

**Percepciones y estigmatización: análisis de atribución causal en la visión de las
enfermedades psiquiátricas graves en la literatura científica**

Valentina Acuña Bedoya

Universidad del Valle

Facultad de Psicología

Director: Pedro Enrique Rodríguez R, Ph.D.

Agosto, 2025

Tabla de contenido

1. Introducción	8
2. Objetivos	10
2.1 Objetivo general	10
2.2 Objetivos específicos	10
3. Justificación	11
4. Marco teórico	15
4.1 Conceptualización del estigma en salud mental	15
4.2 Atribuciones causales y modelos explicativos	15
4.3 Dimensión afectiva: emociones como mediadores	16
4.4 Dimensión conductual: distancia social	17
4.5 Estigma estructural e interseccionalidad	17
4.6 Antecedentes: atribución causal y estigma en salud mental	17
5. Metodología	23
5.1 Tipo de estudio	23
5.2 Población y muestra	23
5.3 Procedimiento	24
5.3.1 Revisión documental	24
5.3.2 Procedimiento de construcción y análisis de datos	25
6. Resultados	30
7. Discusión	79
8. Limitaciones y recomendaciones	84

9.Conclusiones	85
10.Referencias	86
11.Anexos	94

Lista de Tablas

Tabla 1. Distribución de frecuencias	32
Tabla 2. Tabla distribución de artículos por país de origen	34
Tabla 3. Tabla distribución de artículos por tipo de muestra	36
Tabla 4. Tabla de modelo de atribución utilizado	37
Tabla 5. Tabla de frecuencia respuestas afirmativas en variables de resultados	38
Tabla 6. Tabla de frecuencia respuestas afirmativas en variables de las limitaciones	40
Tabla 7. Tabla de frecuencia respuestas afirmativas en variables de la discusión	42
Tabla 8. Reporte de interpretaciones emocionales como base del estigma	45
Tabla 9. Reporte de interpretaciones biológicas como base del estigma	46
Tabla 10. Reporte de interpretaciones mixtas como base del estigma	47
Tabla 11. Asociaciones entre variables con valor critico de 0.01	49

Lista de Figuras

Figura 1. Flujograma metodológico de la investigación	30
Figura 2. Gráfico por años	34
Figura 3. Gráfico de distribución de artículos por país de origen	36
Figura 4. Gráfico de distribución de tipo de muestra utilizada	36
Figura 5. Gráfico de distribución de modelos de atribución	39
Figura 6. Gráfico de respuestas afirmativas en variables de resultados	40
Figura 7. Gráfico de respuestas afirmativas en variables de las limitaciones	42

Figura 8. Gráfico de respuestas afirmativas en variables de la discusión	42
Figura 9. Asociación entre las variables “reporta interpretaciones emocionales como base del estigma” vs “se aprecian mediaciones emocionales en los resultados”	50
Figura 10. Asociación entre las variables “reporta interpretaciones biológicas como base del estigma” vs “atribuciones biogenéticas/biomédicas”	51
Figura 11. Asociación entre las variables “reportan disposición personal a buscar ayuda” vs “acceso y búsqueda de ayuda”	53
Figura 12. Asociación entre las variables “tipo de muestra” vs “restricciones de muestreo no probabilístico y conveniencia”	54
Figura 13. Asociación entre las variables “año” vs “reporta asociaciones con distancia social”	55
Figura 14. Asociación entre las variables “año” vs “reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma”	57
Figura 15. Asociación entre las variables “reporta interpretaciones mixtas como base del estigma” vs “atribuciones psicosociales/sociales”	58
Figura 16. Asociación entre las variables “enfermedad enfoque” vs “reportan diferencias del estigma con base en la patología”	63
Figura 17. Asociación entre las variables “enfermedad enfoque” vs “se aprecian mediaciones educativas en los resultados”	63
Figura 18. Asociación entre las variables “enfermedad enfoque” vs “se aprecian mediaciones educativas en los resultados”	64
Figura 19. Asociación entre las variables “reporta asociaciones con distancia social” vs “reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma”	66

Figura 20. Asociación entre las variables “reporta asociaciones con distancia social” vs “atribuciones personales/rasgos individuales”	66
Figura 21. Asociación entre las variables “reporta asociaciones con distancia social” vs “se aprecian mediaciones emocionales en los resultados”	67
Figura 22. Asociación entre las variables “reporta asociaciones con distancia social” vs “reporta interpretaciones emocionales como base del estigma”	67
Figura 23. Asociación entre las variables “reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma” vs “reporta interpretaciones mixtas como base del estigma”	69
Figura 24. Asociación entre las variables “reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma” vs “atribuciones personales/rasgos individuales”	69
Figura 25. Asociación entre las variables “reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma” vs “se aprecian mediaciones cognitivas en los resultados”	70
Figura 26. Asociación entre las variables “atribuciones personales/rasgos individuales” vs “atribuciones psicosociales/sociales”	71
Figura 27. Asociación entre las variables “los hallazgos reportan predominios emocionales antes que cognitivos” vs “se aprecian mediaciones cognitivas en los resultados”	72
Figura 28. Asociación entre las variables “reporta interpretaciones sociales como base del estigma” vs “atribuciones psicosociales/sociales”	73
Figura 29. Asociación entre las variables “año “y “atribuciones personales/rasgos individuales”	74
Figura 30. Asociación entre las variables “reporta interpretaciones biológicas como base del estigma” vs “reporta interpretaciones mixtas como base del estigma”	75
Figura 31. Asociación entre las variables “país” vs “limitaciones de estímulos”	76

Figura 32. Asociación entre las variables “se aprecian mediaciones cognitivas en los resultados”
vs “reportan diferencias de estigma con base en la patología” 77

Resumen.

Este estudio revisa 24 investigaciones empíricas (2005-2024) sobre la relación entre el estigma en salud mental y las atribuciones causales de los trastornos psiquiátricos graves. A partir de un análisis mixto (pruebas χ^2 , V de Cramer, simulaciones de Montecarlo y análisis cualitativo de contenido), se identificó la predominancia de interpretaciones cognitivas y biológicas del estigma, mediadas por factores emocionales que influyen en la distancia social y la discriminación. Los hallazgos evidencian variaciones según contexto, diagnóstico y atribución, así como limitaciones metodológicas en los estudios revisados. Se concluye que se requieren marcos explicativos integradores y culturalmente sensibles que articulen lo cognitivo, lo emocional y lo estructural.

Palabras clave: psicología, estigma, percepción, enfermedad psiquiátrica, salud mental, atribución causal.

1. Introducción.

El estigma hacia la salud mental constituye uno de los principales desafíos contemporáneos para la prevención, el diagnóstico temprano y la atención efectiva de los trastornos mentales a nivel global (Corrigan et al., 2014; Thornicroft et al., 2007). No se trata de un fenómeno reducido a actitudes individuales, sino de un proceso social complejo en el que convergen creencias, emociones y prácticas, estructurado a su vez por dinámicas de poder que reproducen desigualdades y exclusiones (Link & Phelan, 2001; Hatzenbuehler et al., 2013). Esta perspectiva crítica resulta clave, pues asume que el estigma no puede comprenderse únicamente desde variables aisladas, sino como un entramado multicausal en el que los factores cognitivos, afectivos y contextuales interactúan. En este sentido, la salud mental no puede entenderse únicamente como un ámbito clínico, sino como un campo atravesado por procesos sociales, políticos y culturales que condicionan la manera en que las personas son percibidas, diagnosticadas y tratadas (WHO, 2013; Stuart, 2016). Así, investigar el estigma en salud mental implica también reconocer su papel como determinante social que impacta en el acceso a servicios, la inclusión comunitaria y la calidad de vida de quienes viven con un trastorno mental (Hatzenbuehler et al., 2013; Lund et al., 2018).

El posicionamiento adoptado en esta investigación parte de reconocer que las atribuciones causales sobre el origen de los trastornos mentales —biogénicas, psicosociales o personales— constituyen un eje central para comprender cómo se configuran las actitudes y prácticas sociales. En consonancia con el denominado modelo de doble filo (*mixed blessings model*), se asume que las explicaciones biogénicas, si bien pueden reducir la culpabilización individual, también refuerzan percepciones de peligrosidad, cronicidad y diferencia esencial, lo que incrementa la

distancia social y el rechazo (Haslam, 2006; Angermeyer & Matschinger, 2005). Por el contrario, las explicaciones psicosociales permiten matizar la experiencia de la enfermedad en contextos específicos, favoreciendo interpretaciones menos estigmatizantes (Schomerus et al., 2012; Corrigan et al., 2014). Adoptar este marco implica reconocer que las creencias no operan de manera neutra, sino que median emocionalmente la relación entre sujetos y, por ende, influyen directamente en conductas de exclusión o apoyo (Fiske et al., 2002; Angermeyer et al., 2010).

Desde una perspectiva metodológica, este trabajo se distancia de aproximaciones fragmentarias para situarse en una lógica integradora que articula teoría, evidencia empírica y contexto. Se asume que la revisión sistemática no solo debe recopilar resultados, sino también desentrañar los patrones consistentes entre los marcos teóricos, las mediaciones emocionales y las metodologías empleadas, con el fin de evidenciar tanto las convergencias como las tensiones que atraviesan la investigación en este campo. Para garantizar la solidez de este análisis, se recurre a herramientas estadísticas como el análisis estocástico y la simulación de Montecarlo, que permiten evaluar la robustez de las asociaciones y evitar interpretaciones reduccionistas.

Este posicionamiento responde a la convicción de que el estudio del estigma en salud mental exige aproximaciones interdisciplinarias, sensibles a los contextos culturales y conscientes del impacto que tienen las elecciones conceptuales y metodológicas en la producción de conocimiento. Así, más allá de describir fenómenos observables, el presente trabajo busca problematizar las categorías y supuestos que los sostienen, con el fin de contribuir a la construcción de marcos explicativos más integradores y a la generación de evidencia útil para el diseño de políticas públicas y estrategias de intervención que promuevan una atención en salud mental más inclusiva y libre de prejuicios.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar de manera sistemática la relación entre diferentes dimensiones conceptuales del estigma en salud mental en estudios empíricos publicados entre 2005 y 2024.

2.2 Objetivos específicos

- Categorizar las dimensiones conceptuales del estigma en salud mental (cognitiva, afectiva, conductual y estructural) reportadas en la literatura empírica publicada entre 2005 y 2024.
- Analizar la relación entre las atribuciones causales de la enfermedad mental y las manifestaciones de estigma, considerando el enfoque de la enfermedad, las interpretaciones cognitivas y las variaciones contextuales y culturales.
- Explorar las tendencias y patrones de la producción científica sobre estigma en salud mental entre 2005 y 2024, destacando las asociaciones más significativas.

3. Justificación.

La presente investigación se justifica por tres razones estratégicas: su relevancia social, su aporte teórico-metodológico y su utilidad para la toma de decisiones en salud pública. Primero, el estigma hacia los trastornos mentales opera como un determinante social que deteriora la búsqueda de ayuda, la adherencia, la inclusión y los resultados en salud, reproduciendo desigualdades a lo largo del curso de vida (Hatzenbuehler, Phelan, & Link, 2013; Thornicroft et al., 2007). Aunque la literatura ha descrito extensamente creencias y actitudes, persisten zonas ciegas: la ambivalencia del modelo de doble filo (mixed-blessings) —según el cual las explicaciones biogénicas reducen la culpa pero elevan esencialismo, cronicidad y percepción de peligrosidad— no está resuelta empíricamente y varía por contexto (Haslam, 2006; Pescosolido et al., 2010; Schomerus et al., 2012). Segundo, la fragmentación entre lo cognitivo, lo emocional y lo conductual impide vincular, con suficiente traza causal, atribuciones, afectos (p. ej., miedo, repulsión) y conductas (p. ej., distancia social), pese a marcos con fuerte capacidad explicativa como la teoría de la atribución y los modelos contemporáneos de regulación emocional (Weiner, 1995; Corrigan, 2004; Fiske, Cuddy, Glick, & Xu, 2002; Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema, & Dovidio, 2009). Tercero, la incorporación aún incipiente de estigma estructural e interseccionalidad limita la comprensión de cómo normas, instituciones y jerarquías sociales modulan el estigma, más allá de la suma de actitudes individuales (Hatzenbuehler et al., 2013; Link & Phelan, 2001; Parker & Aggleton, 2003). En el plano metodológico, el campo adolece de diseños predominantemente transversales, muestreos no probabilísticos y medidas heterogéneas, lo que restringe la inferencia y la comparabilidad (Agresti, 2018; Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004). Adicionalmente, sesgos de reporte y de

publicación erosionan la validez acumulativa de los hallazgos (Dwan, Gamble, Williamson, & Kirkham, 2013; Ioannidis, 2005).

En este contexto, resulta indispensable subrayar que el estigma no solo impacta en la percepción social de las personas con trastornos mentales, sino que constituye una de las principales barreras para garantizar el derecho a la salud mental en sentido amplio. La evidencia demuestra que el estigma disminuye la disposición a buscar ayuda, debilita la adherencia a los tratamientos, erosiona el apoyo social y compromete la efectividad de los programas comunitarios de salud mental (Corrigan, Druss, & Perlick, 2014; Henderson, Evans-Lacko, & Thornicroft, 2013). A nivel estructural, este fenómeno reproduce desigualdades en el acceso a recursos y servicios, profundizando la exclusión de poblaciones en situación de vulnerabilidad y generando elevados costos sociales y económicos (Lund et al., 2018; Stuart, 2016). Situar la salud mental como eje transversal de este estudio, por tanto, amplía la comprensión del estigma como fenómeno social complejo y fortalece la posibilidad de traducir la evidencia en políticas públicas inclusivas y culturalmente sensibles (Thornicroft et al., 2016; WHO, 2013).

Frente a este escenario, este estudio aporta valor diferenciador al sistematizar la producción entre 2005 y 2024 —periodo en que se consolidan alfabetización en salud mental, nuevas campañas antiesigma y enfoques biopsicosociales— y categorizar con criterios explícitos los marcos conceptuales (cognitivo, emocional, biogenético, social y mixto), las atribuciones causales (biogenéticas, psicosociales, personales), las mediaciones (cognitivas y emocionales) y las manifestaciones conductuales (incluida la distancia social), atendiendo variaciones contextuales y temporales (Jorm, 2000; Schomerus et al., 2012; Thornicroft et al., 2016). Para elevar la robustez inferencial, se emplean pruebas de asociación para datos categóricos (χ^2 y V de Cramer), complementadas con simulaciones de Montecarlo y análisis

estocástico para estabilizar estimaciones en tablas escasas y explorar la sensibilidad de los resultados ante supuestos razonables del generador de datos (Kroese, Taimre, & Botev, 2014; Robert & Casella, 2010; Mehta & Patel, 1983).

El retorno social de esta agenda es directo: al mapear qué combinaciones de atribuciones, emociones y métodos se asocian sistemáticamente con distancia social y otras salidas conductuales —y al identificar dónde el efecto es inconsistente o dependiente del contexto— se generan insumos accionables para el diseño de intervenciones y políticas. Por ejemplo, cuando las narrativas biogenéticas incrementan esencialismo, las estrategias deben integrar componentes que contrarresten la deshumanización y la percepción de peligrosidad; cuando predominan atribuciones personales, intervenciones psicoeducativas deben enfatizar factores contextuales y trayectorias de recuperación (Corrigan, Druss, & Perlick, 2014; Angermeyer & Dietrich, 2006; Stuart, 2016). En síntesis, este estudio está diseñado para cerrar brechas conceptuales (articulación cognición-emoción-conducta; nivel individual/estructural), fortalecer el andamiaje metodológico del campo y producir evidencia contextualmente sensible, con potencial de traducirse en prácticas y políticas que reduzcan el estigma y mejoren la calidad de vida de las personas con trastornos mentales (Livingston & Boyd, 2010; Henderson, Evans-Lacko, & Thornicroft, 2013; Wahl, 1999).

Es necesario reconocer que este estudio presenta ciertas limitaciones que acotan el alcance de sus hallazgos y orientan posibles líneas futuras de investigación. La primera de ellas se relaciona con el acceso a las fuentes, ya que la inclusión de artículos dependió de publicaciones disponibles en bases de datos específicas, lo cual pudo restringir la diversidad geográfica y cultural de los aportes considerados. De igual manera, el hecho de centrarse únicamente en estudios que ofrecieran información explícita sobre variables de estigma y

mediaciones llevó a dejar fuera investigaciones que, aunque pertinentes, no presentaban dichos elementos con suficiente detalle. A esto se suma la marcada heterogeneidad metodológica entre los trabajos revisados, lo que dificultó la comparación directa de resultados y redujo la posibilidad de extraer conclusiones generalizables. Otro aspecto a considerar es la escasa presencia de análisis longitudinales, que hubiera permitido explorar con mayor profundidad las transformaciones en las actitudes hacia la salud mental a lo largo del tiempo. Por último, aunque la integración de enfoques cualitativos y cuantitativos fortaleció la solidez del análisis, el empleo de categorías predefinidas en la codificación pudo limitar la identificación de patrones emergentes no previstos inicialmente. Estas limitaciones, lejos de restar valor al estudio, definen el alcance interpretativo de los resultados y ofrecen un punto de partida para futuras investigaciones que busquen ampliar la diversidad contextual, adoptar diseños longitudinales y explorar nuevas formas de aproximación al fenómeno del estigma.

