia el padecer una enfermedad, el cual puede explicar la exclusión social ante la cual se ven expuestas personas con el diagnóstico e impide que se busque ayuda por la forma en la cual pueden reaccionar los demás.

Ante ello, Corrigan y Matthews (2003) y El-Hachem et al. (2023) sugieren que la persona podría optar por ocultar sus problemas o aislarse de su entorno como mecanismos de afrontamiento. Samari et al. (2022) comentan que también pueden optar por recurrir a las fuentes informales de búsqueda de ayuda como familiares o amigos de confianza, especialmente en pacientes con depresión cuyo apoyo emocional se ha asociado con una mejor recuperación. Sin embargo, podrían ser ellos mismos quienes poseen un estigma internalizado dentro de su apoyo como familiares. Por ende, para evitar que el propio contexto del paciente influya en los estigmas relacionados a la salud mental, resulta necesario abordar el concepto de búsqueda de ayuda desde

un enfoque profesional.

Es así que surge la necesidad de conceptualizar un concepto relacionado a las actitudes hacia la búsqueda de ayuda profesional (ABAP). Fischer y Turner (1970) la explican como aquella tendencia de querer buscar o resistirse a la ayuda profesional durante una crisis personal o después de un malestar psicológico prolongado. Esta incluye la percepción de necesidad de ayuda, la tolerancia al estigma relacionado a la búsqueda de estos servicios, la apertura respecto a los problemas, y el confiar en que la ayuda será de utilidad (Schnyder et al., 2018). Ahora bien, Elhai et al. (2008) comenta que las actitudes hacia el tratamiento pueden cambiar, por lo que resulta pertinente buscar herramientas para facilitar todo tipo de acceso que las personas con condiciones de salud mental puedan necesitar para recibir ayuda.

Ahora bien, siguiendo a Fisher y Turner (1970), el concepto de ABAP se basa en lo postulado por la Teoría de la Conducta Planificada (TCP) de Ajzen (1991). Esta propone que una conducta real es una decisión racional que surge según las intenciones de hacer una acción específica, y que estas intenciones están determinadas a su vez por las actitudes (Rickwood & Thomas, 2012). Es decir, este marco conceptual se apoya en un enfoque de tres procesos para explicar la decisión racional de realizar determinada conducta: las actitudes, las cuales dan lugar a las intenciones que explican la conducta (Armitage et al., 2001; Hardeman et al., 2002; Rickwood & Thomas, 2012).

Pasando a estudios que relacionan las variables mencionadas, Clement et al. (2015) realizaron una revisión sistemática e identificaron una relación significativa entre el autoestigma, el EPP y búsqueda activa de ayuda (conductual), considerando que el autoestigma era el predictor más fuerte. Si bien no analizaron la variable de ABAP como parte de su modelo principal, identificaron que estas actitudes eran la cuarta barrera más importante para la búsqueda conductual de ayuda, resaltando principalmente la preocupación de que se divulgue la información compartida en la terapia.

Por otro lado, Schnyder et al. (2018) también realizaron una revisión sistemática para estimar el impacto del estigma personal, el EPP, el autoestigma y las ABAP en la población en general. En este caso, ni el autoestigma ni el EPP se relacionaron con las ABAP, pero sí otra variable denominada estigma personal. Además, sí identificaron que aquellas actitudes estigmatizantes hacia personas con una enfermedad mental se asociaron con personas con menor actividad o búsqueda de ayuda. En este caso, se identificaron dos barreras principales para la ausencia de búsqueda de ayuda. En primer lugar, se encontró la baja percepción de necesitar

ayuda, al igual que los estudios de Corrigan et al. (2015), Jennings et al. (2015) y Vogel et al. (2006). En segundo lugar, y al igual que el estudio de Andrade et al. (2014), identifican el gran deseo de resolver el problema por su cuenta.

Así, en líneas generales, encontraron que el autoestigma influye en las ABAP, las cuales se asociaron significativamente a la búsqueda conductual de ayuda para problemas de salud mental. Por ende, proponen que las intervenciones para promover la búsqueda de ayuda y la lucha contra el estigma deberían enfocarse en las actitudes personales internalizadas frente a la opinión de la sociedad. De esta manera, proponen fortalecer las creencias relacionadas al tratamiento positivo de las enfermedades mentales, así como el reducir la activación del miedo hacia el diagnóstico, que generalmente es impulsada por los medios de comunicación (Niederkrötenhaler et al., 2014).

Por otro lado, en cuanto a otras variables relevantes en esta interacción, Mackenzie et al. (2019) encontraron que los participantes de mayor edad tenían, por un lado, niveles más bajos de estigma en general y ABAP más positivas; y, por otro lado, un efecto del EPP sobre las ABAP mediante la internalización del autoestigma más significativo. De esta manera, corroboraron que la influencia del estigma y las actitudes son barreras para el tratamiento de la salud mental en la adultez que se presentan de manera más significativa en adultos jóvenes que en adultos mayores. Estos resultados son consistentes con el estudio de Clement et al. (2015), quienes también encontraron que una edad mayor está asociada a menos EPP y autoestigma en relación a la depresión y la enfermedad mental.

También se encontró que el efecto de la edad en el modelo de internalización del estigma hacia la búsqueda de ayuda era más fuerte en hombres que en mujeres (Mackenzie et al., 2019). En línea con ello, Vogel y Heath (2016) encuentran que las normas de género masculinas sobre cómo “deberían” comportarse los hombres podrían influir en su autoestigma y ABAP. En cuanto al EPP, Gierk et al. (2018) encontraron que los hombres puntuaron más alto al utilizar la STIG-9. Ahora bien, Tay et al. (2018) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de analizar las experiencias relacionadas a problemas de salud mental en psicólogos clínicos, el EPP, el autoestigma, y cómo ello influye en las preocupaciones relacionadas a la divulgación y búsqueda de ayuda. En esta, encontraron que dos tercios de los participantes habían experimentado problemas de salud mental, y que las puntuaciones del EPP eran mayores que las del autoestigma. Además, no solían mantener actitudes positivas hacia la búsqueda de ayuda. Así, las preocupaciones en torno a la carrera y la vergüenza preventiva se identificaron como barreras hacia la apertura y búsqueda de ayuda profesional.

En línea con la población mencionada, Constantonou et al. (2017) y Henderson et al. (2011) encontraron que aquellos profesionales que están siendo formados para ayudar a otros pueden auto estigmatizarse ante la búsqueda de ayuda por problemáticas de salud mental. A pesar de que las profesiones relacionadas a la vocación de servicio velan por la promoción de la búsqueda de ayuda, puede ocurrir que estos mismos profesionales se priven de ello ya que asumen que deberían ser capaces de resolver los problemas por su cuenta, o que posiblemente el buscar ayuda pondría en cuestión su idoneidad.

Dentro de los profesionales dedicados al área de salud se encuentran los psicoterapeutas. En palabras de Feixas y Miró (1993), estos son profesionales encargados de brindar un tratamiento con medios psicológicos para ayudar al paciente a resolver conflictos humanos. De esta manera, el proceso interpersonal entre el paciente y el terapeuta será un vínculo necesario para la ejecución de este servicio. Sin embargo, las grandes demandas y el estrés de trabajar con personas que han vivido experiencias con las que pueden identificarse dentro del campo de trabajo puede generar que estos mismos posean problemas de esta índole (American Psychological Association [APA], 2010; Smith & Moss, 2009). Entonces, pese a que son los pacientes quienes acuden a la terapia para resolver problemáticas de salud mental, se resalta que los propios terapeutas también poseen conflictos de esta índole que pueden generar un impacto emocional digno de tratar.

Entonces, la importancia de analizar qué factores actitudinales impide que los psicoterapeutas busquen ayuda a nivel de salud mental se resalta aún más frente a la diversidad de problemáticas ante las cuales se ven expuestos. Desde el siglo pasado autores como Pope y Tabachnick (1994) argumentan problemáticas como el *burnout*, la traumatización vicaria, la fatiga por compasión y la identificación por historia de trauma personal como los principales problemas a los que se exponen los profesionales que se desarrollan en el campo de la salud mental.

Estudios como el de Laverdière et al. (2018) encuentran altas puntuaciones de *burnout* en psicoterapeutas canadienses, y Simionato et al. (2018) y Yang y Hayes (2020) señalan como principales factores de riesgo la edad joven, la menor experiencia laboral, el sobre involucrarse en los problemas de los pacientes, la percepción de control sobre el trabajo y la historia personal que pueda tener cada uno a nivel de salud mental. En Perú, Arias et al. (2014) encontraron altas puntuaciones de este mismo en psicólogos de Arequipa.

En relación al impacto de la pandemia, se encontró que los profesionales de la salud presentaron síntomas depresivos, ansiosos y de estrés, los cuáles enfrentaban a través de la negación, desentendimiento conductual, uso de sustancias o aceptación (Serrano-Ibáñez et al.,

2023). En cuanto a los psicoterapeutas específicamente, Stevens y Al-Abbadey (2023) encontraron que se encuentran expuestos a padecer fatiga por compasión debido a las demandas emocionales que implica tratar a pacientes que han sufrido mucho, especialmente en períodos de estado de emergencia como el del COVID-19. A su vez, las condiciones del teletrabajo y el balance entre este y la vida personal fueron predictores de *burnout* según Kotera et al. (2021).

Asimismo, Lang y Haugen (2023) realizaron una revisión sistemática en relación a la salud mental y las barreras de los recientes graduados en psicología y los psicólogos ya licenciados, y encontraron que existe una alta prevalencia en cuanto a las problemáticas de depresión y ansiedad. Ello coincide con investigaciones pasadas realizadas por Schneider et al. (2021) y Rummell (2015). De igual manera, se encontró una alta prevalencia de estrés, pero específicamente de corte financiero (Lang y Haugen, 2023) al igual que en el estudio de Doran et al. (2016).

No obstante, Tay et al. (2018) evalúa que, en general, se sabe poco sobre la salud mental de aquellos que la trabajan o promueven, de manera que los psicoterapeutas serán vistos como profesionales quienes no deberían mostrar debilidad ya que deberían tener la capacidad de resolver sus conflictos por su cuenta. Además, en términos de confidencialidad, existe miedo de que los prospectos de su carrera se vean afectados, lo cual les impide abrirse ante sus dificultades y buscar ayuda (Garelick, 2012; Hassan et al., 2009). Por ello, investigadores como Lang y Haugen (2023) señalan la poca evidencia sobre la salud mental en psicólogos y resaltan la necesidad de ampliar la investigación y validación de instrumentos. Y, sumado a ello, partiendo desde un enfoque general en relación a la salud mental, resulta relevante ampliar las investigaciones en torno al abordaje del área de salud mental pues su prevalencia ha aumentado.

En líneas generales, se evidencia un déficit en torno al estudio sobre las problemáticas de salud mental en la población adulta peruana pese a que uno por cada cuatro habitantes de Lima Metropolitana y Callao han tenido algún diagnóstico a lo largo de su vida (Tapia, 2017), Además, solo el 2.3% del presupuesto general de salud se destina a la salud mental (Vivanco, 2017), lo cual resulta problemático frente al incremento de 19.21% de los casos presentados en el 2023 a comparación del año anterior (El Peruano, 2023). Por ende, existe aún menos atención en cuanto al análisis de la salud mental de los psicoterapeutas.