4. Marco teórico

4.1 Conceptualización del estigma en salud mental

El estigma hacia las personas con trastornos mentales es un proceso social complejo que implica etiquetado, estereotipado, separación, pérdida de estatus y discriminación, todo ello en un contexto en el que operan relaciones de poder que condicionan las oportunidades y el acceso a recursos (Link & Phelan, 2001). Lejos de ser únicamente un atributo negativo adherido al individuo, el estigma funciona como un mecanismo estructural que influye en la vida social y en el bienestar de las personas afectadas (Corrigan et al., 2014).

Este fenómeno se manifiesta en distintas esferas, que incluyen estigma público, referido a las actitudes negativas de la sociedad en general hacia personas con trastornos mentales; autoestigma, que describe la internalización de los prejuicios sociales por parte de la persona afectada; estigma por asociación, que se proyecta hacia familiares, cuidadores o personas cercanas; y estigma estructural, vinculado a políticas, leyes y prácticas institucionales que generan desventaja sistemática (Hatzenbuehler et al., 2013).

4.2 Atribuciones causales y modelos explicativos

Las atribuciones causales constituyen un componente central en la formación y mantenimiento del estigma. La teoría de la atribución sostiene que la percepción de controlabilidad y responsabilidad sobre la enfermedad influye en las emociones y, en consecuencia, en las conductas hacia las personas afectadas (Weiner, 1995).

Atribuciones biogenéticas: tienden a reducir la culpabilización al desplazar la responsabilidad hacia factores no controlables, pero también incrementan el esencialismo, la

percepción de peligrosidad y la creencia en la cronicidad del trastorno (Haslam, 2006; Pescosolido et al., 2010; Schomerus et al., 2012).

Atribuciones psicosociales: disminuyen la culpabilización individual y favorecen explicaciones basadas en factores contextuales, como redes de apoyo, condiciones socioeconómicas o experiencias de vida (Corrigan et al., 2014).

Atribuciones personales: incrementan el juicio de responsabilidad moral y se asocian con mayor distancia social (Weiner, 1995; Corrigan & Watson, 2002).

El mixed-blessing model (Haslam, 2006; Schomerus et al., 2012) describe cómo las explicaciones biogenéticas pueden simultáneamente reducir la culpa y, de manera paradójica, aumentar la percepción de inmutabilidad y riesgo, reforzando estereotipos que limitan la recuperación y la inclusión social.

4.3 Dimensión afectiva: emociones como mediadores

Las emociones juegan un papel mediador clave en la relación entre creencias y conductas discriminatorias. Modelos como el Stereotype Content Model (Fiske et al., 2002) y la Intergroup Emotions Theory (Smith et al., 2007) sostienen que las creencias activan emociones específicas —por ejemplo, miedo, ira o compasión—, que a su vez predicen conductas de evitación o apoyo (Corrigan, 2004).

En el ámbito del estigma en salud mental, se ha encontrado que el miedo y la incomodidad median la relación entre percepciones de peligrosidad y la preferencia por mantener distancia social (Angermeyer et al., 2010). Estudios recientes (Martínez et al., 2021; Silva & Torres, 2023) confirman que las investigaciones que adoptan un marco afectivo suelen reportar mediaciones emocionales consistentes con sus hipótesis teóricas.

4.4 Dimensión conductual: distancia social

La distancia social se define como la preferencia por limitar el contacto con personas pertenecientes a grupos estigmatizados (Link et al., 2004). Su medición se ha consolidado como un indicador empírico central para operacionalizar el rechazo social (Thornicroft et al., 2007). Investigaciones recientes muestran que la distancia social se vincula estrechamente con marcos explicativos afectivos, lo que refuerza la hipótesis de que las conductas de rechazo no son exclusivamente racionales, sino manifestaciones conductuales de emociones internalizadas (Pérez & Salazar, 2020; Hernández et al., 2023).

4.5 Estigma estructural e interseccionalidad

El estigma estructural alude a las condiciones sociales, políticas y legales que, de manera sistemática, limitan las oportunidades y derechos de las personas con trastornos mentales (Hatzenbuehler et al., 2013). Por su parte, la perspectiva interseccional destaca que el estigma no se manifiesta de forma uniforme, sino que se modula por factores como el género, la clase social, la etnicidad y el tipo de diagnóstico (Thornicroft et al., 2007).

Esto coincide con evidencia empírica que señala que variables como el país de origen del estudio y el tipo de trastorno analizado se asocian con diferencias en la forma de medir y explicar el estigma, así como en las intervenciones propuestas para mitigarlo (Gómez et al., 2016; Fernández et al., 2008).

4.6 Antecedentes

El vínculo entre atribuciones causales y estigma constituye uno de los ejes más robustos y debatidos de la literatura sobre salud mental desde la formalización contemporánea del concepto de estigma como proceso relacional atravesado por poder (etiquetado, estereotipado, separación,

pérdida de estatus y discriminación) propuesta por Link y Phelan (2001). Sobre esa base, los estudios han mostrado de manera consistente que la explicación que ofrecen las personas acerca del origen de los trastornos mentales configura emociones, juicios morales y conductas —entre ellas la distancia social— que alimentan o mitigan el estigma (Corrigan & Watson, 2002; Thornicroft et al., 2007).

La teoría de la atribución de Weiner (1995, 2012) estableció que las percepciones de locus, controlabilidad y estabilidad de las causas influyen en emociones (p. ej., ira, compasión) que, a su vez, orientan respuestas conductuales (ayuda, evitación). Trasladada al campo de la salud mental, esta perspectiva mostró que atribuciones personales (p. ej., “falta de fuerza de voluntad”) elevan la culpabilización y la distancia social, mientras que atribuciones externas o no controlables tienden a reducir el reproche (Corrigan & Watson, 2002).

A mediados de la década de 2000, los trabajos sobre biologización del sufrimiento psíquico matizaron esa expectativa optimista. Haslam (2006) formuló el mixed-blessing model, según el cual las explicaciones biogenéticas (genética, neuroquímica) pueden disminuir la culpa al desplazar la causa fuera del control del individuo, pero aumentar el esencialismo, la percepción de peligrosidad y la cronicidad, reforzando así la deseabilidad social de la distancia.

Evidencia poblacional acumulada respaldó ese giro: series temporales mostraron que, pese a una mayor aceptación de explicaciones biológicas, no disminuyeron —e incluso crecieron— actitudes de rechazo y expectativas de peligrosidad, especialmente hacia la esquizofrenia (Pescosolido et al., 2010; Schomerus et al., 2012).

El papel mediador de las emociones fue articulado por modelos psicosociales como el Stereotype Content Model y la Intergroup Emotions Theory, que proponen que estereotipos activan emociones específicas que predicen conductas (Fiske et al., 2002; Corrigan, 2004).

Estudios empíricos han mostrado que atribuciones de peligrosidad —frecuentemente ancladas en explicaciones biogenéticas— incrementan miedo e incomodidad, los cuales predicen distancia social (Angermeyer et al., 2010). En contextos hispanohablantes se reporta un patrón convergente: creencias biogenéticas se asocian a mayor rechazo, mientras que atribuciones psicosociales —que sitúan las causas en condiciones de vida, adversidad o contextos culturales— tienden a reducir la culpabilización y la preferencia por el distanciamiento (Fernández et al., 2008; Gómez et al., 2016).

Los efectos de la atribución varían según la categoría diagnóstica: la esquizofrenia concentra mayores niveles de peligrosidad percibida y distancia social que depresión o trastornos por uso de alcohol, y estas diferencias se amplifican cuando predominan explicaciones biogenéticas (Pescosolido et al., 2010; Schomerus et al., 2012). Asimismo, los contextos culturales modulan la relación atribución-estigma, al incorporar significados morales y normas, relacionales que reconfiguran el peso de la responsabilidad y la amenaza (Yang et al., 2014). En el plano temporal, revisiones y metaanálisis documentan una biologización creciente del discurso público sin reducción proporcional del estigma conductual, lo que sostiene la tesis del “beneficio mixto” de las narrativas biomédicas (Schomerus et al., 2012; Pescosolido & Martin, 2015).

La literatura sobre contacto y educación sugiere que cambiar atribuciones exclusivamente hacia lo biogenético no basta para disminuir el estigma y, en ciertas condiciones, puede ser contraproducente al fortalecer esencialismo y pronósticos de cronicidad (Corrigan, 2004; Corrigan et al., 2014). En contraste, programas que integran componentes psicosociales (determinantes sociales, recuperación, agencia) y contacto significativo tienden a lograr reducciones más estables del estigma y mejoras en intención de búsqueda de ayuda (Corrigan, Michaels, & Morris, 2017; Stuart, 2016). Estos hallazgos dialogan con modelos de acceso a

servicios que enfatizan cómo las creencias causales moldean actitudes y conductas de utilización, más allá de la disponibilidad estructural de recursos (Andersen, 1995).

Metodológicamente, predomina el uso de viñetas experimentales y encuestas poblacionales con medidas de distancia social y escalas de atribución; más recientemente se han incorporado modelos estructurales para estimar rutas cognitivas-afectivas-conductuales (Link et al., 2004; Morgan et al., 2018). Persisten, no obstante, brechas: (a) limitada integración multinivel que vincule atribuciones individuales con estigma estructural; (b) escasez de estudios longitudinales que identifiquen direccionalidad causal entre cambio de atribuciones y cambio en estigma; (c) heterogeneidad de instrumentos que dificulta la comparabilidad; (d) necesidad de evidencia en América Latina y otros contextos del Sur Global; y (e) evaluación insuficiente de marcos mixtos (biopsicosociales) que operen simultáneamente sobre culpa, peligrosidad y recuperación.

La investigación sobre estigma hacia la salud mental ha identificado que las atribuciones causales constituyen un eje fundamental en la formación de actitudes y conductas hacia las personas con trastornos mentales.

Diversos estudios han analizado cómo distintos modelos explicativos de la enfermedad mental generan formas diferenciadas de estigmatización. Por ejemplo, investigaciones clásicas como las de Corrigan y Watson (2002) evidencian que las atribuciones personales (ej. “la persona es responsable de su trastorno”) tienden a aumentar la distancia social y el juicio moral. En contraste, cuando los trastornos se atribuyen a causas psicosociales o contextuales, se reduce la culpabilización individual y se fomenta una visión más compasiva (Corrigan et al., 2014).

El auge de las explicaciones biogenéticas en las últimas décadas ha dado lugar al llamado modelo de doble filo (*mixed-blessing model*) (Haslam, 2006). Este enfoque plantea que, si bien dichas atribuciones pueden reducir la culpabilización moral, también generan efectos adversos: refuerzan el esencialismo, la percepción de peligrosidad y la idea de cronicidad e inmutabilidad del trastorno (Pescosolido et al., 2010; Schomerus et al., 2012). Estudios meta-analíticos han confirmado esta paradoja, mostrando que el marco biomédico disminuye la culpa pero incrementa el rechazo social y la preferencia por el distanciamiento (Angermeyer et al., 2010).

En contraste, las atribuciones psicosociales —centradas en factores como el estrés, el trauma o las condiciones socioeconómicas— suelen estar asociadas a una reducción del estigma, al promover explicaciones más dinámicas y contextuales de la enfermedad mental (Fernández et al., 2008; Gómez et al., 2016). Estos hallazgos son coherentes con la perspectiva de que el estigma se sustenta en creencias culturalmente compartidas que activan respuestas emocionales y conductuales específicas (Fiske et al., 2002; Link & Phelan, 2001).

Adicionalmente, estudios comparativos entre distintos diagnósticos han mostrado que la atribución causal no opera de manera homogénea. Por ejemplo, la esquizofrenia suele asociarse más fuertemente a explicaciones biogenéticas y percepciones de peligrosidad, mientras que la depresión tiende a vincularse con atribuciones psicosociales y a generar mayor compasión (Angermeyer & Dietrich, 2006; Schomerus et al., 2012).

Finalmente, se ha planteado que las atribuciones causales interactúan con factores emocionales y estructurales. Modelos como el Stereotype Content Model (Fiske et al., 2002) y la

Intergroup Emotions Theory sostienen que las creencias causales no solo afectan la cognición, sino que median emociones como miedo o compasión, las cuales a su vez determinan comportamientos de rechazo o apoyo (Corrigan, 2004; Martínez et al., 2021). De este modo, la atribución causal puede considerarse un mediador clave entre las creencias sociales y las manifestaciones conductuales del estigma, como la distancia social.

En suma, la evidencia empírica muestra que las atribuciones causales constituyen un determinante crítico del estigma, con implicaciones tanto para la investigación como para el diseño de intervenciones psicoeducativas y políticas públicas orientadas a reducir la discriminación en salud mental.

La literatura reconoce tres dimensiones principales del estigma: la cognitiva (creencias y estereotipos), la afectiva (emociones y reacciones) y la conductual (acciones y actitudes observables) (Thornicroft et al., 2007). Estas dimensiones interactúan, configurando respuestas sociales complejas que afectan directamente la calidad de vida, el acceso a servicios y la inclusión social (Corrigan & Watson, 2002; Thornicroft et al., 2007).

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

Se desarrolló un estudio de asociación con estadísticos no paramétricos, orientado a analizar la relación entre variables categóricas vinculadas a los marcos conceptuales del estigma en salud mental y las manifestaciones empíricas reportadas en investigaciones previas (Agresti, 2019). Este diseño se justifica en la naturaleza compleja del objeto de estudio, lo cual demanda aproximaciones que permitan integrar tanto la amplitud de los hallazgos derivados de los datos cuantitativos como la profundidad que ofrecen los datos cualitativos (Teddlie & Tashakkori, 2009). El objetivo fue examinar asociaciones entre variables categóricas que representan marcos conceptuales del estigma (p. ej., cognitivo, emocional, biológico y mixto) y manifestaciones empíricas (p. ej., distancia social, atribuciones causales, mediaciones), empleando estadísticos no paramétricos adecuados para datos nominales/ordinales (Agresti, 2019).

Se otorgó un peso equivalente a ambos enfoques con el propósito de lograr una visión holística del fenómeno, entendida como una aproximación integral a la realidad investigada (Hernández, 2010). Este tipo de diseño posibilita, además, la obtención de información diversa y la exploración íntegra de las relaciones entre variables, garantizando una comprensión más completa y contextualizada del estigma en salud mental.

5.2 Población y muestra

La población de referencia estuvo compuesta por estudios empíricos sobre estigma en salud mental publicados en diferentes contextos y periodos. La muestra se obtuvo mediante revisión documental sistemática, integrando únicamente trabajos que reportaran de forma explícita las categorías analizadas y que presentaran información codificable para el análisis estadístico. La selección fue de tipo no probabilístico por criterios, en función de la relevancia y

disponibilidad de datos, al tratarse de una revisión documental sistemática, no se contó con la participación directa de personas. En su lugar, los “participantes” fueron los 24 artículos científicos seleccionados como unidades de análisis (ver anexo A), publicados entre 2005 y 2024. Dichos estudios se localizaron en bases de datos y motores académicos reconocidos, tales como Google Scholar y Scopus, aplicando criterios de búsqueda previamente definidos. (Creswell & Creswell, 2018).

Se establecieron criterios de inclusión que exigían que los artículos fueran investigaciones empíricas, publicados en revistas indexadas entre 2005 y 2024, y que analizaran dimensiones conceptuales del estigma en salud mental. Como criterios de exclusión, se descartaron documentos de carácter puramente teórico, revisiones sin evidencia empírica y estudios cuyo objeto principal no estuviera centrado en estigma o atribuciones causales (Hernández-Sampieri et al., 2014).

Finalmente, para la sistematización de la información, se diseñó una matriz en Microsoft Excel en la que se consignaron variables de interés como la dimensión conceptual analizada, metodología empleada, país de origen, población objetivo, limitaciones, discusión y resultados principales. Este procedimiento facilitó la organización, comparación y depuración del corpus documental de manera consistente (Snyder, 2019).

5.3 Procedimiento

5.3.1 Revisión documental

Se llevó a cabo la identificación, selección y codificación de un total de 24 artículos científicos, considerados como unidades de análisis. Estos documentos corresponden a

investigaciones publicadas en el periodo comprendido entre 2005 y 2024, y fueron recuperados a través de bases de datos y buscadores académicos de alto reconocimiento, entre ellos Google Scholar y Scopus, utilizando criterios de búsqueda establecidos previamente que garantizaron la pertinencia y calidad de la muestra documental.