La línea de investigación que sí ha sido sutilmente considerada se relaciona más con profesionales de la salud de áreas como medicina o enfermería. En el 2020, el Ministerio de Salud realizó un análisis sobre la salud mental en los profesionales de la salud durante el contexto de COVID-19 basado en el personal directamente involucrado con las personas afectadas por el virus,

de manera que las medidas de autocuidado promovidas se centraron en esta población profesional en particular. Dentro de las problemáticas más prevalentes en médicos y enfermeros involucrados con pacientes COVID-19, Ayuque et al. (2022) encuentra la depresión, la ansiedad y el estrés.

En línea con ello, estudios como el de Lang y Haugen (2023) encuentran que la ansiedad, la depresión y el estrés suelen ser las principales problemáticas a nivel de salud mental ante las cuales se exponen los psicólogos recién graduados y los ya licenciados. De esta forma, se evidencia que los principales diagnósticos de salud mental de esta población en particular coinciden con los problemas más prevalentes en cuanto a la salud mental de los adultos peruanos actualmente.

A partir de lo expuesto, la investigación de este tema podría contribuir a desestigmatizar la búsqueda de ayuda psicológica y romper esta barrera para velar por su salud mental. Zárate et al. (2020) resaltan la importancia de estudiar estos tipos de estigma especialmente en profesionales de la salud y desde su etapa de formación profesional, de manera que se pueda cambiar el paradigma y se desarrollen estrategias que fomenten la búsqueda de atención voluntaria. De hecho, El-Hachem et al. (2023), O'Connor et al. (2014) y Samari et al. (2022) evidencian que los psicoterapeutas también son una población en estado de exposición y vulnerabilidad por las propias características de la profesión.

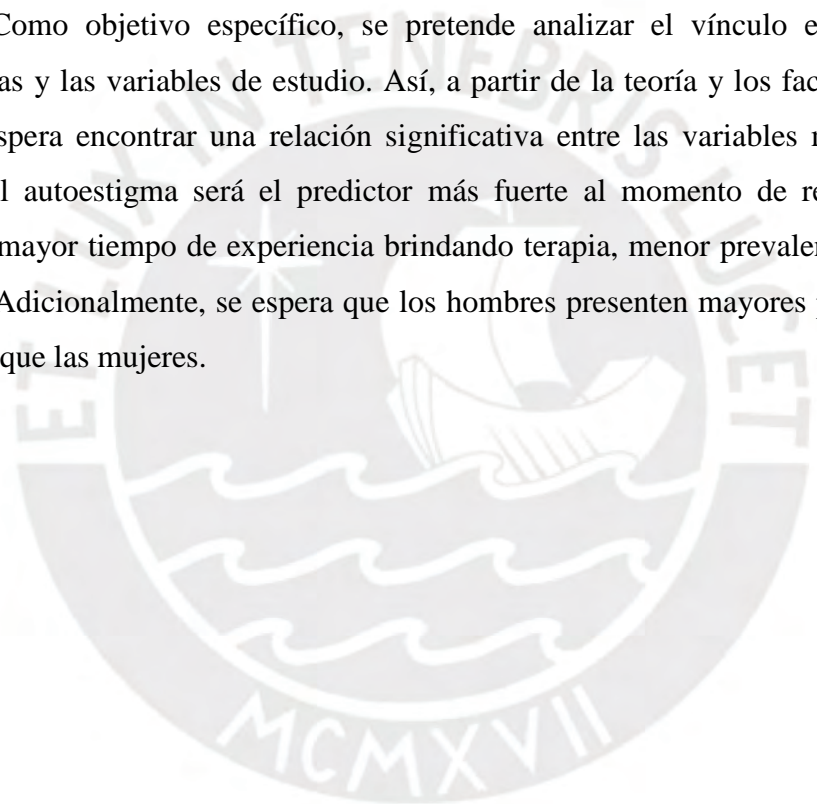
El estigma hacia la búsqueda de psicoterapia en psicólogos terapeutas puede expresarse en el ser vistos negativamente tanto por su familia y amigos como por sus clientes y colegas, quienes pueden cuestionar su capacidad de luchar con su propia angustia (Barnett et al., 2007; Bearse et al., 2013). Además, ello se acompaña del miedo a que los demás se den cuenta que un psicólogo se encuentra esperando terapia de otro en términos de privacidad (Bearse et al., 2013). No obstante, Lang y Haugen (2023) argumentan que aún existe un déficit en la investigación relacionada a la salud mental, barreras y tratamiento de los psicólogos recién graduados y ya licenciado.

Según el Estándar 2.06 del Código Ético, cuando problemas personales del profesional pueden interferir en su desempeño, estos deben obtener asistencia profesional y abstenerse de laborar si no pueden ejercer de manera competente. En este sentido, la APA (2003) y Simionato et al. (2018) señalan al autocuidado como un problema ético de la profesión, y Ziede y Norcross (2020) señalan la importancia de acudir a terapia como forma de autocuidado desde el inicio de la práctica profesional. No obstante, estudios como el de Baker y Gabriel (2021) encuentran que los profesionales ni siquiera deciden tomar tiempo libre ante momentos de angustia, lo cual resalta el valor del autocuidado. Así, ante la exigencia y demanda emocional que supone la práctica de la

psicología, el no atenderse desde una mirada de autocuidado no solo afecta su bienestar, sino que puede impactar en un deterioro del funcionamiento profesional.

En ese sentido, no trabajar en las barreras que impiden a los profesionales de la salud mental buscar terapia no sólo impactaría su bienestar, sino que comprometería el tratamiento que estos proveen como parte de su práctica clínica (Lang & Haugen, 2023). Si se visibiliza y normaliza la búsqueda de ayuda psicológica desde la experiencia de los propios profesionales, se fomentaría la reflexión en torno a las enfermedades mentales y el ejercicio profesional.

En suma, el presente estudio tiene como objetivo general examinar el rol del EPP y del autoestigma sobre las ABAP en un grupo determinado de psicoterapeutas peruanos de Lima Metropolitana. Como objetivo específico, se pretende analizar el vínculo entre las variables sociodemográficas y las variables de estudio. Así, a partir de la teoría y los factores contextuales planteados, se espera encontrar una relación significativa entre las variables mencionadas, y se hipotetiza que el autoestigma será el predictor más fuerte al momento de relacionarse con el ABAP, y que, a mayor tiempo de experiencia brindando terapia, menor prevalencia de estigmas y mejores ABAP. Adicionalmente, se espera que los hombres presenten mayores puntajes de ambos tipos de estigma que las mujeres.



Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 130 psicoterapeutas de nacionalidad peruana entre 23 y 82 años ($M = 38.00$, $DE = 13.1$), que residen actualmente en Lima Metropolitana y, de los cuales, un 72.3% fueron mujeres y un 27.7% fueron hombres. De esta muestra, un 86.9% afirma haber buscado previamente ayuda profesional ante algún problema de salud mental, y un 56.9% considera que ha presentado algún problema de salud mental a lo largo de su vida. Asimismo, actualmente, un 38.5% acude a terapia como paciente. Se consideraron también los años de experiencia brindando terapia, encontrando que más de la mitad (53.8%) brinda terapia con una antigüedad de entre 2 y 10 años. Por último, en cuanto a las corrientes de terapia, se evidenció que un 45.4% de psicoterapeutas habían recibido la formación de terapia cognitivo conductual. En el Apéndice A se encuentra el resto de datos estadísticos de las variables mencionadas.

La muestra se compuso de 130 participantes. En primer lugar, se consideró psicoterapeutas que solo hayan estudiado psicología o psiquiatría como carrera de licenciatura o pregrado. En segundo lugar, sólo se consideraron aquellos psicoterapeutas que brindaron terapia hasta máximo hace un mes, de manera que se pueda evidenciar su labor actual en este campo. Por último, se solicitó que los profesionales se encuentren formados en alguna corriente psicoterapéutica, eliminando a quienes aún continúan en formación, y aquellos que no tienen ninguna. Cabe recalcar que se tomaron en cuenta otras características sociodemográficas evidenciadas en el Apéndice B, presentes en este mismo ya que no se agruparon para ser utilizadas como parte del análisis estadístico.

En cuanto a los criterios de inclusión, se consideraron dentro de la muestra participantes que habían estudiado en el extranjero su carrera de licenciatura, médicos psiquiatras que recibieron posteriormente una formación para ser psicoterapeutas, y participantes que no solo se dedican a la psicoterapia sino también a otras áreas como la docencia o la investigación, pero que al menos han brindado terapia en el último mes.

En cuanto a las consideraciones éticas, toda participación fue voluntaria, ante lo cual se les presentó un consentimiento informado (Apéndice C) que debían antes de llenar el cuestionario. En este mismo, se recalcó la confidencialidad de los datos, haciendo énfasis en que estos solo serán utilizados con fines académicos y que, culminado el estudio, procederán a ser eliminados. Por último, se tomaron las consideraciones necesarias para la traducción de una de las escalas utilizadas, procedimiento que se especificará más adelante.

Medición

Autoestigma por búsqueda de ayuda. Para medir el autoestigma, se utilizó la Escala de Autoestigma por Búsqueda de Ayuda (SSOSH/ABA) de Vogel et al. (2006), pero en su versión validada por Larrahondo et al. (2020). La escala original de Vogel et al. (2006) fue aplicada a 583 estudiantes de diferentes nacionalidades de una universidad en Estados Unidos. Esta cuenta con 10 ítems con respuesta de tipo Likert de 5 puntos, donde 1 es “muy en desacuerdo” y 5 es “muy de acuerdo”. Los resultados de la sumatoria total de los puntos de cada ítem representarán el puntaje total, el cual oscila entre 10 y 50, de manera que, ante mayor puntuación, mayor autoestigma.

En términos de confiabilidad, la consistencia interna de las puntuaciones de la muestra obtuvo un α de Cronbach de 0.89, y la confiabilidad test-retest de 2 semanas en muestras de universitarios estadounidenses fue de 0.72. En cuanto a la validez, presentó una estructura factorial unidimensional, cuyas estimaciones de consistencia interna oscilan entre 0.86 y 0.90. Asimismo, se presentó evidencia de validez convergente mediante correlaciones con constructos como ABAP, $r = 0.53$ a 0.63 , y con la intención de buscar asesoramiento, $r = 0.32$ a 0.38 .