5.3.2 Procedimiento de construcción y análisis de datos

El proceso metodológico se desarrolló en varias fases complementarias, orientadas a garantizar la solidez del análisis y la trazabilidad de cada decisión investigativa. En primer lugar, los artículos seleccionados fueron transformados a un formato editable que facilitara su manejo y posterior codificación. Una vez en este formato, se realizó un proceso de prelectura exploratoria acompañado de anotaciones iniciales, cuyo propósito fue identificar y resumir los elementos más relevantes de cada texto: marcos teóricos, objetivos de investigación, resultados principales y discusiones planteadas por los autores.

A partir de esta lectura preliminar, se procedió a la identificación y clasificación de variables. Estas se organizaron en dos niveles:

- Variables contextuales, relacionadas con aspectos externos de los estudios (ejemplo: país, año de publicación, tipo de población o muestra, edad, estrato socioeconómico).
- Variables conceptuales, vinculadas con el contenido teórico y metodológico (dimensiones del estigma abordadas, constructos conceptuales utilizados, enfoques teóricos, metodologías empleadas, entre otros).

La información extraída fue posteriormente organizada en tablas de codificación y volcada en una matriz categorial (ver Anexo), lo que permitió estructurar un insumo sistemático y estandarizado para los análisis posteriores. Esta matriz constituyó el eje central de la

investigación, pues integró los datos cuantitativos y cualitativos, asegurando un tratamiento riguroso de la información.

- **Componente cuantitativo**

El análisis cuantitativo se centró en explorar las relaciones estadísticas entre las variables previamente codificadas, para ello se realizó una sistematización de datos, inicialmente toda la información fue registrada en una matriz de Excel, lo que permitió una primera organización y depuración.

Posteriormente, esta matriz fue transformada en una tabla de codificación y en una “sábana de datos” (ver Anexo A), con el fin de estandarizar el material antes de introducirlo en el software estadístico especializado (España, 2022).

En segundo lugar se realizó un procesamiento estadístico, en el que se aplicó un análisis categorial, orientado a ordenar las variables y facilitar la identificación de patrones y relaciones.

Dado el carácter categórico de gran parte de los datos, se optó por pruebas estadísticas no paramétricas. En particular, se utilizó el chi cuadrado de Pearson, que permite evaluar la existencia de asociaciones significativas entre variables cualitativas, y el coeficiente V de Cramer, empleado para determinar la magnitud o fuerza de dichas asociaciones (Agresti, 2018).

Se procede a hacer un análisis descriptivo y de contingencia, en el que se calcularon frecuencias absolutas, porcentajes y frecuencias acumuladas, lo que brindó una visión panorámica de la distribución de los datos. En el nivel de contingencia, se ejecutaron las pruebas de asociación ya mencionadas, orientadas a identificar patrones de relación entre categorías.

Para garantizar la estabilidad de los resultados, se incorporó un procedimiento de validación estocástica, entendido como el modelado de la variabilidad inherente a los datos, lo que reduce el riesgo de interpretaciones espurias (Ross, 2014).

Complementariamente, se implementó una simulación Montecarlo, cuyo objetivo fue generar distribuciones empíricas que permitieran contrastar la solidez de las asociaciones observadas frente a escenarios aleatorios. Este método, ampliamente utilizado en estadística aplicada, refuerza la confiabilidad de los hallazgos al evaluar su consistencia bajo condiciones hipotéticas múltiples (Metropolis & Ulam, 1949; Robert & Casella, 2010).

Cabe destacar que dentro del análisis cuantitativo se incluyó de manera específica la variable “año de publicación”, estableciendo una diferenciación entre estudios publicados antes y después de 2015. Esta decisión metodológica permitió explorar posibles variaciones temporales en la producción académica y en la forma en que se conceptualizan y analizan las dimensiones del estigma.

- Componente cualitativo

De manera paralela, se desarrolló un análisis cualitativo basado en el Análisis de Contenido Temático (ACT), definido como un conjunto de procedimientos sistemáticos y objetivos destinados a describir, categorizar y sistematizar el contenido de los mensajes (Bardin, 1996).

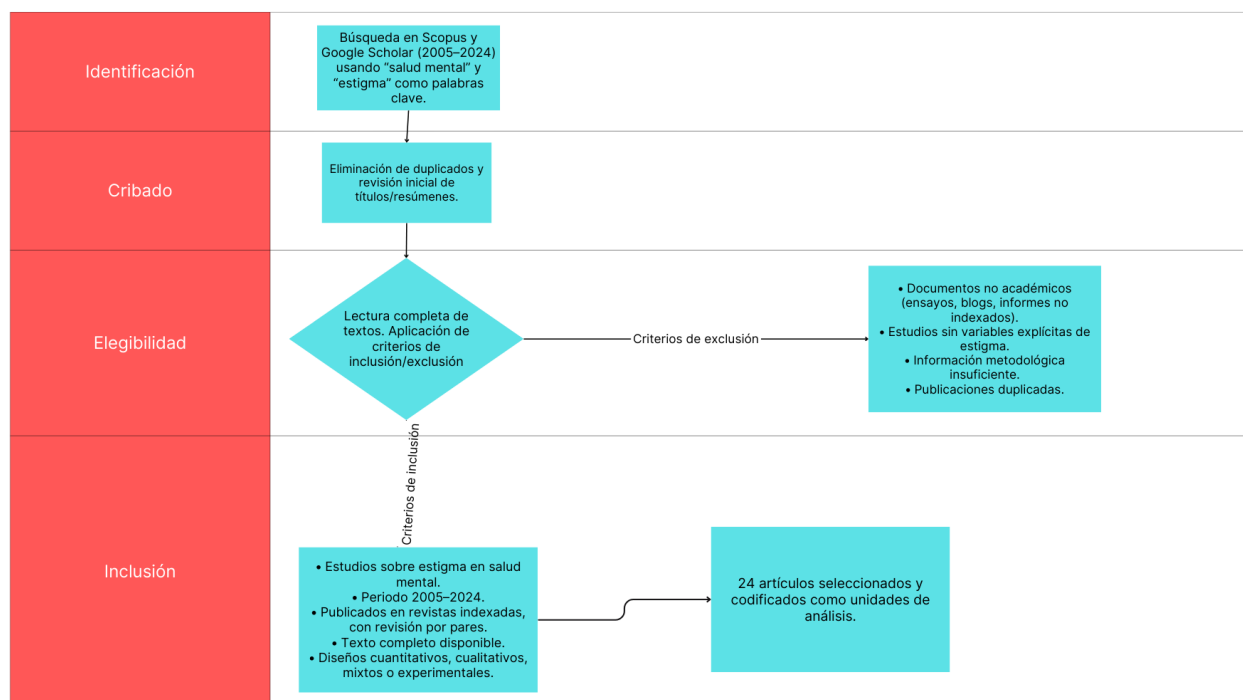
El ACT se implementó a partir de la selección de unidades de análisis, en las que se extrajeron los verbatim más significativos de las secciones de discusión de los artículos revisados, por considerarse espacios donde los autores integran resultados, interpretaciones y aportes teóricos.

Posteriormente, se realizó una codificación temática donde los fragmentos seleccionados fueron agrupados en función de temas emergentes derivados tanto de los contenidos explícitos como de patrones recurrentes identificados en los textos (Vaismoradi et al., 2013).

Se organizaron las categorías a partir de los temas emergentes, lo que facilitó la interpretación cualitativa y el diálogo con las variables cuantitativas. Este procedimiento no solo permitió rescatar las voces textuales de los autores analizados, sino también evidenciar la diversidad de perspectivas teóricas y metodológicas con las que se ha abordado el estigma en distintos contextos.

Con el fin de otorgar mayor claridad y trazabilidad al proceso investigativo, a continuación, se presenta un flujograma que sintetiza de manera secuencial las fases desarrolladas en la investigación. Este esquema permite visualizar de forma integrada cómo se articularon la revisión documental, la codificación de variables y la aplicación del análisis mixto (cuantitativo y cualitativo), destacando los principales puntos de decisión y los procedimientos empleados para garantizar la solidez de los resultados. El diagrama constituye, por tanto, una representación gráfica del camino metodológico seguido, facilitando la comprensión del lector respecto a la lógica interna que orientó la construcción y análisis de datos.

Figura 1: *Flujograma metodológico de la investigación*



6 Resultados

En el marco de los resultados obtenidos, se organizaron y sistematizaron diversas variables que permiten comprender las múltiples dimensiones en las que se manifiesta y explica el estigma en salud mental. Estas variables, derivadas del análisis de los artículos revisados, fueron definidas con el fin de establecer criterios claros y homogéneos para la codificación e interpretación de la información. A continuación, se presentan las definiciones empleadas:

Definiciones de variables:

- **Reporte efectividad de la intervención:** alude a papers en los que se reporta alguna medida de efectividad en las intervenciones realizadas.
- **Reporta asociaciones con distancia social:** los resultados reportan algún tipo de asociación con la variable distancia social.
- **Reporta interpretaciones emocionales como base del estigma:** las interpretaciones emocionales explican el estigma en una medida importante.
- **Reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma:** las interpretaciones cognitivas explican el estigma en una medida importante.
- **Reporta interpretaciones biológicas como base del estigma:** las interpretaciones biológicas explican el estigma en una medida importante.
- **Reporta interpretaciones sociales como base del estigma:** las interpretaciones sociales explican el estigma en una medida importante.
- **Reporta interpretaciones mixtas como base del estigma:** las interpretaciones mixtas explican el estigma en una medida importante.

- **Los hallazgos reportan predominios emocionales antes que cognitivos:** los componentes emocionales predominan en los efectos antes que los cognitivos.
- **Se aprecian mediaciones emocionales en los resultados:** las variables emocionales median en los resultados obtenidos.
- **Se aprecian mediaciones cognitivas en los resultados:** las variables cognitivas median en los resultados obtenidos.
- **Se aprecian mediaciones sociales en los resultados:** las variables sociales median en los resultados obtenidos.
- **Se aprecian mediaciones educativas en los resultados:** las variables educativas median en los resultados obtenidos.
- **Disposición personal a buscar ayuda:** existen reportes de disposición de los sujetos para buscar ayuda.
- **Diferencias de estigma en base a la patología:** existen reacciones de estigma diferenciadas en base a diferentes tipos de patología.

A continuación, se estructura en dos apartados complementarios. En primer lugar, se exponen los análisis descriptivos, cuyo objetivo es caracterizar los estudios incluidos a partir de variables como el año de publicación, país de origen, tipo de muestra, modelo de atribución y otras dimensiones metodológicas y conceptuales. A continuación, se presentan los años de publicación de los artículos considerados en el estudio, teniendo en cuenta la distribución de frecuencias y porcentajes, como se muestra en la Tabla 1. Se observa que la frecuencia de artículos publicados se mantiene relativamente estable a lo largo del periodo comprendido entre 2005 y 2024, lo que sugiere una continuidad en el interés académico sobre el tema. Estos análisis

iniciales ofrecen un panorama general que permite identificar tendencias y patrones tanto temporales como geográficos y metodológicos.

En un segundo momento, se abordan los análisis de asociación entre variables, con el fin de explorar posibles relaciones significativas entre las dimensiones teóricas y los aspectos metodológicos de los estudios. Para ello, se aplicaron pruebas de Chi-cuadrado (χ^2), coeficiente V de Cramer y valores de p, interpretando los resultados en función de la magnitud y dirección de las asociaciones encontradas. Este doble enfoque —descriptivo y relacional— permite no solo mapear las características de los estudios, sino también comprender cómo se interconectan sus elementos clave, sentando así las bases para la discusión y las conclusiones posteriores.

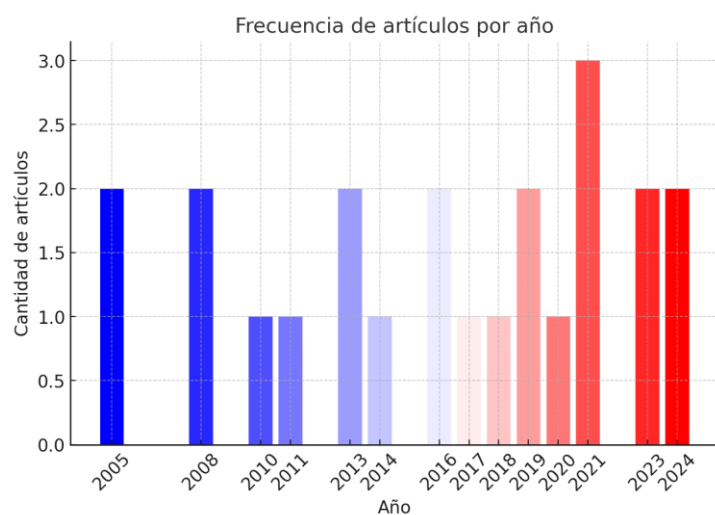
En este contexto, la Tabla 1 presenta de manera detallada la distribución de los artículos por año de publicación, permitiendo visualizar la estabilidad temporal previamente señalada, mientras que la Figura 1 ofrece una representación gráfica que facilita la identificación de tendencias y posibles variaciones a lo largo del periodo analizado.

Tabla 1. *Distribución de frecuencias*

Año	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
2005	2.0	2.0	8.33	8.33
2008	2.0	4.0	8.33	16.67
2010	2.0	6.0	8.33	25.0
2011	1.0	7.0	4.17	29.17
2013	2.0	9.0	8.33	37.5
2014	1.0	10.0	4.17	41.67
2016	2.0	12.0	8.33	50.0
2017	1.0	13.0	4.17	54.17
2018	1.0	14.0	4.17	58.33
2019	2.0	16.0	8.33	66.67
2020	1.0	17.0	4.17	70.83
2021	3.0	20.0	12.5	83.33
2023	2.0	22.0	8.33	91.67
2024	2.0	24.0	8.33	100.0

Con el propósito de facilitar la interpretación de esta tendencia y visualizar de manera más clara la concentración de publicaciones a lo largo del tiempo, se elaboró la Figura 2, la cual muestra gráficamente la distribución por años. Esta representación permite identificar de forma inmediata los periodos de mayor producción y contrastar la evolución entre etapas iniciales (2005–2014) y la etapa más actual (2016–2024).

Figura 2. *Gráfico por años*



Con el propósito de identificar la procedencia geográfica de los estudios incluidos en el análisis, se presenta una tabla de frecuencias absolutas y relativas respecto al país de origen de cada artículo. La Tabla 2 muestra que Australia es el país con mayor representación en la muestra, con un total de 4 artículos, lo que equivale al 26.67% del total. Le siguen España y Estados Unidos, cada uno con 3 artículos (20%), y posteriormente Canadá y China, con 2 artículos (13.33%). Otros países como Brasil, India, y Corea del Sur están representados con un solo estudio, lo que corresponde al 6.67% en cada caso.

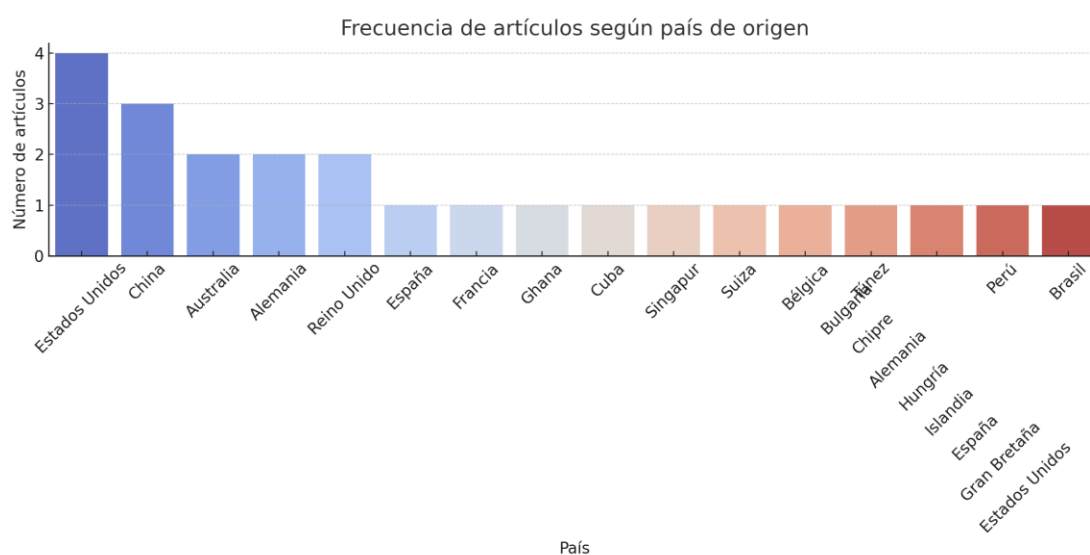
Esta distribución se ilustra de forma visual en la Figura 2, en la cual se observa una concentración relativa de investigaciones en contextos angloparlantes, particularmente en Australia y Estados Unidos. Este hallazgo podría estar asociado a una mayor tradición de investigación en temas de salud mental, o bien a una mayor disponibilidad de bases de datos científicas en dichos países. Por otro lado, la representación de países latinoamericanos y asiáticos es baja, lo que sugiere la necesidad de fomentar la producción académica en regiones aún subrepresentadas, especialmente considerando las especificidades socioculturales que podrían influir en la manifestación del estigma en salud mental. En todo caso, es relevante el predominio en países de mayores ingresos a nivel mundial.