Para la presente investigación, se aplicó la versión validada de Larrahondo et al. (2020) en 384 estudiantes de medicina de Colombia, dando lugar a la escala ABA en su versión en español y contextualizada en este país latinoamericano. En términos de confiabilidad, la consistencia interna de la escala fue adecuada, $\alpha=0.80$, y sus dimensiones con valores oscilantes entre 0.77 y 0.83. De igual manera, la reproducibilidad test-retest fue de CCI=0.77; IC 95%, 0.63-0.86. En cuanto a la validez, el análisis factorial confirmatorio mostró un ajuste adecuado con la estructura unidimensional, RMSEA=0.073; IC 90%, 0.056-0.089; CFI=0.968; TLI=0.977; WRMR=0,844. Además, se evidenció validez convergente al encontrar correlaciones con el estigma público, $r = 0.39$; con ABAP, $r = -0.50$; y se encontró validez divergente con deseabilidad social, $r = -0.05$. Así, se evidenció que sus propiedades psicométricas fueron adecuadas. En la presente muestra, el análisis de consistencia interna presentó un valor moderado ($\alpha=0.59$), aspecto metodológico relevante a considerar al momento de realizar el análisis estadístico y la interpretación de los resultados.

Estigma público percibido. Para evaluar el estigma público percibido, se usó el Cuestionario Stigma-9 (STIG-9) de Gierk et al. (2018), aplicado a una muestra de 919 alemanes con algún diagnóstico de salud mental. Esta consta de 9 ítems que evalúan aspectos cognitivos, afectivos y conductuales del estigma percibido hacia la salud mental. La confiabilidad fue alta $\alpha=0.59$ y, en cuanto a su validez, se encontró que una estructura unidimensional era adecuada,

RMSEA=0.10 [IC90%,0,09-0,11]; CFI=0.97; TLI=0.96. En términos de validez convergente, se encontró correlaciones con menor calidad de vida mental, $r=-0.21$, y con deterioro social, $r=-0.07$.

Asimismo, Gohari et al. (2023) reportaron una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0.86$) y una estructura unidimensional con índices de ajuste excelentes ($\chi^2 = 22.45$; RMSEA = 0.058; SRMR = 0.067; CFI = 0.99; TLI = 0.99). No obstante, los propios autores sugieren como limitación la especificidad de la población como para utilizar esta versión en otras poblaciones, pues eran exclusivamente militares varones con algún diagnóstico de salud mental, razón por la cual se procedió con la aplicación de la versión original.

Ahora bien, en esta versión aplicada, se obtuvieron análisis de consistencia interna adecuados, con un alfa de 0.92. Asimismo, se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar su validez en español, confirmando el modelo unidimensional con un ajuste global aceptable ($\chi^2(27) = 82.3$, $p < .001$; RMSEA = 0.13 [IC90%: 0.10–0.16]; SRMR = 0.05; CFI = 0.92 ; TLI = 0.89). Aunque el RMSEA fue superior al valor ideal, los índices CFI y SRMR indicaron un ajuste adecuado, confirmando la validez estructural y la pertinencia de la estructura unifactorial del instrumento en la muestra.

Considerando que la presente escala no cuenta con una versión traducida y validada en un contexto peruano, se procedió a realizar una traducción revisada y validada por 5 jueces, cuyo procedimiento metodológico será detallado más adelante. Cabe recalcar que se decidió utilizar este instrumento ya que era el único que había sido utilizado previamente para medir los valores de EPP en psicoterapeutas, tal y como se evidencia en el estudio de Tay et al. (2018).

Actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Rickwood y Thomas (2012) evaluaron aquellos estudios que utilizaron las medidas estandarizadas para medir la búsqueda de ayuda en general, y encontraron que el instrumento estandarizado más utilizado era la Escala abreviada de Actitudes hacia la Búsqueda de Ayuda Psicológica Profesional (ATSPPH-SF) de Fischer y Turner (1970). Aplicada en Estados Unidos, consta de 29 ítems con respuestas tipo Likert de 4 puntos, donde 0 es “en desacuerdo” y 3 es “de acuerdo”, cuyos resultados oscilan entre 0 y 87, en donde aquellos más altos indican actitudes más positivas hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional.

La prueba de confiabilidad de la escala fue de 0.86, sugiriendo una consistencia moderadamente buena. En cuanto a la prueba test-retest, esta se aplicó en intervalos de cinco días, con valores oscilantes entre 0.73 y 0.89. En términos de validez, se identificó una estructura

multidimensional de 4 factores: el reconocimiento de la necesidad personal de ayuda psicológica profesional (8 ítems, $r = .67$), la tolerancia al estigma asociado con la ayuda psiquiátrica (5 ítems, $r = .70$), la apertura interpersonal respecto de los propios problemas (7 ítems, $r = .62$) y la confianza en el profesional de salud mental (9 ítems, $r = .74$).

En la presente investigación se utilizará la versión abreviada de Fischer y Farina (1995). Para desarrollarla, se escogieron los 14 ítems que contaban con las correlaciones más altas entre ítem y puntuación total. Se reflejó una solución de dos factores (voluntad de ayuda psicológica y apertura interpersonal). Sin embargo, el segundo factor presentó una baja consistencia interna, $\alpha = 0.64$; por lo que se eliminaron esos ítems y la versión abreviada final del ATSPPH-SF quedó con 10 ítems respectivamente. Esta versión mostró una buena consistencia interna, $\alpha = .77$. En términos de validez, se encontró una estructura unidimensional.

En la presente investigación se aplicó la versión validada al español por Torres et al. (2020) en una muestra de 437 adultos latinos que residen en Estados Unidos. La consistencia interna de la escala fue de 0.70 tanto para la versión en inglés como para la versión en español, de manera que su confiabilidad fue aceptable. Asimismo, el análisis de validez mostró que la estructura multidimensional en realidad contiene dos escalas unidimensionales, como también lo propuso Liu et al. (2018). Por ende, se procedió a considerar dos medidas unidimensionales: apertura para buscar tratamiento, RMSEA = 0.06; CFI = 1.00; TLI = 0.99; y valoración y necesidad de buscar tratamiento, RMSEA = 0.08; CFI = 0.98; TLI = 0.96. En la presente muestra, se obtuvo un índice de consistencia interna adecuado, con un $\alpha = 0.74$.

Procedimiento

Antes de llevar a cabo la recolección de datos, fue necesario pasar por un proceso de traducción previamente mencionado para la escala de EPP. Por ello, se procedió a realizar una traducción manual posteriormente revisada por un criterio de 5 jueces. Estos fueron psicólogos (2 mujeres y 2 hombres), de los cuales 2 (hombres) también eran docentes con experiencia en validación de escalas, y 1 traductora. En el Apéndice D se evidencia un registro de las conclusiones a las cuales llegaron por cada ítem, los cuales fueron modificados según correspondía.

Tras ello, se procedió con la aplicación piloto del instrumento, contando con la participación de 3 personas adultas (1 hombre y 2 mujeres) quienes brindaron retroalimentación sobre la redacción, orden, y tiempo estimado que les tomó completar la encuesta en su totalidad. Una vez incorporadas todas las sugerencias de los jueces como del piloto, se procedió a recoger

la información.

Para llevar a cabo la búsqueda de participantes y recolección de datos, se contactó con autoridades de distintos centros psicoterapéuticos de Lima Metropolitana mediante correo electrónico, llamadas o reuniones presenciales, para solicitar la autorización correspondiente. Una vez obtenidos los permisos institucionales, se envió el enlace del *Google Forms* a los responsables designados, quienes lo compartieron con los participantes. En este enlace, se adjuntaba el consentimiento informado (Apéndice C), el cual debían firmar virtualmente antes de proceder con el llenado de datos sociodemográficos y de las propias escalas. Por último, en el cierre del protocolo, se les agradeció a todos por su participación voluntaria.

Análisis de datos

Para el análisis de datos, se creó una base de datos para que puedan ser procesados por el software estadístico *Jamovi*. En primer lugar, se analizaron las estadísticas descriptivas en línea con la información sociodemográfica recogida de los 130 participantes. Para ello, se realizaron los análisis univariados a través de la descripción de cada variable de estudio en términos de sus medidas de tendencia central; es decir, media y mediana; y de dispersión, como desviación estándar. En línea con ello, se procedió a valorar la normalidad de las variables de interés con la intención de conocer la distribución de los puntajes, utilizando la prueba de Shapiro-Wilk. Tanto el autoestigma, como el EPP y las dos escalas unidimensionales correspondientes a las ABAP evidenciaron distribuciones normales, pues se cumplieron todos los supuestos de normalidad (ver Apéndice E).

En cuanto a los análisis multivariados, y frente a la presencia de normalidad de los datos, se evaluó la correlación entre el autoestigma, el estigma percibido y las dos escalas de las ABAP mediante el índice de correlación de Pearson. Por último, considerando que el análisis de correlación mostró una asociación significativa entre las variables y se cumplieron todos los supuestos correspondientes, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para determinar si se cumple el objetivo general y existe una relación de dependencia entre los dos tipos de estigma y las dos escalas unidimensionales correspondientes a las ABAP, así como para precisar si el autoestigma sería el predictor más fuerte. Ello se hizo de igual manera con el resto de variables sociodemográficas, para poder ver si se cumplía el objetivo específico.

Resultados

La presente sección describe los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación. En primer lugar, para poder realizar el análisis de regresión lineal múltiple, se procedió a confirmar si se cumplían los supuestos de regresión a través de las correlaciones (Apéndice F). Una vez confirmados los supuestos, se procedió a realizar el análisis de regresión lineal múltiple, el cual evidenció una relación significativa entre el autoestigma, el EPP, y la primera de las escalas unidimensionales de las ABAP (Apertura para buscar tratamiento) (Apéndice G).

A partir de ello, mediante el método por pasos, se analizaron las demás variables hasta obtener el modelo final con mejor ajuste, y se encontró que el 20% de la varianza de Apertura para buscar tratamiento no solo es explicado por los dos tipos de estigma, sino también por el acudir actualmente a terapia, $F(3, 126) = 10.4, p < .001$. Asimismo, se evidenció que la asistencia actual a terapia era el predictor más importante de la Apertura para buscar tratamiento, comparado con el autoestigma y el EPP (ver tabla 1).

Tabla 1

Modelo de regresión para las variables predictoras de Apertura para buscar tratamiento

Variable	Apertura para buscar tratamiento				
	B	B	SB	t	p
Modelo	21.50				
1 Autoestigma		-0.22	0.07	-3.23	0.002
2 EPP		0.07	0.03	2.50	0.014
3 ¿Actualmente acude a terapia?		1.00	0.35	2.88	0.005

$N=130$, EPP = estigma público percibido

Asimismo, se encontró que un 4% de la varianza de Valoración y Necesidad de buscar tratamiento, la segunda escala unidimensional correspondiente a las ABAP, es explicada por aquella variable relacionada a quienes alguna vez en su vida han buscado terapia, $F=5.75, p < .018$, tal y como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2

Modelo de regresión para las variable correspondiente a quienes alguna vez han buscado terapia como predictora de Valoración y Necesidad de buscar tratamiento

	Variable	Valoración y Necesidad para buscar tratamiento				
		B	<i>B</i>	SB	<i>t</i>	<i>p</i>
2	Modelo	16.35				
	Alguna vez ha buscado terapia		1.41	0.59	2.40	0.018

N=130

Asimismo, considerando la correlación presente con la variable correspondiente al sexo, se realizó un análisis paramétrico de muestras independientes para evidenciar las diferencias entre hombres y mujeres. Se evidenció que las mujeres ($M = 17.9$, $DE = 2.04$) presentaron puntajes mayores de Apertura para buscar tratamiento que los hombres ($M = 17.1$, $DE = 2.17$), $t(128) = 2.10$, $p = 0.04$, con una diferencia pequeña entre grupos ($d = 0.41$). Por ende, se realizó un análisis de regresión de la presente variable demográfica con las variables de estudio, encontrando que el 3% de la varianza de Apertura a buscar tratamiento es explicado por el sexo $F = 4.40$, $p < .038$ (tabla 3).

Tabla 3

Modelo de regresión para sexo como variable predictora de Apertura para buscar tratamiento

	Variable	Apertura para buscar tratamiento				
		B	<i>B</i>	SB	<i>t</i>	<i>p</i>
3	Modelo	17.93				
	Sexo		-0.85	0.41	-2.10	0.038

N=130

De acuerdo a los objetivos, se realizó un análisis de regresión entre las dos escalas unidimensionales de ABAP y las demás variables sociodemográficas, cuyos contrastes no fueron significativos, así como en el caso de la escala unidimensional Valoración y Necesidad de buscar tratamiento (de ABAP) y ambos tipos de estigma (Apéndice G). En el Apéndice E se muestra el detalle de los estadísticos descriptivos de las variables de estudio.

Discusión

El objetivo general de la presente investigación consistió en examinar el rol del EPP y del autoestigma sobre las ABAP en un grupo determinado de psicoterapeutas peruanos de Lima Metropolitana. En esta muestra, se encontró que ambos tipos de estigma eran variables predictoras de una de las escalas unidimensionales de las ABAP: Apertura para buscar tratamiento, se identificó que el autoestigma era la variable predictora más fuerte del modelo, y que la variable sociodemográfica de “asistencia actual a terapia” fue identificada como la más relevante a nivel de relación con las demás variables de estudio. A partir de ello, se pretende explicar la relación entre las variables mencionadas para responder al objetivo general.

La relación entre las variables de estudio del presente modelo se asemeja a los hallazgos de Clement et al. (2015), quienes evidenciaron una asociación significativa y negativa entre el estigma internalizado o autoestigma y la búsqueda de ayuda, mientras que sólo encontraron una asociación débil con el EPP. Por ende, se puede aceptar la hipótesis que planteaba que el autoestigma sería el predictor más fuerte entre los dos tipos de estigma al momento de relacionarse con las ABAP. Cabe recalcar que, Clement et al. (2015) no analizaron las ABAP como tales, sino la propia conducta de buscar ayuda. Sin embargo, identificaron que las ABAP eran la cuarta barrera más importante para ejecutar aquella acción.

No obstante, resulta necesario considerar que, en la presente muestra, se identificó una confiabilidad moderada en la escala de autoestigma ($\alpha = 0.59$), una limitación metodológica que puede ser explicada por diversos factores. En primer lugar, el hecho de que sean psicoterapeutas quienes hayan completado el instrumento sugiere que pueden coexistir indicadores de discapacidad social en las respuestas compartidas, tal y como han encontrado estudios previos que han analizado la presencia de la misma en reportes de salud mental (Latkin et al., 2018) y autoinformes en general de diversas dimensiones clínico-psicológicas (Perinelli & Gremigni, 2016), pues es una población cuyo conocimiento del constructo puede polarizar sus respuestas.

Además, debe considerarse que, originalmente, la escala fue realizada para pacientes, lo cual difiere de las características sociodemográficas de la muestra, ya que un 43.1% no habían sido diagnosticados previamente (ver apéndice A), por lo que casi la mitad de la muestra no calificaría dentro de este tipo de población quienes pueden compartir experiencias más subjetivas de estigmatización propias de presentar algún diagnóstico. En ese sentido, se puede considerar que la confiabilidad no invalida el instrumento pero si se requiere de mayor investigación sobre su uso en otras poblaciones.

Siguiendo el Modelo de Creencias de la Salud (Becker, 1974; Janz & Becker, 1984; Maiman & Becker, 1974; Rosenstock, 1974, citado en Moreno & Gil, 2003) mencionado previamente, las barreras actitudinales tienen un peso mayor al momento de buscar ayuda frente a las barreras estructurales (Andrade et al., 2014), por lo que se entiende que las ABAP pueden explicar la conducta de buscar y/o asistir a terapia. De hecho, Schnyder et al. (2018) encontraron que las ABAP eran predictoras de la propia actividad o conducta de buscar ayuda. El presente modelo argumenta que la persona tendrá percepciones individuales que, junto con factores modificantes del entorno, explicarían la amenaza que finalmente se percibe, y esta misma tendría un efecto en la probabilidad de que una persona decida ejecutar un cambio conductual o no.

En la presente muestra, el psicoterapeuta estaría presentando percepciones individuales que denotan un estado de vulnerabilidad ante la conducta de ir a terapia, las cuales en este caso serían aquellas creencias que componen su autoestigma. Sin embargo, estas estarán acompañadas de factores modificantes (demográficos y socioculturales) del entorno para que el ir a terapia se perciba como una amenaza a ser discriminados por su entorno. En ese sentido, se puede entender que la persona tomará la decisión de ir a terapia no solamente por sus creencias a la misma, sino también por cómo estas se alimentan de factores que perciben de su entorno las cuales, en conjunto, constituyen una amenaza percibida que reduce sus probabilidades de cambio.

Entonces, en primer lugar, surge la cuestión de cómo este conjunto de creencias llega a formar parte de la psiquis del psicoterapeuta y explican su autoestigma, pues se sugiere como el predictor más relevante al hablar de ABAP. Ello puede explicarse mediante el proceso de internalización, mediante el cual la persona asimila tanto las creencias como costumbres y hasta comportamientos predominantes en su entorno, pues así se va a facilitar su adaptación al mismo (Lannin et al., 2015). Entonces, en este caso, se estarían internalizando opiniones negativas que los posibles pacientes tienen sobre sí mismos por el hecho de buscar una terapia (Corrigan et al., 2014). Por ende, pese a que el psicoterapeuta se dedica como tal a brindar terapia, parte de sus creencias internalizadas aún contienen un componente estigmatizante pero dirigido a cuando ellos mismos como pacientes, ya que podría tener un impacto negativo dentro de su rol en la sociedad.

Ahora bien, considerando las investigaciones cualitativas revisadas por Clement et al. (2015) y lo mencionado por Bearse et al. (2013) y Dattilio (2015), las creencias estigmatizadas predominantes se encontraban relacionadas a la divulgación y confidencialidad, acompañadas de un miedo a que se comparta lo comentado en terapia o que otros colegas o pacientes vean que

este psicoterapeuta también asiste a terapia. Entonces, surge un miedo por ser vistos como socialmente inadaptados (Vogel et al., 2006), lo cual podría tener un impacto en su praxis y en cómo lo perciben otros colegas y sus propios pacientes.

Por otro lado, tanto Andrade et al. (2014) como Clement et al. (2015) encontraron la creencia de querer manejar el problema por su cuenta. Junto a ello, también se encuentra la baja percepción de necesitar ayuda (Corrigan et al., 2015; Jennings et al., 2015; Schnyder et al., 2018; Vogel et al., 2006). Estas creencias pueden explicarse por un deseo de no sentirse diferente al resto de la sociedad por el hecho de buscar ayuda, pues ello puede conducir a una menor autoestima, autoeficacia y confianza en uno mismo; y puede estar acompañado de culpa y vergüenza (Lannin & Bible, 2022; Dattilio, 2015; O'Connor et al., 2014). Por ello, se sugiere profundizar en el tipo de creencias internalizadas en psicoterapeutas bajo un análisis cualitativo.

Ahora bien, si bien los valores de EPP no resultaron tan predictores del ABAP a comparación del autoestigma, deben considerarse las características de la STIG-9 como instrumento aplicado para discutir los resultados finales. Esta decidió utilizarse ya que ha sido el único instrumento que mide el EPP validado internacionalmente (Gierk et al., 2018; Gohari et al., 2023) y, por ende, se procedió a realizar una traducción siguiendo los estándares éticos correspondientes. Al realizar su análisis de confiabilidad y validación en la muestra, los resultados fueron muy favorables, tal y como se describe en la sección de método. Aún así, surge el cuestionamiento de los resultados al no contar con una validación previa en español o contexto latinoamericano, cuya ausencia de antecedentes limita la comparación directa con otros estudios y plantea la necesidad de futuras investigaciones transculturales ya que se ha encontrado una adaptación psicométricamente sólida aunque aún exploratoria.

En segundo lugar, resulta pertinente revisar aquellos factores sociodemográficos que, junto con las creencias internalizadas mencionadas, proponen que la búsqueda de ayuda es una amenaza ante su rol en la sociedad. Retomando el significado de la palabra “enfermedad”, Arenas y Melo-Trujillo (2015) comentan que viene acompañado de factores sociales y culturales que implican un descalificativo por poseer un diagnóstico, en la medida que se enfatizan las dificultades que la persona tendría para acceder a la vida social. Entonces, los psicoterapeutas se estarían exponiendo a tener interacciones sociales con consecuencias negativas (Mascayano et al., 2015) si su entorno se entera de su asistencia a terapia, y ello debido a las menos oportunidades de ser agentes en su comunidad como el acceder a un empleo, mantener relaciones sociales equitativas o hasta acceder a servicios básicos (Gil et al., 2016). Es decir, no tendrían la

misma calidad de vida óptima a diferencia del grupo no estigmatizado (Goffman, 1963). En este caso, el estigma implicaría ver a los terapeutas como socialmente inadaptados (Vogel et al., 2006), con opiniones no tan válidas como los demás, lo cual las desvaloriza de tomar decisiones en la sociedad (Acevedo, 2018).

Ahora bien, Vogel et al. (2013), Tay et al. (2018) y Mackenzie et al. (2019), argumentan que los dos tipos de estigma se encuentran relacionados ya que el autoestigma surge cuando la persona internaliza el EPP. Sin embargo, los resultados de la presente investigación no identificaron una asociación entre estas variables, al igual que la revisión sistemática realizada por Schnyder et al. (2018). Sin embargo, estos autores sí encontraron una relación significativa de las ABAP con otro tipo de estigma: el estigma personal. Este constructo parte de la Teoría de la Identidad Social (Turner & Brown, 1978), explicando la poca iniciativa de buscar ayuda por temor a ser parte de esta población que inicialmente excluye sólo por poseer un diagnóstico. En ese sentido, resultaría pertinente ampliar las investigaciones considerando ese constructo, el cual podría ir alineado considerando las consecuencias a las cuales los psicoterapeutas temen si forman parte del grupo estigmatizado.

A partir de lo explicado, se entiende que, pese a que el trabajo del psicoterapeuta consiste en brindar terapia a personas con necesidades de índole emocional y/o mental, esto no significa que promueven la misma apertura entre ellos mismos. De hecho, la segunda escala unidimensional de las ABAP (valoración y necesidad para buscar tratamiento), solo se asoció significativamente con el hecho de alguna vez haber acudido a terapia. Es decir, quienes superaron la fase de apertura a la terapia porque llegaron a asistir. En esa línea, Henderson et al. (2011) y Constantinou et al. (2017) argumentan que quienes están siendo formados para ayudar a los demás pueden auto estigmatizarse ante la búsqueda de ayuda pues consideran que, como representantes de una vocación de servicio, deberían ser capaces de resolver los problemas por su cuenta, o que posiblemente el buscar ayuda pondría en cuestión su idoneidad.