Tabla 2. *Tabla distribución de artículos por país de origen*

País	Frecuencia	Porcentaje
Estados Unidos	4	16.67%
China	3	12.5%
Australia	2	8.33%
Alemania	2	8.33%
Reino Unido	2	8.33%
España	1	4.17%
Francia	1	4.17%
Ghana	1	4.17%
Cuba	1	4.17%
Singapur	1	4.17%
Suiza	1	4.17%
Bélgica	1	4.17%
Túnez	1	4.17%
Bulgaria Chipre Alemania Hungría Islandia España Gran Bretaña Estados Unidos	1	4.17%
Perú	1	4.17%
Brasil	1	4.17%

Para favorecer la interpretación de estos datos y destacar de manera visual las diferencias en la producción científica según país, se incorpora la Figura 3. En ella se representa comparativamente la concentración de artículos en los países con mayor número de publicaciones, frente a la dispersión de aquellos con menor aporte. Esta representación gráfica posibilita identificar con mayor nitidez el protagonismo de determinados contextos académicos, así como la amplitud internacional que compone la muestra analizada.

Figura 3. *Gráfico de distribución de artículos por país de origen*



Respecto al tipo de muestra utilizada en las investigaciones, la Tabla 3 revela el predominio de muestras no probabilísticas (66.67%), lo que puede estar asociado a un enfoque exploratorio, cualitativo o por conveniencia, común en investigaciones sociales y psicológicas sobre estigma. Aunque estas muestras permiten aproximarse a fenómenos complejos desde una perspectiva rica en matices subjetivos, limitan la generalización de los hallazgos. Por su parte, el

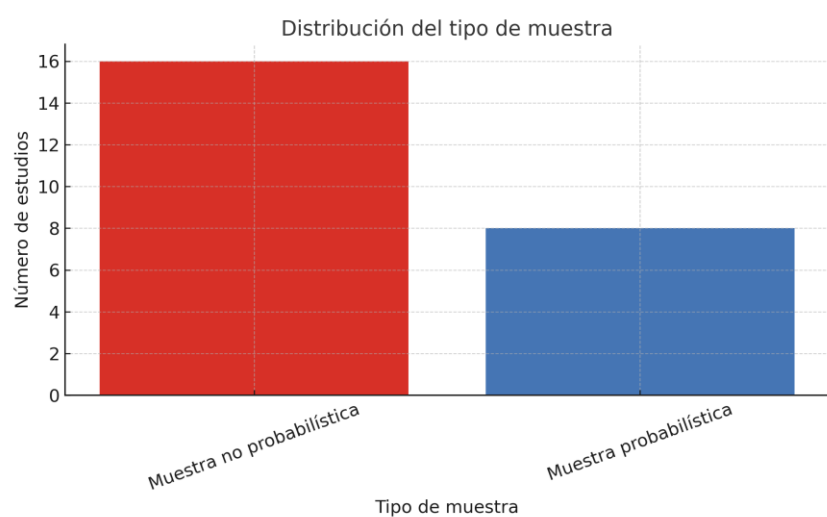
uso de muestras probabilísticas (33.33%) implica un esfuerzo metodológico mayor, orientado a fortalecer la validez externa y la representatividad.

Tabla 3. *Tabla distribución de artículos por tipo de muestra*

Tipo de Muestra	Frecuencia	Porcentaje (%)
Muestra no probabilística	16	66.67
Muestra probabilística	8	33.33

Para facilitar la visualización de esta diferencia y contrastar de manera inmediata la magnitud entre ambos enfoques, se incluye la Figura 4, donde se representa gráficamente la proporción de cada tipo de muestra utilizada en los estudios. Este recurso gráfico contribuye a resaltar la tendencia metodológica predominante en la literatura analizada.

Figura 4. *Gráfico de distribución de tipo de muestra utilizada.*

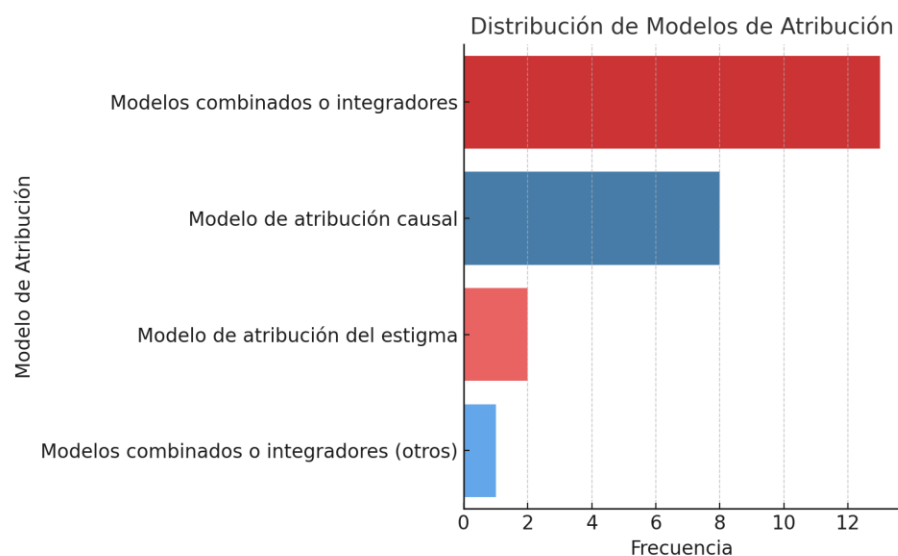


Respecto a los modelos de atribución predominantes, tal como se presenta en la Tabla 4, el modelo de atribución del estigma es el más utilizado entre los estudios analizados, lo cual evidencia una preferencia teórica por marcos que abordan el estigma desde una perspectiva psicosocial. No obstante, la presencia de otros enfoques, como los modelos combinados o los modelos de atribución causal, da cuenta de una heterogeneidad conceptual significativa en el campo. Esta diversidad, ilustrada gráficamente en la Figura 5, puede interpretarse como un signo de riqueza teórica, aunque también plantea retos importantes en términos de consolidación de marcos explicativos consistentes.

Tabla 4. *Tabla de modelo de atribución utilizado.*

Modelo de Atribución	Frecuencia	Porcentaje (%)
Modelos combinados o integradores	13	54.17
Modelo de atribución causal	8	33.33
Modelo de atribución del estigma	2	8.33
Modelos combinados o integradores	1	4.17

Dado que la distribución de modelos refleja tanto tendencias conceptuales como elecciones teóricas de los investigadores, resulta pertinente representarla visualmente en la Figura 5. El gráfico permite identificar de manera inmediata la jerarquía de uso entre los distintos enfoques y facilita reconocer cómo ciertas aproximaciones metodológicas han sido utilizadas dentro de los artículos estudiados.

Figura 5. *Gráfico de distribución de modelos de atribución*

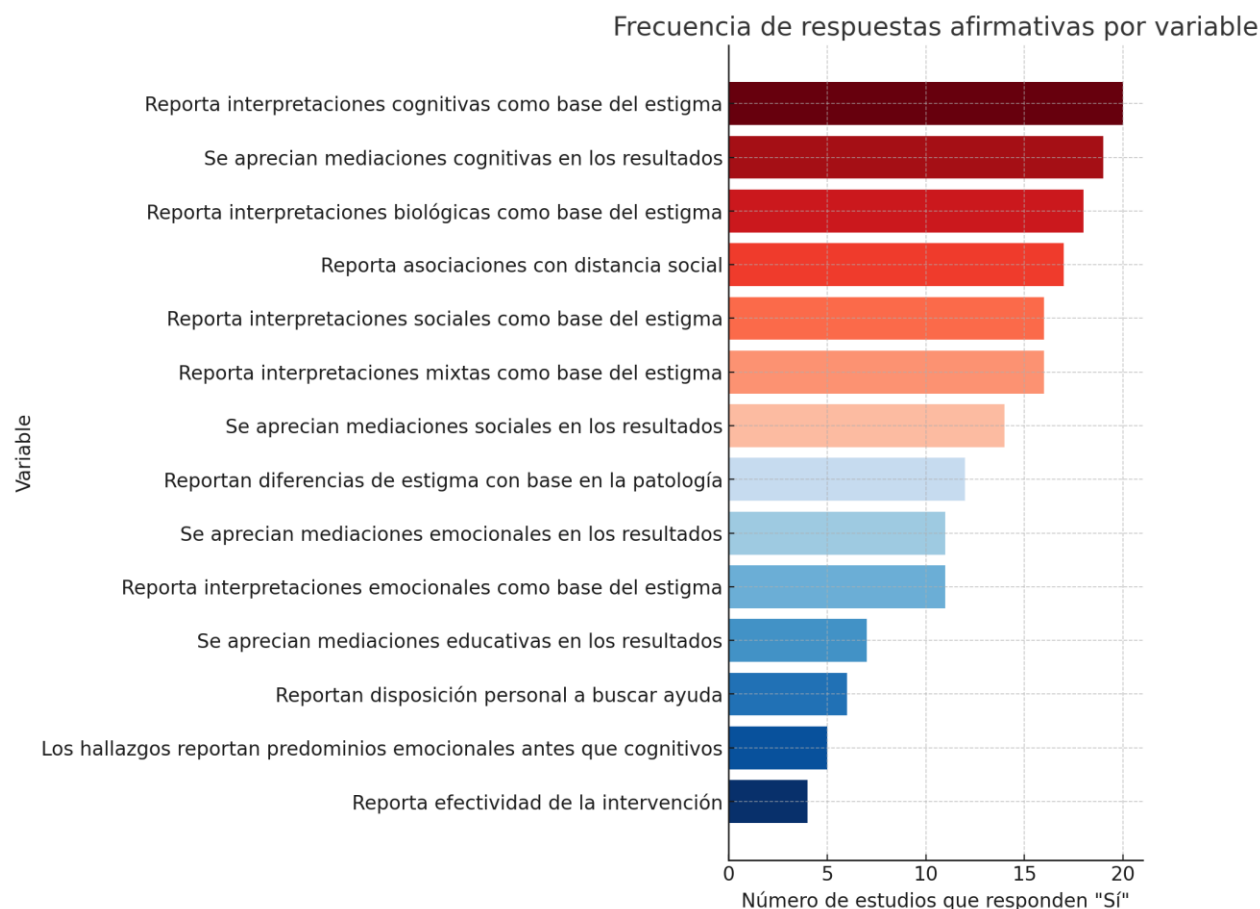
Al agrupar los diferentes tipos de resultados, se aprecian los siguientes hallazgos reportados en la tabla 5.

Tabla 5. *Tabla de frecuencia respuestas afirmativas en variables de resultados*

Variable	Frecuencia del total de artículos	Porcentaje del total de artículos(%)
Reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma	19	79.17
Se aprecian mediaciones cognitivas en los resultados	19	79.17
Reporta interpretaciones biológicas como base del estigma	18	75.0
Reporta asociaciones con distancia social	17	70.83
Reporta interpretaciones mixtas como base del estigma	17	70.83
Reporta interpretaciones sociales como base del estigma	16	66.67
Se aprecian mediaciones sociales en los resultados	12	50.0
Reportan diferencias de estigma con base en la patología	11	45.83
Reporta interpretaciones emocionales como base del estigma	9	37.5
Se aprecian mediaciones emocionales en los resultados	9	37.5
Se aprecian mediaciones educativas en los resultados	7	29.17
Reportan disposición personal a buscar ayuda	5	20.83
Los hallazgos reportan predominios emocionales antes que cognitivos	4	16.67
Reporta efectividad de la intervención	2	8.33

Para reforzar esta lectura y facilitar la comparación entre las distintas dimensiones analizadas, se recurre a la Figura 6, que organiza gráficamente los hallazgos. Esta visualización ofrece un panorama inmediato de las variables más representativas y de aquellas que, aunque menos frecuentes, aportan matices relevantes al entendimiento del fenómeno.

Figura 6. *Gráfico de respuestas afirmativas en variables de resultados*



Tal como se observa en la Tabla 5 y la Figura 6, las variables más frecuentemente reportadas en los estudios analizados corresponden a las interpretaciones cognitivas del estigma, seguidas de las mixtas y biológicas. Este patrón sugiere un predominio de modelos explicativos centrados en el individuo o en la combinación de factores personales y contextuales. En contraste, variables como las mediaciones emocionales y educativas, así como la disposición

personal a buscar ayuda, fueron menos recurrentes. Este hallazgo podría reflejar un énfasis teórico en la explicación del estigma más que en su impacto práctico o vivencial.

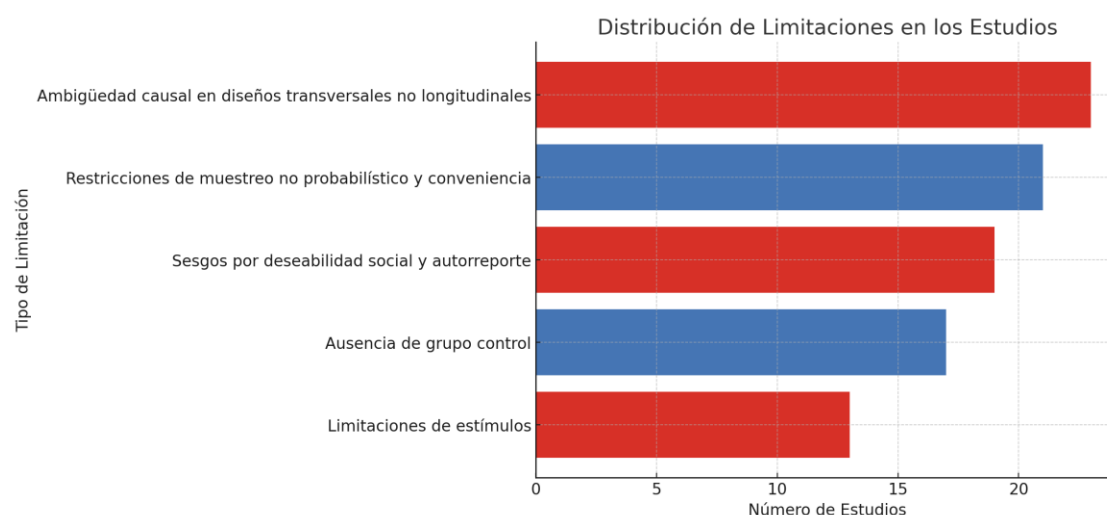
Respecto a las limitaciones, la tabla 6 muestra los principales reportes.

Tabla 6. *Tabla de frecuencia respuestas afirmativas en variables de las limitaciones*

Tipo de Limitación	Frecuencia	Porcentaje del total de artículos(%)
Ambigüedad causal en diseños transversales no longitudinales	23	95.83
Restricciones de muestreo no probabilístico y conveniencia	20	83.33
Sesgos por deseabilidad social y autorreporte	19	79.17
Ausencia de grupo control	17	70.83
Limitaciones de estímulos	13	54.17

Con el fin de visualizar de manera más sintética la magnitud relativa de estas limitaciones, la Figura 7 ofrece una representación gráfica que resalta la jerarquía de los obstáculos metodológicos más frecuentes. Este recurso facilita apreciar cuáles debilidades se repiten con mayor fuerza en la literatura y, al mismo tiempo, cuáles aparecen de forma secundaria pero no por ello menos relevantes para la interpretación crítica de los hallazgos.

Figura 7. *Gráfico de respuestas afirmativas en variables de las limitaciones*



Tal como se muestra en la Tabla 7 y la Figura 7, las limitaciones más comúnmente reportadas en los estudios revisados corresponden a “ambigüedad causal en diseños transversales no longitudinales”, seguida por “restricciones de muestreo no probabilístico y conveniencia” y “Sesgos por deseabilidad social y autorreporte”. Este patrón sugiere una tendencia recurrente en el uso de diseños metodológicos que podrían comprometer la validez externa e interna de los hallazgos. La presencia de limitaciones como el uso de muestras no probabilísticas, la ausencia de grupo control o los sesgos por autorreporte revela la necesidad de fortalecer los diseños de investigación en el estudio del estigma en salud mental.