Ahora bien, el segundo modelo encontró una relación predictiva entre quienes actualmente asistían a terapia y los dos tipos de estigma hacia la apertura a esta misma. De igual manera, se encontró que quienes han asistido a terapia previamente, reconocen y valoran la importancia que esta tiene en ellos mismos debido a los beneficios que recibieron por asistir. Esto se alinea con la justificación de por qué resulta relevante promover la asistencia a terapia como parte del deber ético de autocuidado al cual se comprometen los psicólogos (APA, 2003; Simionato et al., 2018). En ese sentido, se puede partir de la Teoría de la Conducta Planificada

(Fishbein & Ajzen, 1975), pues si los psicoterapeutas ven que una acción les resulta favorable, es más probable que continúen haciéndola. Ello no solo depende de la actitud positiva que se tenga hacia la terapia, sino también de las creencias a favor o en contra que puedan recibir de su entorno, y también si perciben el control de poder desarrollarla.

Entonces, quienes ya han asistido previamente a terapia y la reconocen como valiosa, no solo mantienen una actitud positiva hacia esta misma, sino que han tenido la viabilidad de poder manejarla, independientemente de las características del contexto en donde se desenvuelven. Pese al déficit de investigaciones relacionadas al efecto de la psicoterapia en psicoterapeutas, no existe duda del beneficio que esta les puede brindar a su salud mental debido al estado de exposición y vulnerabilidad en el que se encuentran por las propias características de la profesión (El-Hachem et al., 2023; O'Connor et al., 2014; Samari et al., 2022).

Sin embargo, tal y como mencionan Lang y Haugen (2023), esto no solo tendría un impacto en su bienestar, sino que también puede comprometer el tratamiento que proveen a nivel clínico. Entonces no solamente se hablaría de fomentar la terapia por un beneficio a nivel personal, sino también por uno a nivel profesional. De hecho, se puede reconocer su importancia no solo si actualmente el terapeuta está pasando por alguna dolencia emocional o mental, sino también por los recursos a nivel profesional que pueden obtener a partir de esta experiencia terapéutica.

En esa línea, Acuña (2017) argumenta que ir a terapia permite que los psicoterapeutas aprendan nuevas herramientas ante problemas similares que puedan tener sus pacientes, de manera que el recurso estaría siendo aprendido por el profesional tanto para su uso personal como para compartirlo dentro de su alianza terapéutica con el paciente en consulta. De hecho, Barnet (2011) argumenta que diversos psicoterapeutas utilizan la autorrevelación de sus propias experiencias utilizando recursos aprendidos en terapia como una herramienta para establecer una relación genuina con el paciente, facilitando así el proceso de terapia. Entonces, se estaría reforzando el nivel de empatía entre ambos, siendo entonces un beneficio a nivel profesional. Por ende, se hipotetiza que aquellos participantes que han asistido a terapia reconocen algunos o todos estos beneficios mencionados, y por ende lo valoran.

Cabe destacar que, en la presente muestra, se evidencia la búsqueda de soporte social por medio de lo que Samari et al. (2022) denominan fuentes informales (familia, pareja o amigos) ante la necesidad de apoyo por problemas de salud mental. Según Wilkinson y Marmot (2003), contar con una red de apoyo hace que las personas se sientan valoradas y cuidadas, lo cual

influye como un efecto protector en su salud e incluso estimula patrones de conducta más saludables. Sin embargo, Barnett et al. (2007) y Bearse et al. (2013) argumentan que estos también podrían incrementar el estigma, pues pueden cuestionar su capacidad de luchar contra su propia angustia al ser profesionales de la salud. Mencionan que, incluso, esto puede suceder entre los mismos colegas.

Por ende, podría existir una gran cantidad de psicoterapeutas que sí recurren a ayuda ante alguna crisis, pero sienten que hacerlo mediante estos medios informales puede ser suficiente, cuando en realidad podría estar siendo un problema. De hecho, su primera fuente de ayuda puede cambiar según el tiempo y/o contexto, pues las actitudes hacia el tratamiento pueden cambiar (Elhai et al., 2008). Además, como argumentan Lerner et al. (2015), las emociones tienen un efecto significativo en la toma de decisiones. Por ende, en estado de vulnerabilidad, podrían no tomar decisiones basadas en lo profesional, sino en el soporte social que tienen a mayor alcance.

Por otro lado, el objetivo específico de la investigación pretendía analizar el vínculo entre las variables de estudio y las variables sociodemográficas consideradas. De manera más específica, se buscó analizar la relación con el sexo y la edad de los participantes. En la muestra, se evidenció que el sexo fue la única variable sociodemográfica predictora de una de las variables de estudio: apertura para buscar tratamiento, considerando que las mujeres presentaban mayor apertura frente a los hombres. Dentro del modelo de autoestigma relacionado con edad y sexo realizado por Mackenzie et al. (2019), los autores argumentan que las normas de género masculinas contribuyen al autoestigma y negativas ABAP, como también coinciden Vogel y Heath (2016). Por ende, los participantes masculinos de la presente muestra ya no solo tendrían como barrera actitudinal las creencias ya mencionadas, sino también otras adicionales y específicamente relacionadas a las expectativas que presentan ellos como hombres en la sociedad.

Cabe recalcar que, pese a que existe esta tendencia mencionada, la muestra fue prioritariamente de mujeres (72.3%), por lo que los resultados no se pueden generalizar. Aun así existe evidencia previa que sugiere que esta relación se ha mantenido a lo largo del tiempo (Mackenzie et al., 2019), y que incluso se ha relacionado con otras variables como la religión (Brenner et al., 2018), encontrando que los hombres con mayor compromiso religioso presentan mayores puntajes de estigma y peores ABAP. Por último, y profundizando en cuanto a la edad, no se identificó una relación significativa entre esta variable sociodemográfica y las variables de estudio; resultado similar a la revisión sistemática y meta-análisis de Livingston y Boyd (2010),

y al estudio de Ten Have et al. (2010).

En ese sentido, a nivel de participantes, una primera limitación del estudio fue el desbalance de participantes en términos de sexo, y formación psicoterapéutica (tipo de terapia brindada) de la muestra, variables sociodemográficas cuyo análisis podrían incentivar el desarrollo de investigaciones más específicas. Otra limitación de la muestra fue no haber considerado el número de horas semanales dedicadas a la atención clínica, lo cual podría haber indicado tanto el nivel de exposición o vulnerabilidad, así como el autocuidado que presentan al gestionar su horario laboral. Incluso, a futuro, podrían considerarse otras variables sociodemográficas que pueden relacionarse con las de estudio como la religión, cuya evidencia previa ha determinado una relación existente que podría haberse visto evidenciada al considerar a Perú como un país en donde el catolicismo es un aspecto relevante (Brenner et al., 2018).

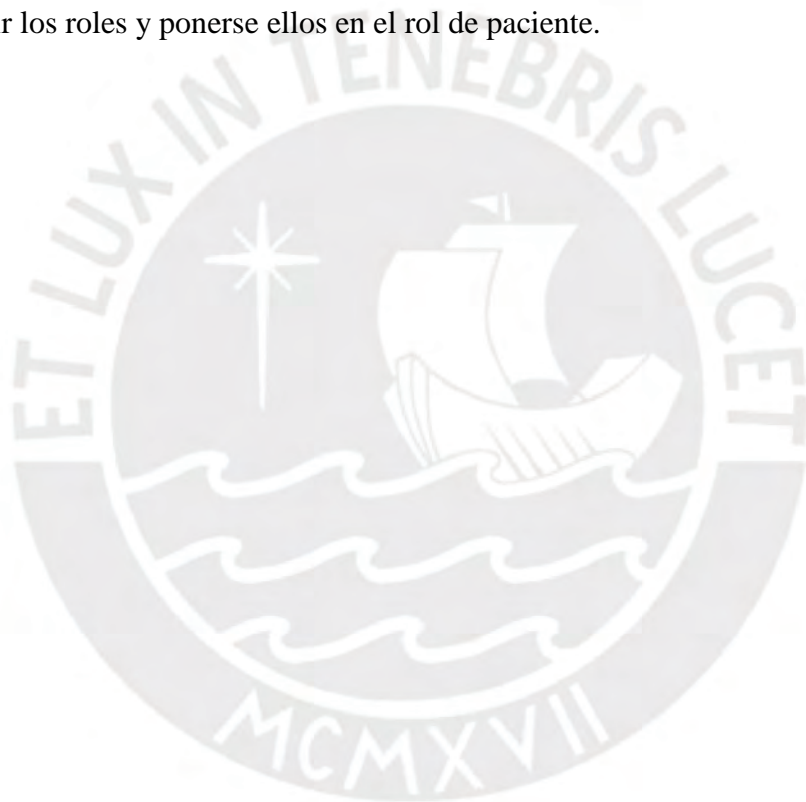
Retomando a las limitaciones metodológicas, se vuelve a hacer énfasis en la necesidad de ahondar en cuanto a la investigación de los instrumentos utilizados, de manera que puedan validarse en un contexto más similar al de la muestra, e incluso traducirlas al español en el caso del STIG-9. El cumplir con esta recomendación permitirá que, en un futuro, se pueda replicar el estudio con instrumentos metodológicamente más adecuados. Por otro lado, se recomienda profundizar la investigación en torno a la relación entre el estigma por tener una enfermedad de índole mental y el estigma por buscar ayuda que se analizan en el presente estudio. Ello podría enriquecer el análisis del autoestigma y el EPP considerando otras variables de estudio relevantes.

Por último, de manera más específica, se sugiere profundizar el análisis entre las variables de estudio y los psicoterapeutas que han asistido o asisten actualmente a terapia. Se podría fomentar una variedad de estudios longitudinales, como un contraste entre los niveles de estigma antes y después de un proceso de terapia, investigaciones cualitativas que indaguen las creencias internalizadas que les impiden buscar ayuda, analizar la ausencia o presencia de las motivaciones que presentan para ir a terapia y cuáles serían, o comparar los resultados según el nivel de satisfacción que sintieron durante su proceso terapéutico.

Es así que la principal implicancia que puede identificarse a partir del estudio es no solamente la ausencia de investigaciones relacionadas a la temática, sino la necesidad de estas mismas. Pese a las limitaciones metodológicas, se logró evidenciar una relación entre los 2 tipos de estigma y las ABAP como lo establecieron estudios previos realizados internacionalmente, por lo que la coherencia teórica de los resultados podría reforzar la validez del modelo pero,

sobre todo, se destaca como un punto de partida para comprender las creencias detrás del estigma que enfrentan los profesionales de la salud mental frente al autocuidado psicológico. En ese sentido, se resalta la necesidad de esta misma como parte no solo del desarrollo personal sino profesional del terapeuta, y la diversidad de beneficios que puede brindarles.

En conclusión, queda mucho por trabajar para fomentar la búsqueda de ayuda psicológica profesional dentro de una sociedad en la cual ni los propios profesionales que la imparten logran reconocerla para sí mismos. Queda como tarea analizar no solo el compromiso que los profesionales de la salud mental tienen con sus pacientes, sino también consigo mismos. Y, así, empezar a reflexionar sobre el tema abiertamente, y normalizar el pedir ayuda y, por un momento, invertir los roles y ponerse ellos en el rol de paciente.



Referencias

- Acuña, E. A. (2017). La psicoterapia: un momento oportuno para los psicólogos clínicos. *Psicología desde el Caribe*, 34(3), 230-241. <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.33.2.7278>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Alegría, M., Bijl, R. V., Lin, E., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2000). Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the United States with Ontario and The Netherlands. *Archives of General Psychiatry* 57, 383–391.
- American Psychological Association. (2003). *Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta*. Universidad de Buenos Aires. http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/practicas_de_investigacion/775/normativas_deontologicas/APA%202003.pdf
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., Florescu, S., Hereje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Matschinger, H., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sagar, R., Sampson, N., Sasu, C., Stein, D. J., Takeshima, T., Viana, M. C. Xavier, M., & Kessler, R. C. (2014). Barreras al tratamiento de salud mental: resultados de las encuestas mundiales de salud mental de la OMS. *Psicol Med*, 44(6), 1303–1317.
- Arenas, A., & Melo-Trujillo, D. (2021). Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 26(1), 69-83. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.1.7>.
- Arias, W., Justo, O., & Muñoz, E. (2014). Síndrome de Burnout y estilos de afrontamiento en Psicólogos de la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista Psicológica*, 4(4), 35-42.
- Armitage, C. J., & Connor, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behavior: a meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471–499.
- Ayque-Loayza, A., Luna-Muñoz, C., Chaduví, W., Vinelli-Arzuviaga, Daniella, & De la Cruz-Vargas, J. (2022). Salud mental de médicos y enfermeras en situaciones de crisis sanitaria. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 51(3).
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). En J.E. Barnett, E. K. Baker, N. S. Elman, & G. R. Schoener, *Pursuit of wellness: The self-care imperative*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 603– 612.

- <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>
- Barnett, J. (2011). Psychotherapist self-disclosure: ethical and clinical considerations. *Psychotherapy, 48*(4), 315-321. <https://doi.org/10.1037/a0026056>
- Bearse, J., McMinn, M., Seegobin, W., & Free, K. (2013). Barriers to Psychologists Seeking Mental Health Care. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(3), 150-157. <https://doi.org/10.1037/a0031182>
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs, 2*, 409-419.
- Brenner, R. E., Engel, K. E., Vogel, D. L., Tucker, J. R., Yamawaki, N., & Lannin, D. G. (2018). Intersecting cultural identities and help-seeking attitudes: the role of religious commitment, gender, and self-stigma of seeking help. *Mental Health, Religion & Culture, 21*(6), 578-587. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1519782>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine, 45*, 11-27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Colegio Médico del Perú. (2 de junio de 2023). Estado debe promover el cuidado de la salud mental en los médicos y demás trabajadores de la salud. <https://www.cmp.org.pe/estado-debe-promover-el-cuidado-de-la-salud-mental-en-los-medicos-y-demas-trabajadores-de-la-salud/>
- Constantinou, C., Georgiou, M., & Perdikogianni, M. (2017). Medical Students' Attitudes and Beliefs towards Psychotherapy: A Mixed Research Methods Study. *Behavioural Science, 7*(3). <https://doi.org/10.3390/bs7030055>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 35-53.
- Corrigan, P. W., & Matthews, A. K. (2003). Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet. *Journal of Mental Health, 12*, 235-248.
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clin Psychol Review, 30*(8), 907-22.

- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rusch, N. (2015). ¿Cuál es el impacto del autoestigma? "Pérdida del respeto por uno mismo y el efecto 'por qué intentarlo'". *J Ment Salud*, 25, 10–5.
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rusch, N. (2015). ¿Cuál es el impacto del autoestigma? "Pérdida del respeto por uno mismo y el efecto 'por qué intentarlo'". *J Ment Salud*, 25, 10–5.
- Cueva, M. A. L., & Cortez, A. D. C. (2021). Repercusión del aislamiento social por COVID-19 en la salud mental en la población de Perú: Síntomas en el discurso del ciberespacio. *Discurso y Sociedad*, 15(1), 215-243.
- Dattilio, F., (2015). The Self-Care of Psychologists and Mental Health Professionals: A Review and Practitioner Guide. *Australian Psychological Society*, 50, 393-399. <https://doi.org/doi:10.1111/ap.12157>
- Doran, J. M., Kraha, A., Marks, L. R., Ameen, E. J., & El-Ghoroury, N. H. (2016). Graduate debt in psychology: A quantitative analysis. *Training and Education in Professional Psychology*, 10(1), 3–13. <https://doi.org/10.1037/tep0000112>
- El-Hachem, S., Lakkis, N., Osman, M., Issa, H., & Beshara, R. (2023). University students' intentions to seek psychological counseling, attitudes toward seeking psychological help, and stigma. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02470-8>
- Elhai, J. D., Schweinle, W., & Anderson, S. M. (2008). Reliability and validity of the attitudes toward seeking professional psychological help scale-short form. *Psychiatry Research*, 159, 320–329. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.04.020>
- El Peruano. (23 de abril de 2023). Salud mental: casos atendidos por Minsa se incrementaron en casi 20 % durante el 2022. <https://www.elperuano.pe/noticia/210845-salud-mental-casos-atendidos-por-minsa-se-incrementaron-en-casi-20-durante-el-2022>
- Feixas, G., & Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós.
- Field, D. (1976). The social definition of illness. En: D. Tuckett (Ed.). *An Introduction to*

Medical Sociology. Tavistock Publications.

- Fischer, E.H., & Turner, J.L. (1970). Orientations to seeking professional help: development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *35*, 79–90. <https://doi.org/10.1037/h0020198>
- Fischer, E.H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, *36*, 368–373. <https://doi.org/10.1037/t05375-000>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction of Theory and Research*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Frank, R., & McGuire, T. (2000). Economics and mental health. En R. Frank & T. McGuire (Eds.), *Handbook of health economics* (pp. 893–954). Elsevier.
- Garelick, A. I. (2012). Doctors' health: Stigma and the professional discomfort in seeking help. *The Psychiatrist*, *36*(3), 81–84.
- Gierk, B., Löwe, B., Murray, A., & Kohlmann, S. (2018). Assessment of perceived mental health-related stigma: The Stigma-9 Questionnaire (STIG-9), *Psychiatry Research*, *270*, 822-830. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.026>.
- Gil, S., Winter, M., León, P., & Navarrete, E. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de salud mental*, *14*(55), 103-111.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu editores.
- Gohari, F., Sedaghat, N., Negarandeh, R., & Moradi, A. (2023). Psychometric properties of the Iranian version of the STIG-9 questionnaire in people with mental disorders. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, *11*(3), 267-276. <https://doi.org/10.32598/jpcp.11.3.897.1>.
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health*, *103*(5), 777-780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, *10*(1), 1–9.
- Hardeman, W., Johnston, D.W., Bonetti, D., Wareham, N.J., & Kinmonth, A.L. Application of

- the theory of planned behavior in behavior change interventions: a systematic review. *Psychology and Health*, 17,123–158.
- Hassan, T. M., Ahmed, S. O., White, A. C., & Galbraith, N. (2009). A postal survey of doctors' attitudes to becoming mentally ill. *Clinical Medicine (London, England)*, 9(4), 327–332.
- Henshaw, E. J. & Freedman-Doan, C. R. (2009) Conceptualizing mental health care utilization using the Health Belief Model. *Clinical Psychology: Science and Practice* 16, 420–439.
- Janz, N., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1–47.
- Jennings, K. S., Cheung, J. H., Britt, T. W., Goguen, K. N., Jeffirs, S. M., Peasley, A. L., & Lee, A. (2015). ¿Cómo se relacionan el estigma percibido, el autoestigma y la autosuficiencia con la búsqueda de tratamiento? Un modelo de tres caminos. *Psiquiatra Rehabil J*, 38, 109-16.
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 138–143. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.138>
- Kotera, Y., Maxwell-Jones, R., Edwards, A. M., & Knutton, N. (2021). Burnout in Professional Psychotherapists: Relationships with Self-Compassion, Work-Life Balance, and Telepressure. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 18(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph18105308>
- Lang, K., & Haugen, E. N. J. (2023). Stress, Anxiety, and Depression in Psychology Graduate Student Trainees and Licensed Psychologists: A Scoping Review. *Practice Innovations. Advance online publication*. <https://doi.org/10.1037/pri0000211>
- Lannin, D. G., Vogel, D. L., Brenner, R. E., & Tucker, J. R. (2015). Predicting self-esteem and intentions to seek counseling: The internalized stigma model. *The Counseling Psychologist*, 43(1), 64–93. <https://doi.org/10.1177/0011000014541550>
- Lannin, D. G., & Bible, J. (2022) Self-stigma of seeking help: a meta analysis. En D. L. Vogel & N. G. Wade (Eds). *The Cambridge Handbook of stigma and mental health* (pp. 111–142). <https://doi.org/10.1017/9781108920995.009>
- Larrahondo, F., García, J., Rangel, A. M., Zapata, J. P., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2020). Validación de la escala de Autoestigma por Búsqueda de Ayuda (ABA) en una población de estudiantes de Medicina de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(2),

- 82-91. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.01.001>
- Latkin, C. A., & Edwards, C. (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addictive Behaviors*, 73, 218-223. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.005>
- Laverdiere, O., Kealy, D., Ogrodniczuk, J., & Morin, Alexandre. (2018). Psychological health profiles of Canadian psychotherapists: A wake up call on psychotherapists' mental health. *Canadian Psychology*, 59(4), 315-322. <https://doi.org/10.1037/cap0000159>
- Liu, Y., Magnus, B. E., O'Connor, H., & Thissen, D. (2018). Multidimensional item response theory. En P. Irwing, T. Booth, & D. Hughes (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of psychometric testing* (pp. 445-493). John Wiley.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Lucksted, A., Drapalski, A., Calmes, C., DeForge, B., & Boyd, J. (2011). Ending self-stigma: Pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35, 51–54. <https://doi.org/10.2975/35.1.2011.51.54>
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58. <http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.007>
- Mackenzie, C., Heath, P., Vogel, D., & Chekay, R. (2019). Age differences in public stigma, self-stigma, and attitudes toward seeking help: A moderated mediation model. *Journal of Clinical Psychology*, 1-14. <https://doi.org/10.1002/jclp.22845>
- Medeiros, G. C., Senco, S. B., Lafer, B., & Almeida, K. M. (2016). Association between duration of untreated bipolar disorder and clinical outcome: data from a Brazilian sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38, 6-10.
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2020). *Cuidado de la Salud mental del Personal de la Salud en el Contexto del COVID-19. Guía Técnica*. <https://www.unicef.org/peru/media/7766/file/Cuidado%20de%20la%20salud%20mental%20del%20personal%20de%20la%20salud%20en%20el%20contexto%20del%20COVID%20E%2080%93%2019.pdf>