- Sección de discusión

La Tabla 7 sintetiza las categorías temáticas identificadas en las discusiones de los artículos revisados, evidenciando la alta recurrencia de factores culturales y sociodemográficos (91,67%), seguidos por las atribuciones biogenéticas/biomédicas (83,33%) y las atribuciones psicosociales o sociales (70,83%). Asimismo, se observan otras dimensiones relevantes como las

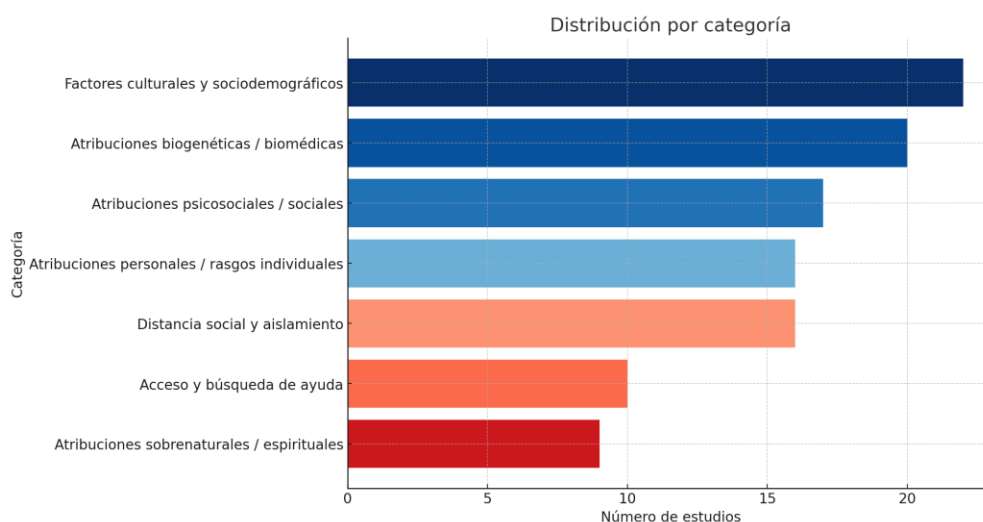
atribuciones personales o de rasgos individuales, la distancia social, y en menor proporción, referencias a la búsqueda de ayuda o a atribuciones sobrenaturales.

Tabla 7. *Tabla de frecuencia respuestas afirmativas en variables de la discusión*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Factores culturales y sociodemográficos	22	91.67
Atribuciones biogenéticas / biomédicas	20	83.33
Atribuciones psicosociales / sociales	17	70.83
Atribuciones personales / rasgos individuales	16	66.67
Distancia social y aislamiento	16	66.67
Acceso y búsqueda de ayuda	10	41.67
Atribuciones sobrenaturales / espirituales	9	37.5

Así mismo, la Figura 8 traduce esta información a un formato visual que permite comparar de manera más inmediata la frecuencia de cada categoría. El gráfico facilita reconocer el peso diferenciado de los factores culturales y biomédicos frente a otros elementos explicativos, al tiempo que subraya la diversidad de marcos interpretativos que han emergido en la literatura analizada.

Figura 8. *Gráfico de respuestas afirmativas en variables de la discusión*



De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 7 y la Figura 8, los factores culturales y sociodemográficos constituyen la categoría más frecuentemente discutida en los estudios analizados, lo que denota una creciente sensibilidad hacia los determinantes contextuales del estigma en salud mental. Este hallazgo sugiere un giro relevante en la literatura hacia enfoques que reconocen el papel de variables estructurales —como el nivel socioeconómico, la pertenencia étnica, el género o el contexto geográfico— en la producción y reproducción del estigma.

En cuanto a las atribuciones causales del estigma, predominan las explicaciones biogenéticas o biomédicas, las cuales continúan ocupando un lugar central en la discusión académica. Este hallazgo confirma la persistencia de marcos médicos que, si bien han sido defendidos por su potencial para reducir la culpabilización individual, también han demostrado efectos contraproducentes, como el reforzamiento de la distancia social y la percepción de peligrosidad hacia las personas con diagnóstico psiquiátrico.

En segundo lugar, se encuentran las atribuciones psicosociales o sociales, que reconocen la influencia de factores relacionales y contextuales en la construcción del estigma. Aunque su frecuencia es significativa, aún se sitúan por debajo de los enfoques biomédicos, lo cual sugiere que los marcos explicativos sociales, pese a su potencial integrador, no han logrado posicionarse de forma dominante en la producción científica del campo. En tercer lugar, las atribuciones personales, centradas en rasgos individuales o responsabilidad del sujeto, aparecen con menor frecuencia, lo que podría interpretarse como un desplazamiento paulatino de perspectivas que internalizan el estigma hacia modelos más estructurales.

Otras categorías relevantes como la distancia social y el aislamiento también aparecen de forma consistente, lo cual indica una preocupación por las consecuencias prácticas del estigma en la vida cotidiana de las personas afectadas. Sin embargo, la relativa baja presencia de la categoría acceso y búsqueda de ayuda revela una brecha entre el reconocimiento del estigma y la discusión sobre cómo este obstaculiza los procesos de atención y acompañamiento en salud mental.

En conjunto, los resultados obtenidos reflejan una literatura que oscila entre enfoques biomédicos consolidados y un interés creciente por factores socioculturales. Esta dualidad resalta la necesidad de fortalecer marcos teóricos integradores, capaces de articular las dimensiones individuales, sociales y estructurales del estigma, y de orientar el diseño de estrategias de intervención que no solo lo describan, sino que también busquen transformarlo activamente.

A continuación, la tabla 8 presenta el análisis de la categoría “Reporta interpretaciones emocionales como base del estigma”, construida a partir de los verbatims identificados en los artículos incluidos en este estudio.

Tabla 8. *Reporte de interpretaciones emocionales como base del estigma*

Reporta interpretaciones emocionales como base del estigma	Análisis
	Los verbatims permiten establecer con claridad que las emociones cumplen un papel estructural en la configuración y reproducción del estigma hacia personas con trastornos mentales. A diferencia de los enfoques que explican el estigma desde categorías exclusivamente cognitivas o sociales, este conjunto de hallazgos evidencia que el componente emocional actúa como una mediación central tanto en la percepción del otro como en la autocomprensión del propio malestar.

	Emociones como el miedo, la ira, la compasión y la culpa emergen de forma consistente en los discursos de los participantes y en las medidas psicométricas aplicadas en los estudios cuantitativos. Estas emociones no solo se presentan como respuestas reactivas frente a la alteridad psiquiátrica, sino que también son predictoras de actitudes y conductas discriminatorias, como la preferencia por la distancia social, el rechazo interpersonal o la intensificación del autoestigma. Asimismo, la interpretación emocional del estigma se muestra modulada por factores como la atribución causal del trastorno. Cuando la enfermedad mental es percibida como resultado de comportamientos personales o decisiones individuales, las respuestas emocionales negativas —especialmente la ira— se intensifican. En cambio, cuando se atribuye a causas genéticas o socioculturales, las respuestas emocionales tienden a matizarse, aunque en algunos casos refuerzan sentimientos de desesperanza o culpa implícita. En el plano cualitativo, los testimonios recogidos revelan formas de ambivalencia emocional, como la coexistencia de compasión y desprecio, o de preocupación y rechazo. Estas experiencias no solo confirman la dimensión afectiva del estigma, sino que reflejan una tensión emocional que muchas veces no es reconocida como tal en los modelos explicativos tradicionales. El hecho de que las personas con diagnóstico interioricen estas emociones —como en los casos de autodefinición como débiles, temidas o no merecedoras de cuidado— evidencia el carácter internalizado del estigma emocional. Este análisis integral permite afirmar que el estigma en salud mental se sostiene en un sistema complejo de significaciones donde las emociones cumplen una función articuladora entre lo individual, lo social y lo institucional. Reconocer esta dimensión es indispensable para diseñar intervenciones efectivas, pues implica no solo modificar creencias, sino también trabajar sobre las afectividades que subyacen a los vínculos con las personas diagnosticadas.
--	--

La Tabla 9 presenta el análisis de la categoría “Reporta interpretaciones biológicas como base del estigma”, elaborada a partir de los verbatim extraídos de los artículos revisados en el estudio.

Tabla 9. *Reporte de interpretaciones biológicas como base del stigma*

Reporta interpretaciones biológicas como base del estigma	Análisis
	La revisión integrada de estos verbatim permite evidenciar un fenómeno identificado en la literatura como el modelo de “bendición mixta” (mixed blessing model). Este postula que las atribuciones biológicas de la enfermedad mental — como el desequilibrio químico, las alteraciones genéticas o la disfunción cerebral— pueden reducir la culpabilidad individual, pero simultáneamente refuerzan el estigma social.

	Los hallazgos muestran de manera consistente que el enfoque biomédico está asociado a percepciones de peligrosidad, imprevisibilidad y cronicidad, así como a un aumento de la distancia social y el deseo de segregación. Estas concepciones promueven la idea de que las personas con trastornos mentales deben ser evitadas o tratadas con cautela, lo que refuerza dinámicas de exclusión y prejuicio. Además, las atribuciones biogenéticas parecen consolidar una visión esencialista y determinista de la enfermedad, lo que reduce la creencia en la recuperación y tiende a justificar actitudes pesimistas por parte de la población y los futuros profesionales. Aunque algunos datos muestran que este tipo de atribución puede favorecer la búsqueda de ayuda profesional, su potencial estigmatizante sigue siendo elevado, especialmente cuando la causa biológica se interpreta como irreversible. Esto plantea un desafío ético y comunicativo para las campañas de salud mental centradas únicamente en el modelo médico. En conjunto, se evidencia la necesidad de promover enfoques integradores que articulen causas biopsicosociales, con el fin de reducir el estigma sin quitar responsabilidad ni deshumanizar a quienes atraviesan trastornos mentales.
--	---

La Tabla 10 expone el análisis correspondiente a la categoría “Reporta interpretaciones mixtas como base del estigma”, construido a partir de la sistematización y revisión de los verbatims obtenidos de los artículos incluidos en el presente estudio.

Tabla 10. *Reporte de interpretaciones mixtas como base del estigma*

Reporta interpretaciones mixtas como base del estigma	Análisis
	La revisión integrada de estos verbatims permite evidenciar un fenómeno identificado en la literatura como el modelo de “bendición mixta” (mixed blessing model). Este postula que las atribuciones biológicas de la enfermedad mental —como el desequilibrio químico, las alteraciones genéticas o la disfunción cerebral— pueden reducir la culpabilidad individual, pero simultáneamente refuerzan el estigma social. Los hallazgos muestran de manera consistente que el enfoque biomédico está asociado a percepciones de peligrosidad, imprevisibilidad y cronicidad, así como a un aumento de la distancia social y el deseo de segregación. Estas concepciones promueven la idea de que las personas con trastornos mentales deben ser evitadas o tratadas con cautela, lo que refuerza dinámicas de exclusión y prejuicio. Además, las atribuciones biogenéticas parecen consolidar una visión esencialista y determinista de la enfermedad, lo que reduce la creencia en la recuperación y tiende a justificar actitudes pesimistas por parte de la población y los futuros profesionales.

	Aunque algunos datos muestran que este tipo de atribución puede favorecer la búsqueda de ayuda profesional, su potencial estigmatizante sigue siendo elevado, especialmente cuando la causa biológica se interpreta como irreversible. Esto plantea un desafío ético y comunicativo para las campañas de salud mental centradas únicamente en el modelo médico. En conjunto, se evidencia la necesidad de promover enfoques integradores que articulen causas biopsicosociales, con el fin de reducir el estigma sin quitar responsabilidad ni deshumanizar a quienes atraviesan trastornos mentales.
--	---

Así, en síntesis, los hallazgos generales corresponden a estudios que presentan un abordaje metodológico y conceptual diverso, pero con patrones recurrentes en cuanto a la centralidad de las emociones y las atribuciones causales en la explicación del estigma en salud mental. Predominan investigaciones que emplean diseños cuantitativos con apoyo en análisis cualitativos complementarios, lo que favorece una comprensión mixta del fenómeno. Se observa que, en su mayoría, los estudios integran poblaciones provenientes de contextos socioculturales variados, aunque con un énfasis significativo en países con sistemas de salud estructurados y marcos normativos consolidados en salud mental. Desde el plano teórico, las investigaciones se alinean principalmente con modelos emocionales, cognitivos y biomédicos del estigma, destacando la articulación entre atribuciones causales (personales, sociales o biogenéticas) y sus correlatos afectivos y conductuales. En conjunto, esta producción científica refleja un interés por desentrañar las relaciones complejas entre percepciones, creencias y respuestas emocionales, confirmando la necesidad de marcos explicativos integradores que contemplen simultáneamente lo individual, lo social y lo institucional.

A continuación, se procede a exponer las asociaciones significativas identificadas en el análisis estadístico. La presentación se organiza de manera progresiva, iniciando con aquellas asociaciones que alcanzaron un nivel de significación más riguroso ($p \leq 0.01$), lo que garantiza

un alto grado de confianza en la relación observada entre las variables. En cada caso se especifican los valores de chi-cuadrado, el tamaño del efecto (V de Cramer) y la dirección de la asociación, complementados con interpretaciones sustantivas que vinculan los hallazgos con los marcos teóricos previamente desarrollados. Este orden de exposición permite una lectura clara y coherente, a la vez que facilita la comprensión de las relaciones más robustas, sirviendo como base para la posterior discusión y contraste con la literatura especializada.

Tal como se aprecia en la tabla 11, se encontraron un total de siete asociaciones al nivel de 0.01.

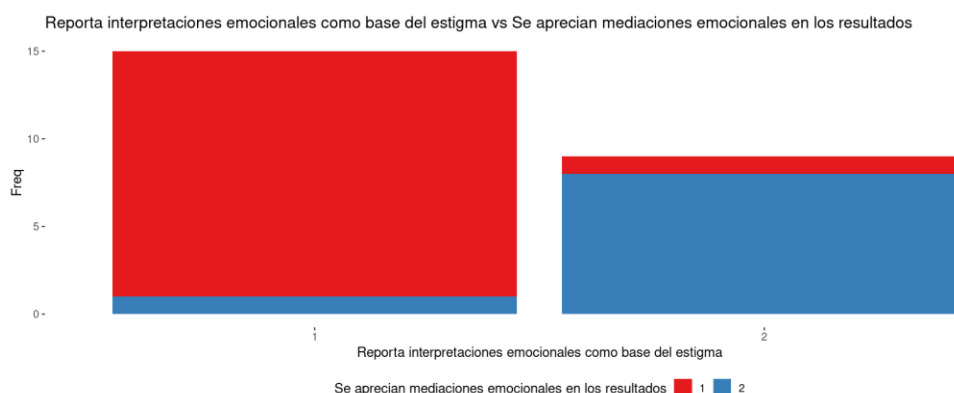
Tabla 11. *Asociaciones entre variables con valor critico de 0.01*

x	y	estadístico	p_value	método	cramer_v	significancia
Reporta interpretaciones emocionales como base del estigma	Se aprecian mediaciones emocionales en los resultados	16.23	0.00	Montecarlo	0.82	< 0.01
Reporta interpretaciones biológicas como base del estigma	Atribuciones biogenéticas / biomédicas	14.40	0.00	Montecarlo	0.77	< 0.01
Reportan disposición personal a buscar ayuda	Acceso y búsqueda de ayuda	8.84	0.01	Montecarlo	0.61	< 0.01
Tipo de Muestra	Restricciones de muestreo no probabilístico	9.60	0.01	Montecarlo	0.63	< 0.01

x	y	estadístico	p_value	método	cramer_v	significancia
	o y conveniencia					
Año	Reporta asociaciones con distancia social	7.89	0.01	Montecarlo	0.57	< 0.01
Año	Reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma	8.84	0.01	Montecarlo	0.61	< 0.01
Reporta interpretaciones mixtas como base del estigma	Atribuciones psicosociales / sociales	8.54	0.01	Montecarlo	0.60	< 0.01

En la figura 9 se presenta la primera asociación se trata de que el estudio reporta interpretaciones emocionales como base del estigma y que se aprecien mediaciones emocionales en los resultados. En este caso, indica que cuando los estudios reportan interpretaciones emocionales como base del estigma, también identifican mediaciones emocionales como vías explicativas. Esto puede reflejar una coherencia entre el marco conceptual y los resultados empíricos.