- Minoletti, A., Galea, S., & Susser, E. (2013). Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders. *Public Health Reviews*, 34(2),1-23.
- Moreno, E., y Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91-109.
<https://www.ijpsy.com/volumen3/num1/59/el-modelo-de-creencias-de-salud-revisi-ES.pdf>
- Nearchou, F., Bird, N., Costello, A., Duggan, S., Gilroy, J., Long, R., McHugh., L., & Hennessy, E. (2018). Personal and perceived public mental-health stigma as predictors of help-seeking intentions in adolescents. *Journal of Adolescence*, 66, 83-90.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.003>
- Niederkröthaler, T., Reidenberg, D. J., Till, B., & Gould, M. S. (2014). Aumento de la búsqueda de ayuda y referencias para personas en riesgo de suicidio mediante la disminución del estigma: el papel de los medios de comunicación. *American Journal of Preventive Medicine*, 47, 235–43.
- O'Connor, P. J., Martin, B., Weeks, C.S. & Ong, L. (2014) Factors that influence young people's mental health help-seeking behaviour: a study based on the Health Belief Model. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2577–2587. <https://doi.org/10.1111/jan.12423>
- Perinelli, E., & Gremigni, P. (2016). Use of social desirability scales in clinical psychology: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, 72(6), 534-551.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22284>
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 247–258. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.247>
- Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management*, 5(173).
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services? *Milbank Quarterly*, 44, 94–106.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monograph*, 2, 328–335.
- Rosenstock, I.M., & Kirscht, J. P. (1979). Why people seek health care. En: G. C. Stone, F. Cohen, N. E. Adler (Eds.). *Health Psychology – A Handbook*. Jossey-Bass.

- Rummell, C. M. (2015). An exploratory study of psychology graduate student workload, health, and program satisfaction. *Professional Psychology: Research and Practice, 46*(6), 391–399. <https://doi.org/10.1037/pro0000056>
- Rüsch, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry, 20*, 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Salaheddin, K. & Mason, B. (2016). Identificación de barreras para la búsqueda de ayuda en materia de salud mental entre adultos jóvenes en el Reino Unido: una encuesta transversal. *Revista británica de práctica general, 66*, 686-692. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687313>
- Samari, E., Lin Teh, W., Roystonn, K., Devi, F., Cetty, L., Shahwan, S., & Subramaniam, M. (2022). *BMC Psychiatry, 22*(107), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03754-0>
- Saavedra, J. (2012). *Prevalencia y factores asociados de trastornos mentales en la población adulta en la ciudad de Lima y Callao*. Lima: Instituto de Salud Mental Honorio Delgado. Hideyo Noguchi.
- Saavedra, J. (2014). *Utilización de servicios de salud por trastornos mentales en población adulta de la ciudad de Lima Metropolitana*. Lima: Instituto de Salud Mental Honorio Delgado. Hideyo Noguchi.
- Serrano-Ibáñez, E., Vega-Castelo, A., Varela, C., Montero-Matellanes, M., & Gómez-Pulido, A. (2023). The Current Mental Health of Healthcare Workers 3 Years After the Start of the Pandemic: The Relationship Between Coping Strategies and Indices of Mental Health. *SAGE Open, 1-9*. <https://doi.org/10.1177/21582440231207269>
- Simionato, G. K., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology, 74*(9), 1431-1456. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>
- Schneider, M. B., Greif, T. R., Galsky, A. P., Gomez, D., Anderson, C., Edwards, D. S., Cherry, A. S., & Mehari, K. (2021). Giving psychology trainees a voice during the COVID-19 pandemic: Trainee mental health, perceived safety, and support. *Training and Education in Professional Psychology, 15*(1), 76–85. <https://doi.org/10.1037/tep000034>
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2018). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 210*(4), 261-268. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464>

- Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: What do we know? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 31–37.
<https://doi.org/10.1017/S1121189X00002669>
- Skopp, N. A., Bush, N. E., Vogel, D. L., Wade, N. G., Sirotin, A. P., McCann, R. A., & Metzger-Abamukong, M. J. (2012). Development and Initial Testing of a Measure of Public and Self-Stigma in the Military. *Journal of Clinical Psychology*, 68(9), 1036–1047.
<https://doi.org/10.1002/jclp.21889>
- Smith, P., & Moss, S. (2009). Psychologist Impairment: What Is It, How Can It Be Prevented, and What Can Be Done to Address It?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1).
- Stevens, K., & Al-Abbadey, M. (2023). Compassion fatigue and global compassion fatigue in practitioner psychologists: a qualitative study. *Current Psychology*. Doi: 10.1007/s12144-023-04908-3
- Tapia, R. (2017). *La Salud Mental en el Perú, Marco Normativo Nacional y Legislación Comparada*.
[https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/\\$FILE/Salud_mental_Per%C3%BA_legislaci%C3%B3n_Am%C3%A9rica_del_Sur.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/$FILE/Salud_mental_Per%C3%BA_legislaci%C3%B3n_Am%C3%A9rica_del_Sur.pdf)
- Tay, S., Alcock, K., & Scior, K. (2018). Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *Journal of Clinical Psychology*, 1-11. <https://doi.org/10.1002/jclp.22614>
- Ten Have, M., De Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., & Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European study of epidemiology of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 153–163. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0050-4>
- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 520–531. <https://doi.org/10.1037/a0033555>
- Torres, L., Magnus, B., & Najar, N. (2020). Assessing the Psychometric Properties of the ATSPPH-SH) Among Latino Adults. *Assessment*.
<https://doi.org/10.1177/1073191119899470>
- Turner, J.C., & Brown, R. (1978). Social status, cognitive alternatives and intergroup relations. En H. Tajfel (Ed.): *Differentiation between social groups: Studies in the social*

psychology of intergroup relations. Academic Press.

Vivanco, M. (2017). *Estado actual de la salud mental en el Perú*. Congreso de la República

[Archivo

PDF].

[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ParCiudadana/MarDem2011.nsf/vf06web/09AF35E17AE67709052580CA006F7343/\\$FILE/PPT-DRA-VIVANCO.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ParCiudadana/MarDem2011.nsf/vf06web/09AF35E17AE67709052580CA006F7343/$FILE/PPT-DRA-VIVANCO.pdf)

Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 325-337. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.325>

Vogel, D., Bitman, R., Hammer, J., & Wade, N. (2013). Is Stigma Internalized? The Longitudinal Impact of Public Stigma on Self-Stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 311-316. <https://doi.org/10.1037/a0031889>

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: The solid facts* (2a Ed.).

WHO.

Yang, Y., & Hayes, J. A. (2020). Causes and consequences of burnout among mental health professionals: A practice-oriented review of recent empirical literature. *Psychotherapy*, 57(3), 426-436. <https://doi.org/10.1037/pst0000317>

Zárate, J., Davila, A., Illanes, M., Gioacchini, C., Sananez, G., Hunziker, C., Gonzales, B., Díaz, S. I., & Denti Castañon, F. (2020). Salud mental y estigma: Análisis sobre la formación profesional en Psicología. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5(6), 153-167.

Zartaloudi, A., & Madianos, M. (2010). Stigma related to help-seeking from a mental health professional. *Health Science Journal*, 4, 77-83.

Ziede, J., & Norcross, J. (2020): Personal Therapy and Self-Care in the Making of Psychologists.

The Journal of Psychology. <https://doi.org/10.1080/00223980.2020.1757596>

Apéndices

Apéndice A: Porcentajes de variables de estudio relevantes

Tabla 4

<i>Años de experiencia brindando terapia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Menos de 2 años	12.3
Entre 2 y 10 años	53.8
Entre 11 y 20 años	17.7
Más de 20 años	16.2

N=130

Tabla 5

<i>Corriente psicoterapéutica</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Cognitivo Conductual	45.4
Psicoanálisis	21.5
Humanista Existencial	13.9
Otra	19.2

N=130

Tabla 6

<i>Previamente, ¿ha experimentado algún problema de salud mental?</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Sí	56.9
No	43.1

N=130

Apéndice B: Ficha de Datos Sociodemográficos

Marque según corresponda en base a su información actual

1. Sexo

- Femenino
- Masculino
- Prefiero no decirlo

2. Edad

3. Estudio superior realizado

- Psicología
- Medicina (Psiquiatría)
- Otra

4. ¿En qué universidad estudió?

5. Actualmente, ¿con quiénes vive?

- Solo
- Con pareja no conyugal
- Con amigos/roommates
- Con familia: padre, madre y/o abuelos
- Con familia: esposo(a)/pareja e hijo(s)

6. ¿Qué formación especialización psicoterapéutica ha recibido?

- Psicoanalítica/Psicodinámica
- Cognitivo-Conductual
- Humanista/Humanista existencial
- Actualmente me encuentro en formación
- No tengo
- Otra

7. En relación a su labor profesional, ¿hace cuántos años brinda terapia?

- Hace más de 20 años
- Desde hace 11-20 años
- Desde hace 2-10 años
- Hace menos de 2 años

8. ¿Cuándo fue la última vez que brindó psicoterapia?

- Esta semana

- Hace un mes
- Hace 2 meses o más

9. Previamente, ¿ha experimentado algún problema de salud mental?

- Sí
- No

10. Ante una crisis, ¿a cuál de estos medios recurre más?

- No suelo buscar ayuda, lo afronto por mi cuenta
- Familia
- Amigos cercanos
- Pareja
- Profesionales de la salud mental
- Otros

11. ¿Alguna vez ha buscado ayuda profesional para atender problemas de salud mental?

- Sí
- No

12. Si la respuesta anterior fue sí, marque de quién ha recibido más ayuda:

- Médico general
- Psicoterapeuta (sector privado)
- Psicólogo clínico (sector privado)
- Psiquiatra (sector privado)
- Psicoterapeuta (sector público)
- Psicólogo clínico (sector público)
- Psiquiatra (sector público)
- Otro
- Nadie

13. Actualmente, ¿acude a terapia como paciente?

- Sí
- No

14. ¿Dónde trabaja principalmente? (Sector)

- Sector privado (por ejemplo, ser miembro de un centro de terapia)

- Sector público (trabajo para el Estado)
- Independientemente

15. ¿Cómo trabaja principalmente? (Modalidad)

- Presencial
- Virtual (vía plataformas como zoom, Google meets, etc.)
- Ambos/híbrido



Apéndice C: Consentimiento Informado

Se le invita a responder el presente cuestionario, con el fin de apoyar una investigación relacionada al estigma y la salud mental dirigida por Alejandra Yépez, estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), y supervisada por el Mag. Javier Sánchez.

Para ello, por favor considerar los siguientes puntos:

- El cuestionario tiene una duración aproximada de 5 a 10 minutos.
- Su participación es totalmente voluntaria. Usted puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que ello lo perjudique de alguna forma.
- Este no implica algún perjuicio dentro de su labor profesional o área personal, pues se mantendrá el anonimato en todo momento.
- Asimismo, toda información recogida será utilizada estrictamente con fines académicos
- Su participación implica un beneficio para contribuir a la evidencia y reflexión sobre este tema.