Figura 9. Asociación entre las variables “reporta interpretaciones emocionales como base del estigma” vs “se aprecian mediaciones emocionales en los resultados”

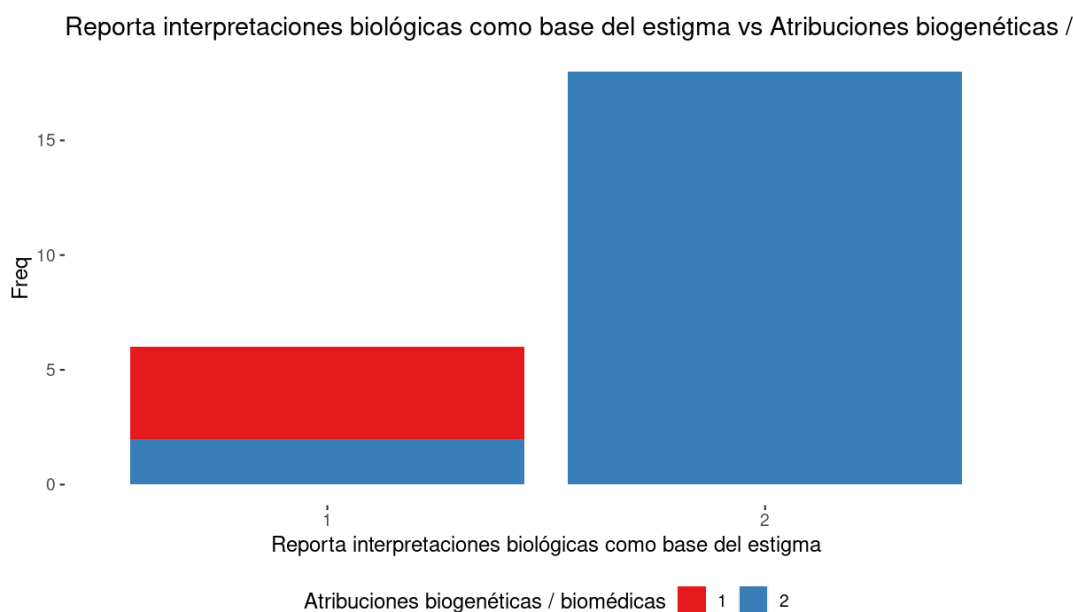


Teniendo en cuenta que “1 = No” (es decir, estudios que no interpretan el estigma en términos emocionales) y “2 = Sí” (estudios que sí interpretan el estigma desde una perspectiva emocional). La variable “reporta interpretaciones emocionales como base del estigma” mostró una asociación significativa con “se aprecian mediaciones emocionales en los resultados” ($\chi^2 = 16,23$; $p < 0,001$; $V = 0,82$). En los estudios que no interpretan el estigma desde un enfoque emocional predominó la ausencia de mediaciones emocionales, mientras que en aquellos que sí lo hacen, se reportaron con frecuencia dichas mediaciones. Este patrón refleja coherencia entre el marco conceptual y los hallazgos empíricos, evidenciando que las emociones —como miedo, ira o culpa— actúan como variables intervinientes que vinculan creencias y actitudes con conductas estigmatizantes.

Respecto a la asociación entre reporte de interpretaciones biológicas como base del estigma y la variable Atribuciones Biogenéticas, se observa un patrón de asociación evidente y teóricamente esperado, en el que los estudios que identifican el estigma desde un enfoque

biológico tienden, de forma consistente, a emplear atribuciones de tipo biogenético o biomédico en sus explicaciones. Esta relación, representada en la Figura 10, sugiere que cuando el marco interpretativo se sustenta en causas biológicas —como alteraciones genéticas, disfunciones neuroquímicas o lesiones cerebrales—, la atribución causal que se adopta en el análisis empírico responde de manera congruente a ese mismo paradigma explicativo.

Figura 10. Asociación entre las variables “reporta interpretaciones biológicas como base del estigma” vs “atribuciones biogenéticas/biomédicas”

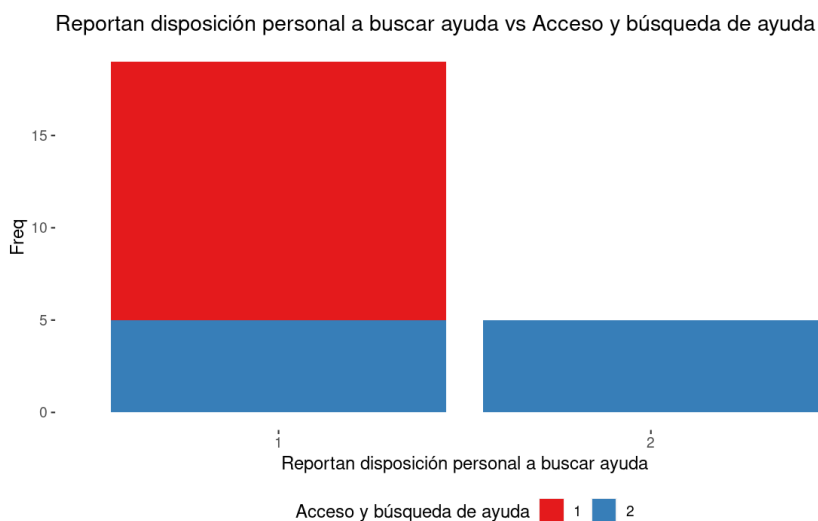


Considerando que “1 = No”, correspondiente a estudios que no interpretan el estigma en términos biológicos y “2 = Sí”, correspondiente a estudios que sí reportan interpretaciones biológicas como base del estigma. La variable “reporta interpretaciones biológicas como base del estigma” presentó una asociación significativa con “atribuciones biogenéticas/biomédicas” ($\chi^2 = 14,40$; $p < 0,001$; $V = 0,77$). En los estudios que no adoptan un enfoque biológico predominó la

ausencia de atribuciones biogenéticas, mientras que en aquellos que sí lo hacen, estas atribuciones fueron altamente prevalentes. Esto refleja una coherencia entre el marco teórico y la evidencia empírica, donde el paradigma biomédico —centrado en causas como la genética o la neuroquímica— se asocia consistentemente con interpretaciones biológicas del estigma. La ausencia de casos en los que se reporte un enfoque biológico sin atribuciones biogenéticas refuerza la idea de que ambas variables forman un bloque conceptual estrechamente vinculado.

En relación con la asociación entre la variable “reportan disposición personal a buscar ayuda” y “acceso y búsqueda de ayuda”, se identifica un patrón de relación lógico y coherente, en el que los estudios que evidencian en sus hallazgos la disposición individual a solicitar apoyo profesional tienden, de manera consistente, a reportar también datos vinculados al acceso y la búsqueda efectiva de dicho apoyo. Esta relación, ilustrada en la Figura 11, sugiere que cuando los participantes expresan una apertura actitudinal hacia la búsqueda de ayuda —ya sea por motivaciones personales, reconocimiento de la necesidad o confianza en los servicios disponibles—, dicha disposición se traduce en comportamientos observables que confirman el acceso y la interacción con los recursos de atención en salud mental.

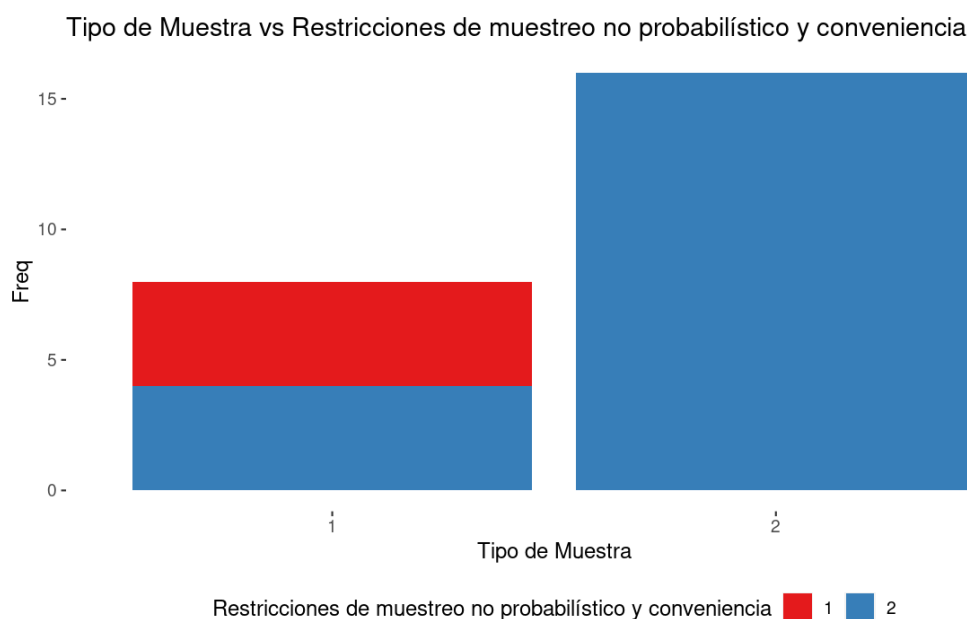
Figura 11. Asociación entre las variables “reportan disposición personal a buscar ayuda” vs “acceso y búsqueda de ayuda”



Teniendo presente que “1 = No”, correspondiente a estudios que no reportan disposición personal a buscar ayuda y categoría “2 = Sí”, correspondiente a estudios que sí reportan disposición personal a buscar ayuda. La variable “reportan disposición personal a buscar ayuda” presentó una asociación significativa con “acceso y búsqueda de ayuda” ($\chi^2 = 8,84$; $p = 0,01$; $V = 0,61$). En los estudios que no identificaron disposición personal hacia la búsqueda de ayuda predominó la ausencia de acceso efectivo, mientras que en aquellos que sí reportaron dicha disposición se observó, de forma consistente, la presencia de acceso o intentos reales de búsqueda de apoyo profesional. Este patrón evidencia la estrecha relación entre la motivación individual y la concreción práctica del uso de servicios de salud mental, reforzando la idea de que la disponibilidad de recursos no basta sin una actitud favorable y proactiva por parte de la persona.

En lo que respecta a la asociación entre la variable “tipo de muestra” y “restricciones de muestreo no probabilístico y conveniencia”, los resultados muestran una correspondencia clara entre el diseño muestral adoptado y el reconocimiento explícito de las limitaciones metodológicas derivadas de dicho enfoque, tal como se presenta en la Figura 12

Figura 12. Asociación entre las variables “tipo de muestra” vs “restricciones de muestreo no probabilístico y conveniencia”

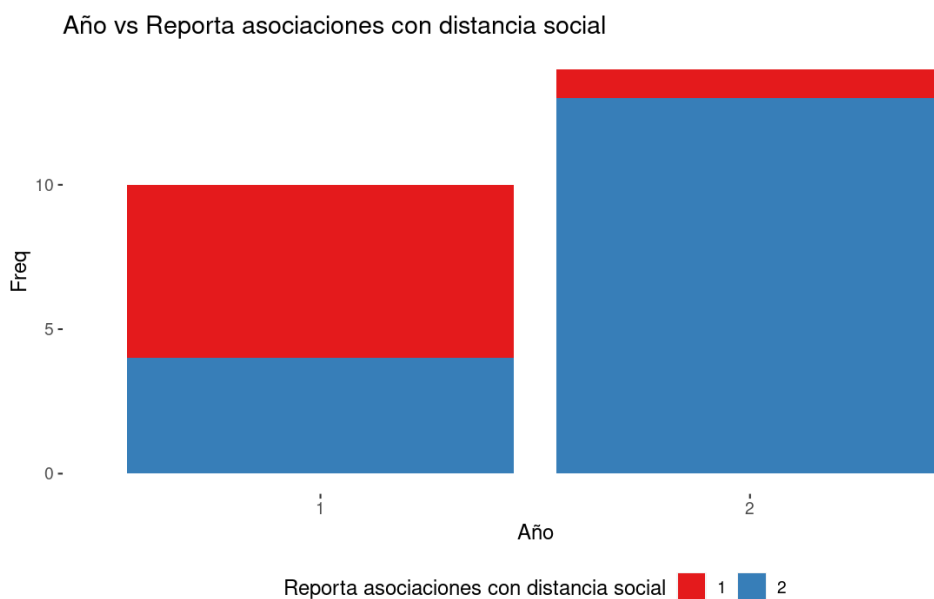


Dado que “1 = No”, correspondiente a estudios que no utilizaron muestras de tipo probabilístico y “2 = Sí”, correspondiente a estudios que sí utilizaron muestras no probabilísticas. La variable “tipo de muestra” mostró una asociación significativa con “restricciones de muestreo no probabilístico y conveniencia” ($\chi^2 = 9,60$; $p = 0,01$; $V = 0,63$). En los estudios que emplearon muestras no probabilísticas predominó el reconocimiento explícito de las limitaciones metodológicas asociadas, mientras que en aquellos con muestreo no probabilístico sin dicha

declaración se evidenció una menor reflexividad metodológica. Este patrón sugiere que, cuando la elección del diseño es deliberada, los autores tienden a ser más transparentes y críticos respecto a sus sesgos y alcances.

En relación con la asociación entre la variable “año” y “reporta asociaciones con distancia social”, los resultados reflejan un patrón temporal que sugiere cambios en la atención investigativa hacia este constructo a lo largo del período analizado. Tal como se observa en la Figura 13, en los años más recientes parece incrementarse la proporción de estudios que incluyen, dentro de sus hallazgos, asociaciones explícitas entre variables y la distancia social hacia personas con trastornos mentales, en comparación con los estudios publicados en periodos anteriores.

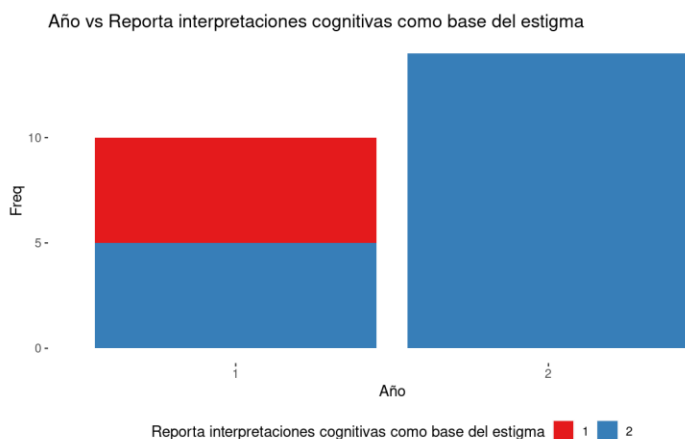
Figura 13. Asociación entre las variables “año” vs “reporta asociaciones con distancia social”



Teniendo en cuenta que “1 = No”, correspondiente a estudios que no reportaron asociaciones con distancia social y “2 = Sí”, correspondiente a estudios que sí reportaron asociaciones con distancia social y en lo que respecta a la variable “Año” donde “1 = 2005-2014” y “2 = 2016-2024”. La variable “año” presentó una asociación significativa con “reporta asociaciones con distancia social” ($\chi^2 = 7,89$; $p = 0,01$; $V = 0,57$). En los estudios más antiguos, la distancia social aparecía con menor frecuencia como variable de análisis, mientras que en los más recientes se observa un aumento notable en su inclusión. Este patrón sugiere una evolución conceptual y metodológica hacia una mayor consideración de la dimensión conductual del estigma en la investigación contemporánea.

En cuanto a la asociación entre la variable “año” y “reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma”, los datos muestran variaciones temporales que podrían indicar transformaciones en las perspectivas teóricas adoptadas por los estudios a lo largo del período analizado. La Figura 14 ilustra cómo, en ciertos intervalos temporales, se observa una mayor proporción de investigaciones que interpretan el estigma desde un marco predominantemente cognitivo —centrado en creencias, atribuciones y procesos de juicio—, mientras que en otros periodos esta aproximación parece tener menor presencia relativa.

Figura 14. Asociación entre las variables “año” vs “reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma”

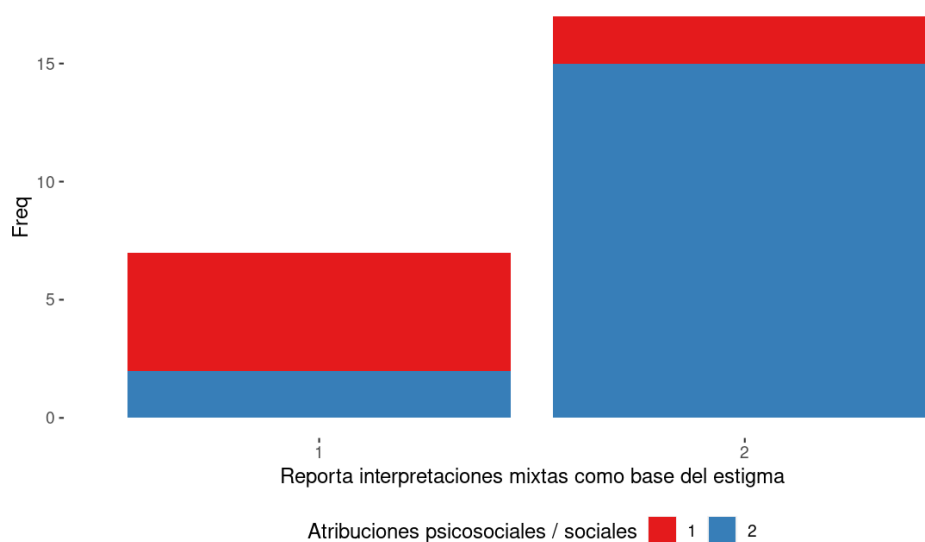


Dado que en lo que respecta a la variable “Año” donde “1 = 2005-2014” y “2 = 2016-2024”, y “reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma” “1 = No”, correspondiente a estudios que no reportaron interpretaciones cognitivas como base del estigma y “2 = Sí”, correspondiente a estudios que sí reportaron interpretaciones cognitivas como base del estigma. La variable “año” mostró una asociación significativa con “reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma” ($\chi^2 = 8,84$; $p = 0,01$; $V = 0,61$). En los estudios más antiguos, la presencia de interpretaciones cognitivas era menos consistente, coexistiendo con enfoques morales, sociales o espirituales. En cambio, en investigaciones recientes predomina un abordaje sistemático que reconoce el papel central de las estructuras cognitivas —como atribuciones causales y creencias de peligrosidad— en la producción y reproducción del estigma, en línea con modelos consolidados en la psicología social.

En la asociación entre la variable “reporta interpretaciones mixtas como base del estigma” y “atribuciones psicosociales/sociales”, los resultados reflejan una relación coherente

con los supuestos teóricos que sustentan los modelos integradores del estigma. La Figura 15 muestra que, cuando los estudios abordan el estigma desde una perspectiva mixta —combinando elementos biológicos, cognitivos, emocionales y sociales—, es frecuente que sus explicaciones incluyan atribuciones de tipo psicosocial o social, considerando factores como el contexto cultural, las dinámicas comunitarias y las condiciones estructurales.

Figura 15. *Asociación entre las variables “reporta interpretaciones mixtas como base del estigma” vs “atribuciones psicosociales/sociales”*



Al cruzar las variables “Reporta interpretaciones mixtas como base del estigma” (1 = No, 2 = Sí) y “Atribuciones psicosociales / sociales” (1 = No, 2 = Sí), la variable “reporta interpretaciones mixtas como base del estigma” presentó una asociación significativa con “atribuciones psicosociales/sociales” ($\chi^2 = 8,54$; $p = 0,01$; $V = 0,60$). Los estudios sin interpretaciones mixtas tendieron a no incluir atribuciones psicosociales, manteniéndose en marcos unidimensionales, mientras que aquellos con enfoques mixtos mostraron, en su mayoría, la incorporación explícita de factores sociales y contextuales. Esta coherencia teórico-

metodológica refleja que los modelos más integradores conceptualmente también lo son en su operacionalización empírica, capturando de forma más completa la complejidad del estigma.

En el conjunto de asociaciones analizadas se identifica un patrón claro de consistencia entre el marco teórico adoptado y los hallazgos empíricos. Cuando los estudios abordan el estigma desde una perspectiva emocional, biológica, cognitiva o mixta, tienden a registrar resultados alineados con ese mismo enfoque. Así, los trabajos con interpretaciones emocionales suelen acompañarse de hallazgos que evidencian mediaciones afectivas; los que adoptan un enfoque biológico incorporan de forma sistemática atribuciones biogenéticas; y aquellos que se orientan a una mirada mixta incluyen, de manera predominante, variables psicosociales en su análisis.

En el plano motivacional, la correspondencia entre la disposición personal a buscar ayuda y el acceso efectivo a los servicios confirma que las actitudes y la voluntad individual son factores determinantes para materializar el uso de la atención en salud mental, más allá de la simple existencia de recursos disponibles.

En el ámbito metodológico, se observa que los estudios que emplean muestras no probabilísticas y lo hacen de manera deliberada tienden a reconocer de forma explícita las limitaciones inherentes a esta estrategia, mientras que aquellos que no lo hacen muestran un déficit de autoevaluación que puede afectar la validez externa de sus conclusiones.

En el análisis de la evolución temporal, se aprecia una transición hacia enfoques más integradores y complejos: los estudios recientes incluyen con mayor frecuencia la dimensión de la distancia social y adoptan marcos cognitivos más sistemáticos para explicar el estigma, en contraste con trabajos más antiguos que privilegiaban interpretaciones unidimensionales o centradas en factores morales, sociales o espirituales.

Por lo anterior, estos hallazgos reflejan que el desarrollo del campo ha favorecido la incorporación de marcos teóricos más ricos, que integran múltiples dimensiones —emocionales, biológicas, cognitivas y sociales— y que esta complejidad conceptual se traduce en resultados empíricos más coherentes y exhaustivos, capaces de captar la naturaleza multifacética del estigma en salud mental.

A continuación, se presentan los resultados de los patrones de asociación presentados en las asociaciones entre variables con valor crítico de 0.05. (ver anexo B)

Asociación de la variable Enfermedad enfoque con otras dimensiones del estigma

La variable “Enfermedad enfoque” (1 = trastorno psicótico; 2 = trastornos combinados) permite identificar diferencias relevantes en la forma en que los estudios abordan el estigma. Dada su carácter organizador, esta variable se analizó en relación con tres dimensiones clave: (i) la existencia de diferencias de estigma según el diagnóstico, (ii) la incorporación de mediaciones educativas en los resultados y (iii) la presencia de asociaciones con distancia social. Las siguientes gráficas ilustran dichas relaciones y muestran patrones consistentes que aportan a la

comprensión de cómo el enfoque diagnóstico condiciona los hallazgos y prioridades investigativas.

En primer lugar, respecto a la variable “Reportan diferencias de estigma con base en la patología”, los resultados indican una clara dicotomía: los estudios centrados en trastornos psicóticos tienden a tratar el estigma como un fenómeno homogéneo, sin reportar diferencias en función del diagnóstico, mientras que aquellos que trabajan con trastornos combinados sí identifican variaciones, lo que refleja un análisis más matizado de la estigmatización según la patología.

En segundo lugar, al analizar la relación con “Se aprecian mediaciones educativas en los resultados”, se observa un patrón inverso: los estudios sobre trastornos psicóticos muestran una mayor proporción de mediaciones educativas, probablemente por la larga tradición de programas de psicoeducación asociados a este tipo de diagnóstico. En contraste, los estudios con trastornos combinados suelen relegar el componente educativo, priorizando mediaciones de tipo clínico, social o emocional.

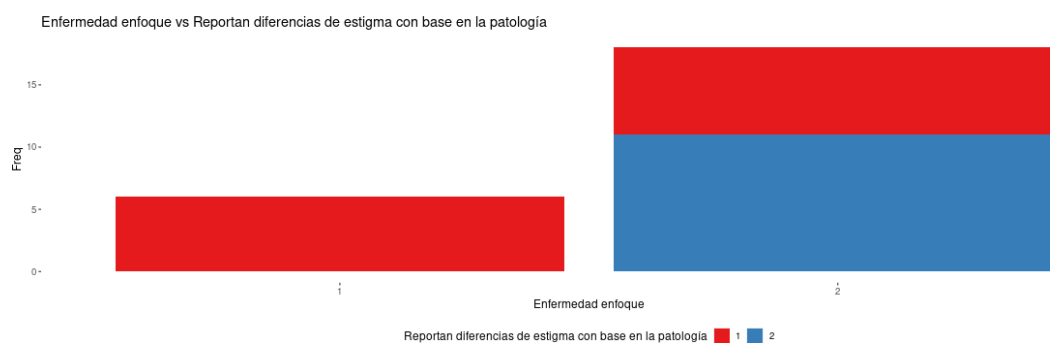
Por último, en la asociación con “Reporta asociaciones con distancia social”, los estudios de trastornos combinados son los que con mayor frecuencia identifican vínculos entre el estigma y la evitación social. En cambio, en los estudios sobre trastornos psicóticos, la distancia social aparece menos considerada, posiblemente desplazada por otros focos de análisis como la peligrosidad percibida o las atribuciones causales.

En conjunto, los análisis estadísticos (χ^2 entre 5.45 y 6.77; V de Cramer entre 0.48 y 0.53, todos con $p \leq 0.04$) respaldan la existencia de asociaciones significativas y de magnitud moderada a alta entre la variable *Enfermedad enfoque* y las tres dimensiones examinadas. Este hallazgo sugiere que la forma en que se delimita el diagnóstico en un estudio (únicamente psicótico versus combinados) no es un aspecto neutral, sino que estructura de manera consistente las dimensiones del estigma que emergen, las estrategias metodológicas empleadas y, en última instancia, las conclusiones a las que arriban los investigadores.

Los patrones identificados reflejan dos tradiciones diferenciadas en el estudio del estigma en salud mental. Por un lado, los estudios centrados en trastornos psicóticos se inscriben en una perspectiva biomédica y clínica, donde el estigma se aborda como un fenómeno relativamente homogéneo y se priorizan las mediaciones educativas —particularmente la psicoeducación y el entrenamiento de cuidadores— como principales estrategias de intervención (Corrigan et al., 2012; Thornicroft, 2006; Stuart, 2016). Por otro lado, los estudios que incluyen trastornos combinados responden a un enfoque psicosocial y multifactorial, en el que cobran relevancia las diferencias según el diagnóstico y se enfatizan dimensiones conductuales como la distancia social (Angermeyer & Dietrich, 2006; Pescosolido et al., 2008; Yang et al., 2007). De este modo, la variable *Enfermedad enfoque* no se limita a un descriptor metodológico, sino que constituye un eje transversal que organiza los marcos teóricos, estructura la forma en que los hallazgos se expresan —desde las atribuciones cognitivas y emocionales hasta las diferencias sociodemográficas— e incide en las estrategias de análisis e intervención. Con el fin de ilustrar visualmente estas tendencias, a continuación se presentan los gráficos, los cuales permiten sintetizar las distribuciones y reforzar la lectura comparativa entre las dos tradiciones analíticas.

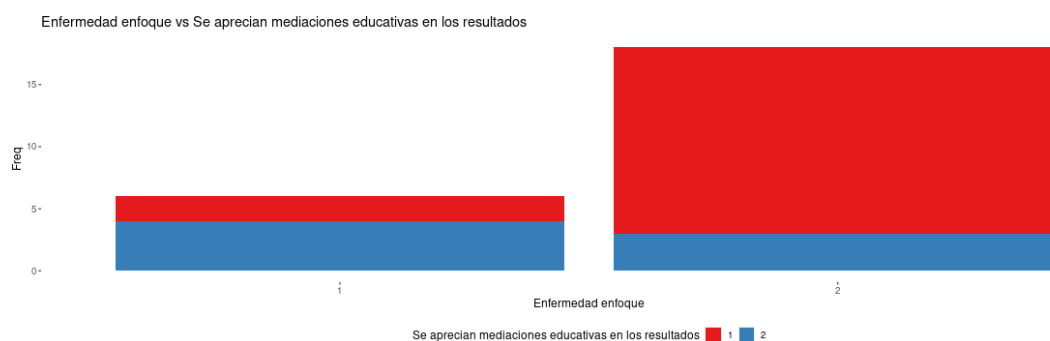
La Figura 16 analiza la relación entre el enfoque de la enfermedad adoptado en los estudios y la identificación de diferencias en el estigma según la patología abordada.

Figura 16. *Asociación entre las variables “enfermedad enfoque” vs “reportan diferencias del estigma con base en la patología”*



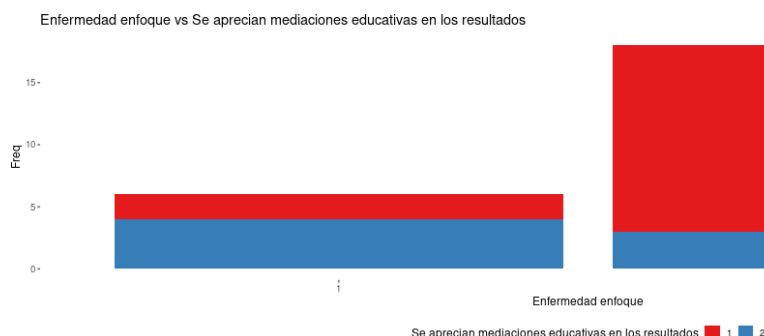
La Figura 17 muestra la relación entre la enfermedad específica en la que se centra cada estudio y la presencia de mediaciones educativas en sus resultados.

Figura 17. *Asociación entre las variables “enfermedad enfoque” vs “se aprecian mediaciones educativas en los resultados”*



La Figura 18 presenta la relación entre la enfermedad específica en la que se centra cada estudio y la identificación de mediaciones educativas dentro de sus resultados.

Figura 18. Asociación entre las variables “enfermedad enfoque” vs “se aprecian mediaciones educativas en los resultados”



Asociación de la variable que reporta asociaciones con distancia social con otras dimensiones del estigma

Continuando con los cruces entre “Reporta asociaciones con distancia social” (1 = No; 2 = Sí) y las variables secundarias “interpretaciones cognitivas”, “atribuciones personales/rasgos”, “mediaciones emocionales en los resultados” e “interpretaciones emocionales”, muestra una coherencia sistemática entre el marco explicativo adoptado por los estudios y la identificación empírica de la distancia social como manifestación del estigma. Los estadísticos de asociación (χ^2 entre 5.93 y 8.00; V de Cramer entre 0.50 y 0.58; $p \leq 0.02$) indican relaciones de magnitud moderada a alta, no atribuibles al azar.

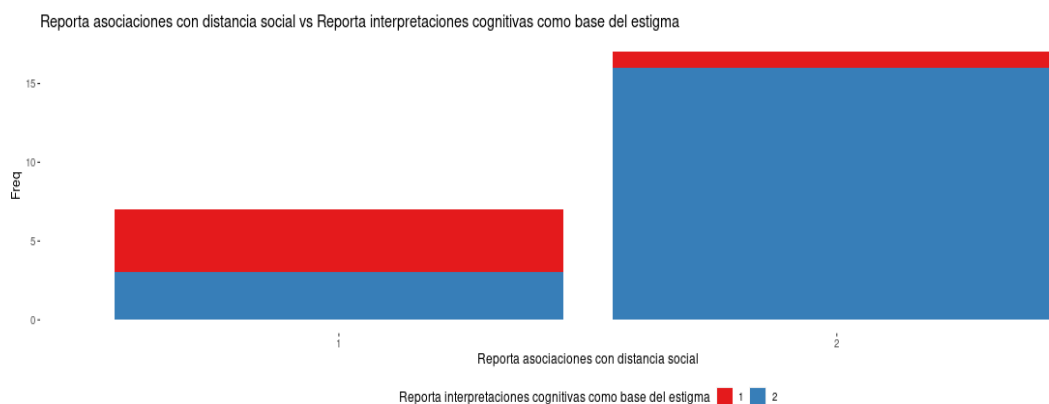
En concreto, los estudios que operativizan el estigma desde una perspectiva cognitiva presentan una probabilidad significativamente mayor de reportar relaciones con distancia social, lo que sugiere que procesos de categorización, estereotipia y atribución justifican el rechazo interpersonal. De manera análoga, las atribuciones personales se asocian con mayor frecuencia a la identificación de distancia social, funcionando como legitimadoras normativas del alejamiento social. Asimismo, la presencia de mediaciones emocionales en los resultados y la adopción

explícita de interpretaciones emocionales aumentan en los estudios que documentan distancia social, posicionando a la emoción como mecanismo mediador entre creencias y conducta.

Estos hallazgos permiten sostener una lectura integradora: la distancia social emerge en la intersección entre cogniciones estigmatizantes, mediaciones afectivas y narrativas que responsabilizan al individuo. Desde la perspectiva analítica, se recomienda discutir la heterogeneidad metodológica de los estudios, controlar potenciales sesgos de muestreo y, cuando sea posible, complementar el análisis con pruebas exactas o modelos multivariados que contrasten la robustez del efecto en subgrupos. En términos de implicaciones, la evidencia subraya la necesidad de estrategias en contra del estigma que actúen simultáneamente sobre creencias, emociones y narrativas moralizantes para desactivar la legitimación social de la exclusión. En esta línea, los hallazgos sugieren que las creencias y emociones estigmatizantes, lejos de permanecer en el plano abstracto, se traducen en conductas observables de evitación y exclusión, legitimadas por narrativas individualizantes.

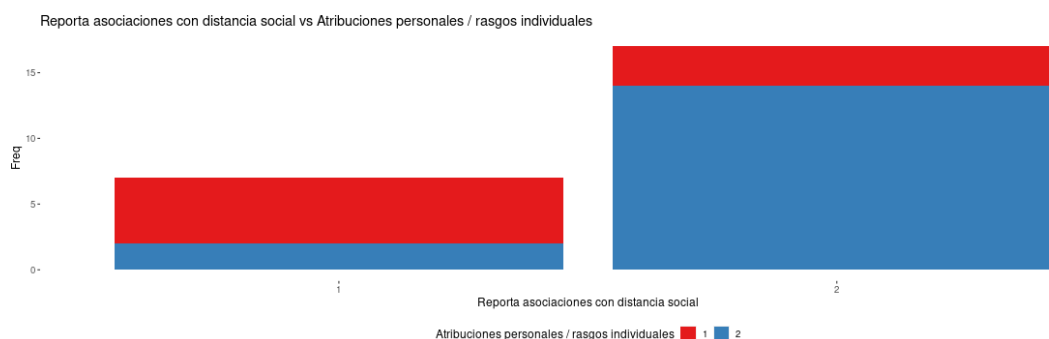
Estos resultados son evidenciados en las siguientes gráficas:

Figura 19. *Asociación entre las variables “reporta asociaciones con distancia social” vs “reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma”*



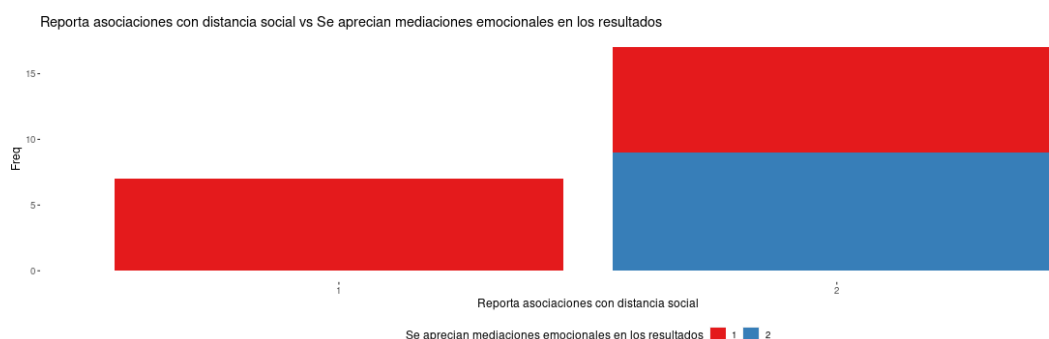
A continuación, la Figura 20 examina la asociación entre el reporte de vínculos entre el estigma y la distancia social y la presencia de atribuciones centradas en rasgos individuales o características personales.