Ante cualquier consulta, puede comunicarse al correo a20191898@pucp.edu.pe.

Muchas gracias

He leído los términos y acepto participar voluntariamente de esta investigación

- Sí, acepto participar
- No acepto participar

Apéndice D:

Tabla 7: Validación por 5 jueces de la escala de EPP (Gierk et al., 2018)

Item en inglés	Traducción al español (final)	¿La traducción responde al objetivo del ítem?		Comentarios
I think that most people take the opinion of someone who has been treated for a mental illness less seriously.	Pienso que la mayoría de personas no se toman seriamente la opinión de alguien que ha recibido tratamiento por enfermedad mental.	Sí	No	Con respecto a la frase original “se toman menos en serio”, primero se recomendó resaltarlo para hacer énfasis en el “menos”. Luego, se recomendó colocarlo al final de la frase y cambiarlo por la frase “con menos seriedad”. Finalmente, se optó por mantenerlo en su lugar dentro de la oración.
I think that most people consider someone who has been treated for a mental illness to be dangerous.	Pienso que la mayoría de personas consideran peligrosa a una persona que ha recibido tratamiento por una enfermedad mental.	Sí	No	Se sugirió colocar el adjetivo traducido “peligrosa” antes de describir a la persona que ha recibido tratamiento por una enfermedad mental en lugar de tras esta frase, como inicialmente estaba.
I think that most people hesitate to do business with someone who has been treated for a mental illness.	Pienso que la mayoría de personas dudan a la hora de hacer negocios con alguien que ha recibido tratamiento por enfermedad mental.	Sí	No	Frente a la frase inicial “dudan en hacer negocios”, se recomendó optar por “dudan a la hora de hacer negocios”
I think that most people think badly of someone who has been treated for a mental illness.	Pienso que la mayoría de personas tienen una mala opinión de alguien que ha recibido tratamiento por enfermedad mental	Sí	No	
I think that most people consider mental	Pienso que la mayoría de personas consideran que la	Sí	No	Ante la traducción directa del término personal

illness to be a sign of personal weakness.	enfermedad mental es una señal de debilidad.			weakness como “debilidad personal”, se optó por mantenerlo solo como “debilidad” por un tema de practicidad en la interpretación. De igual manera, se sugiere revisar cómo se está entendiendo el término durante el piloto.
I think that most people hesitate to entrust their child with someone who has been treated for a mental illness.	Pienso que la mayoría de personas dudan en dejar a sus hijos bajo el cuidado de alguien que ha recibido tratamiento por enfermedad mental.	Sí	No	Ante la traducción inicial de “confiar a sus hijos”, se recomendó cuestionar el término “confiar” frente a “dejar sus hijos bajo el cuidado” pues este segundo es más específico en cuanto al objetivo del ítem.
I think that most people do not even take a look at an application from someone who has been treated for a mental illness.	Pienso que la mayoría de personas ni siquiera echan un vistazo a una postulación laboral de alguien que ha recibido tratamiento por enfermedad mental (revisar en piloto)	Sí	No	Existen diversas interpretaciones al español de “take a look at an application”. Dentro de estas se encontró “echan un vistazo a la postulación laboral”, “consideran la solicitud de empleo”, y “revisan el CV de alguien que ha postulado a un trabajo”. Como sugerencia final, se recomienda consultar en el piloto cómo se está interpretando.
I think that most people do not enter into a relationship with someone who has been treated for a mental illness.	Pienso que la mayoría de personas no deciden comenzar una relación con alguien que ha recibido tratamiento por enfermedad mental (revisar en piloto)	Sí	No	Al inicio, se identificaron diversas interpretaciones a la frase “do not enter into a relationship”. Dentro de estas se encontró “no deciden comenzar una relación”, “no empiezan una relación”, “no entablan una relación” y “no se

				involucran en una relación”.
--	--	--	--	------------------------------

I think that most people feel uneasy when someone who has been treated for a mental illness moves into the neighbourhood.	Pienso que la mayoría de personas se sienten incómodas cuando alguien que ha recibido tratamiento por enfermedad mental se muda cerca a sus casas (revisar en piloto)	Sí	No	
---	---	----	----	--

Comentarios generales				<p>La traducción inicial a “treated for a mental illness” fue “ha sido tratado por una enfermedad mental”. Frente a ello, primero se recomendó omitir el artículo “una”. Luego, se cuestionó el uso del “tratado por una enfermedad mental” debido a la diversidad de interpretaciones que se podía tener. Por ende, se optó por considerar “ha recibido tratamiento por enfermedad mental”.</p>
------------------------------	--	--	--	--



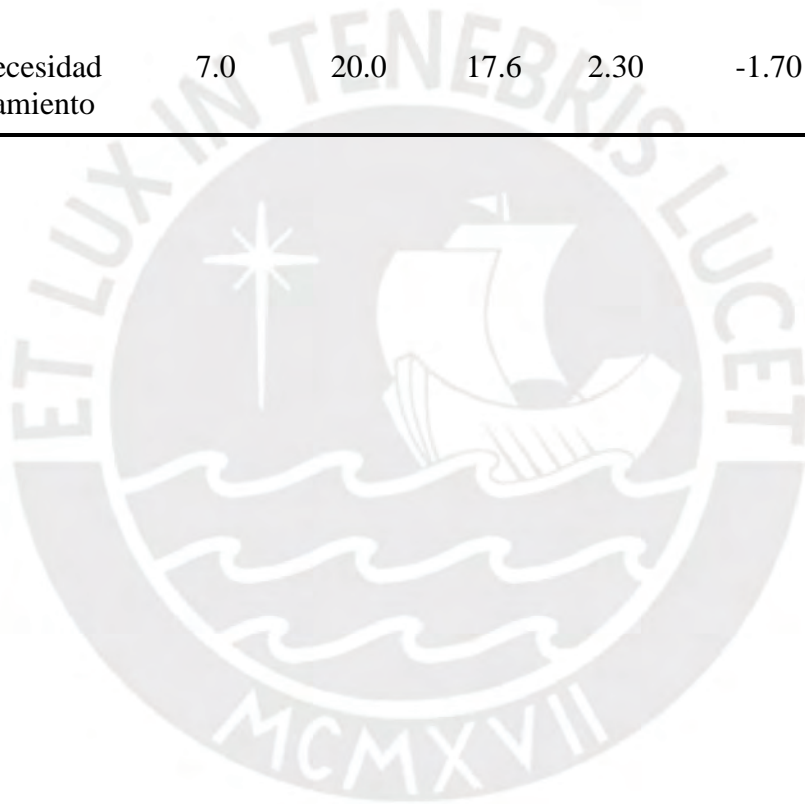
Apéndice E: Estadísticos descriptivos de las variables de estudio

Tabla 8

Estadísticos Descriptivos de las variables de estudio

	Min	Max	<i>M</i>	<i>DE</i>	Asimetría	Curtosis
Autoestigma	18.0	34.0	23.2	2.53	0.84	1.83
EPP	0.00	27.0	12.3	6.48	-0.34	-0.53
Apertura para buscar tratamiento	10.0	20.0	17.7	2.10	-1.05	0.74
Valoración y Necesidad para buscar tratamiento	7.0	20.0	17.6	2.30	-1.70	4.39

N=130



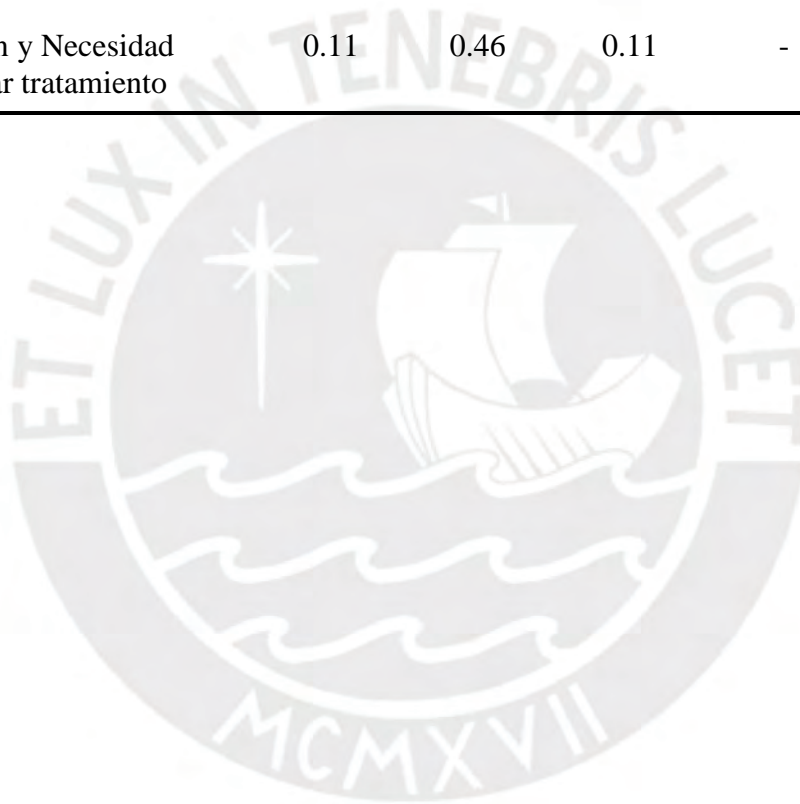
Apéndice F: Correlaciones

Tabla 9

Correlaciones entre las variables de estudio

	1	2	3	4
1 Autoestigma	-			
2 EPP	0.25	-		
3 Apertura para buscar tratamiento	<.001	0.003	-	
4 Valoración y Necesidad para buscar tratamiento	0.11	0.46	0.11	-

$p < 0.05$



Apéndice G: Primer modelo de regresión con únicamente las variables de estudio

Tabla 10

Modelo de regresión para las variables de estudio predictoras de Apertura para buscar tratamiento

	Variable	Apertura para buscar tratamiento				
		B	<i>B</i>	SB	<i>t</i>	<i>p</i>
	Modelo	22.14				
1	Autoestigma		-0.23	0.07	-3.39	<.001
2	EPP		0.07	0.03	2.83	0.005

N=130, *EPP* = estigma público percibido



Apéndice H: Análisis de regresión no significativos

Tabla 11

Modelo de regresión para EPP como posible predictora de autoestima

Modelo	Variable	EPP							
		B	<i>B</i>	SB	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² ajustado	<i>F</i>
	Modelo	23.64							
1	Autoestima		-0.04	0.03	-1.15	0.25	0.01	0.002	1.32

N=130

Tabla 12

Modelo de regresión para Valoración y Necesidad para buscar tratamiento como posible predictora de autoestima y EPP

Modelo	Variable	Valoración y Necesidad para buscar tratamiento						<i>R</i> ² ajustado	<i>F</i>
		B	<i>B</i>	SB	<i>t</i>	<i>p</i>			
	Modelo	21.06					0.012	1.71	
1	Autoestima		-0.14	0.08	-1.69	0.09			
2	EPP		-0.03	0.03	-0.92	0.36			

N=130,