Figura 20. *Asociación entre las variables “reporta asociaciones con distancia social” vs “atribuciones personales/rasgos individuales”*



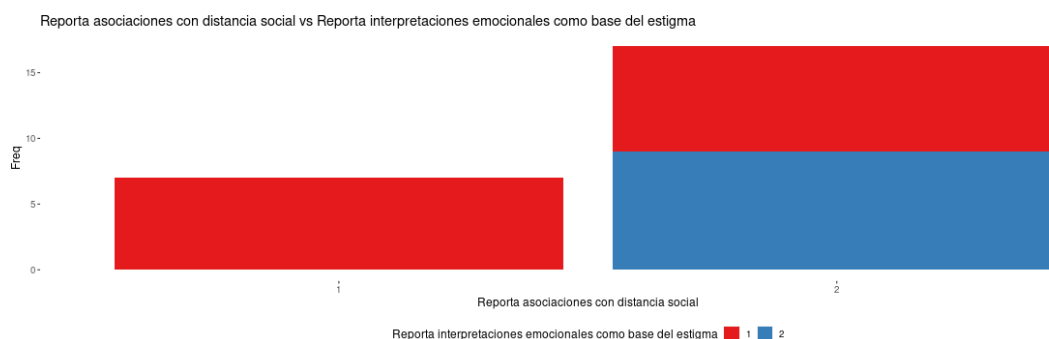
La Figura 21 presenta el vínculo entre la variable “distancia social” y la presencia de mediaciones emocionales en los resultados.

Figura 21. *Asociación entre las variables “reporta asociaciones con distancia social” vs “se aprecian mediaciones emocionales en los resultados”*



La Figura 22 ilustra la relación entre el reporte de asociaciones con la distancia social y la presencia de interpretaciones emocionales como base del estigma.

Figura 22. *Asociación entre las variables “reporta asociaciones con distancia social” vs “reporta interpretaciones emocionales como base del estigma”*



Asociaciones de la variable de reporte interpretaciones cognitivas como base del estigma con otras dimensiones del estigma

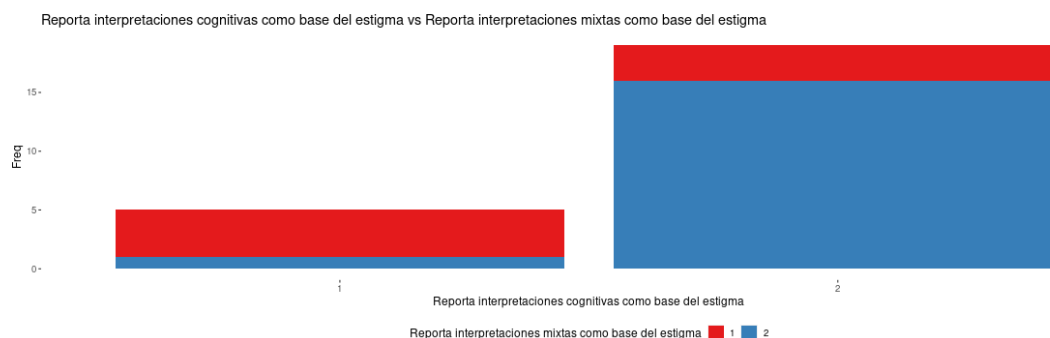
El análisis de asociaciones estadísticas parte de la variable principal “Reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma”, entendida como el eje sobre el cual se

estructuran múltiples aproximaciones teóricas y empíricas al fenómeno del estigma. Desde la tradición de la psicología social y la teoría de la atribución (Heider, 1958; Kelley, 1973), el énfasis en los procesos cognitivos ha permitido explicar cómo las creencias y esquemas mentales de los individuos moldean la percepción del “otro” y legitiman prácticas discriminatorias. En este marco, se exploraron tres cruces clave: con los enfoques mixtos, con las atribuciones personales y con las mediaciones cognitivas en los resultados, cuyos patrones se representan en las gráficas que acompañan este apartado.

Los hallazgos muestran una coherencia sistemática: los estudios que incorporan un enfoque cognitivo son también los que más consistentemente integran dimensiones mixtas (biológicas, sociales, emocionales y culturales), reportan atribuciones individuales como causa del estigma y evidencian mediaciones cognitivas en los resultados empíricos. Esta convergencia refleja un gradiente de complejidad teórica, donde el marco cognitivo funciona como puerta de entrada hacia modelos explicativos más robustos e integradores.

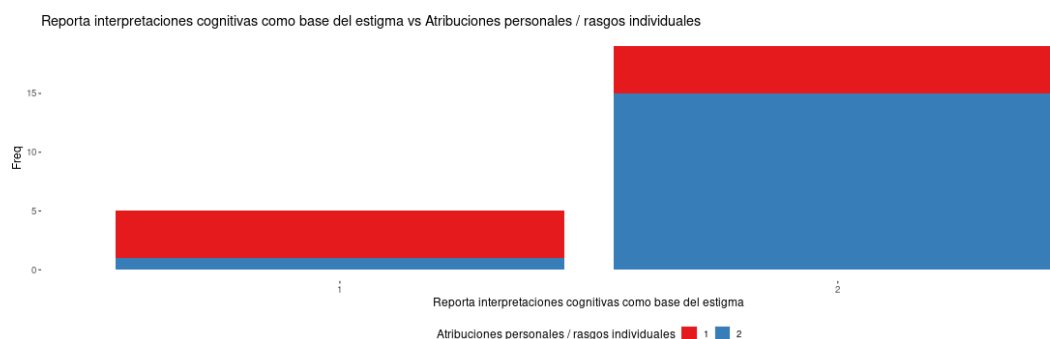
Para presentarlo de forma visual, La Figura 23 nos muestra la relación entre “reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma” y “reporta interpretaciones mixtas como base del estigma”.

Figura 23. Asociación entre las variables “reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma” vs “reporta interpretaciones mixtas como base del estigma”



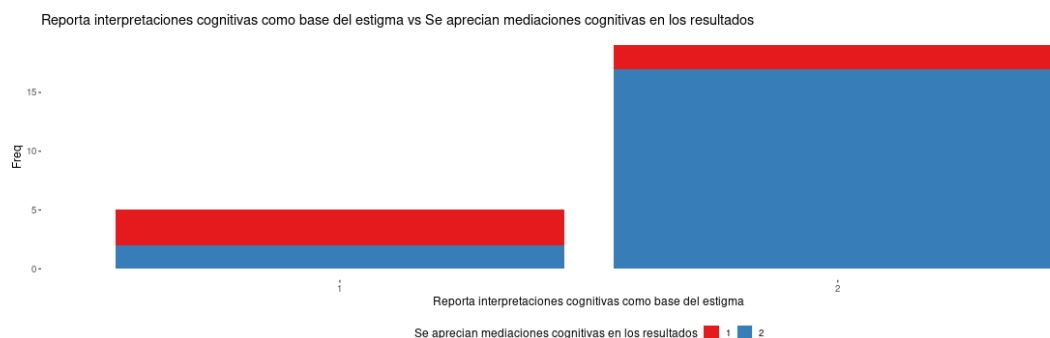
A continuación, la Figura 24 examina la correspondencia entre la adopción de un enfoque cognitivo para interpretar el estigma y la inclusión de atribuciones relacionadas con rasgos o características personales.

Figura 24. Asociación entre las variables “reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma” vs “atribuciones personales/rasgos individuales”



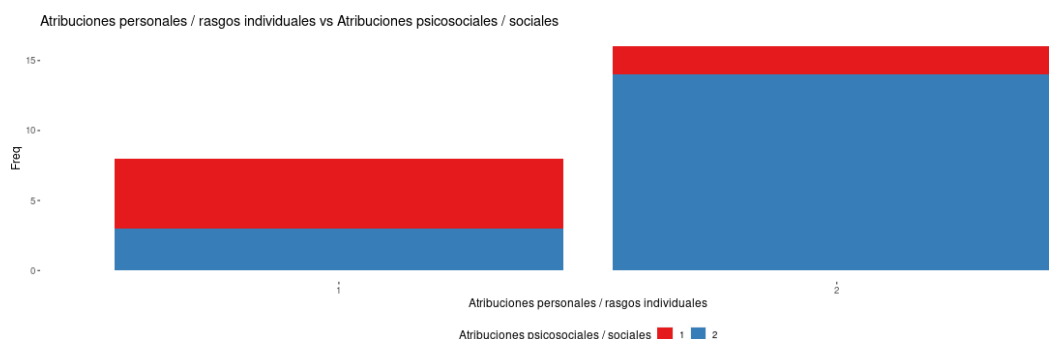
La Figura 25 presenta la correspondencia entre los estudios que abordan el estigma desde un marco interpretativo de carácter cognitivo y aquellos que, a nivel empírico, identifican mediaciones cognitivas en sus resultados.

Figura 25. Asociación entre las variables “reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma” vs “se aprecian mediaciones cognitivas en los resultados”



La Figura 26 presenta la relación entre las atribuciones centradas en características o rasgos individuales y aquellas que sitúan el estigma en un marco psicosocial o social. Este análisis permite explorar hasta qué punto las explicaciones de tipo individualista coexisten o se contraponen con enfoques que consideran factores contextuales, estructurales y relacionales en la comprensión del estigma.

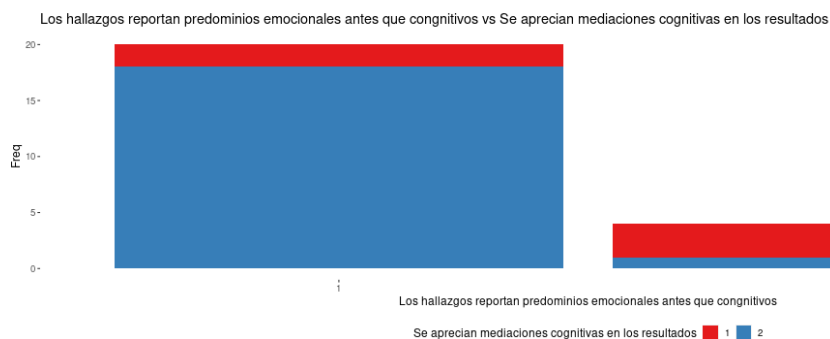
Figura 26. Asociación entre las variables “atribuciones personales/rasgos individuales” vs “atribuciones psicosociales/sociales”



La variable “Atribuciones personales / rasgos individuales” presentó una asociación significativa con “Atribuciones psicosociales / sociales” ($\chi^2 = 6.45$; $p = 0.02$; V de Cramer = 0.52). En los estudios que no apelan a rasgos individuales, la presencia de atribuciones sociales fue equilibrada, mientras que en aquellos que sí recurren a explicaciones personales predominó la inclusión de factores psicosociales. Este patrón evidencia la existencia de modelos interpretativos mixtos, donde se articulan dimensiones individuales y sociales en la explicación del estigma, favoreciendo enfoques multinivel que reconocen la interacción entre características atribuidas al individuo y contextos estructurales.

La Figura 27 examina la relación entre estudios que priorizan interpretaciones emocionales sobre las cognitivas y la presencia de mediaciones cognitivas en sus resultados. Este cruce permite identificar si, aun cuando el enfoque principal se centra en lo afectivo, los análisis empíricos incorporan procesos mentales —como atribuciones, juicios o creencias— que influyen en la manifestación y transmisión del estigma.

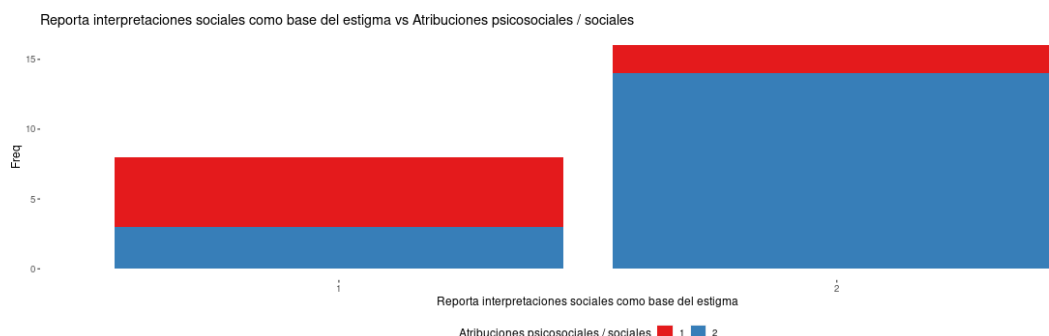
Figura 27. Asociación entre las variables “los hallazgos reportan predominios emocionales antes que cognitivos” vs “se aprecian mediaciones cognitivas en los resultados”



La variable “Reporta interpretaciones emocionales como base del estigma” presentó una asociación significativa con “Se aprecian mediaciones cognitivas en los resultados” ($\chi^2 = 8.54$; $p = 0.02$; V de Cramer = 0.60). En los estudios sin predominio emocional, la mayoría identificó mediaciones cognitivas, mientras que en aquellos con enfoque emocional esta presencia fue escasa. Este patrón indica que la orientación teórica condiciona las variables mediadoras que se consideran relevantes, evidenciando que los marcos emocionales tienden a desplazar el análisis de procesos cognitivos en la explicación del estigma.

La Figura 28 explora la relación entre los estudios que interpretan el estigma desde una perspectiva social y aquellos que incorporan atribuciones de tipo psicosocial o social en sus explicaciones. Este análisis permite identificar si la adopción de un marco teórico centrado en las interacciones, estructuras y contextos colectivos se traduce también en la inclusión explícita de factores como el entorno cultural, las redes comunitarias o las condiciones socioeconómicas en la comprensión del fenómeno.

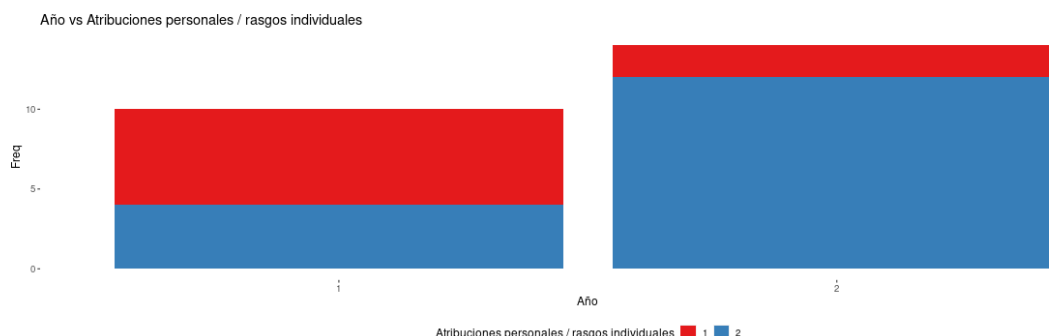
Figura 28. Asociación entre las variables “reporta interpretaciones sociales como base del estigma” vs “atribuciones psicosociales/sociales”



La variable “Reporta interpretaciones sociales como base del estigma” presentó una asociación significativa con “Atribuciones psicosociales / sociales” ($\chi^2 = 7.90$; $p = 0.02$; V de Cramer = 0.57). En los estudios sin enfoque social, es frecuente que tampoco se incorporen atribuciones psicosociales, evidenciando una falta de coherencia entre el marco conceptual y la explicación causal. En contraste, los estudios que interpretan el estigma como producto de estructuras y contextos sociales tienden a integrar factores como el entorno familiar, las condiciones socioeconómicas o la influencia cultural. Este patrón refleja una alineación sólida entre teoría y operacionalización, situando el estigma como un fenómeno socialmente construido y vinculado a mecanismos de control y marginación.

La Figura 29 examina la relación entre el año de publicación de los estudios y la inclusión de atribuciones personales o rasgos individuales en la explicación del estigma. Este cruce permite explorar si, a lo largo del tiempo, las investigaciones han modificado su tendencia a considerar características propias del individuo —como la personalidad, el comportamiento o disposiciones internas— como factores asociados a la generación o mantenimiento del estigma.

Figura 29. Asociación entre las variables “año” vs “atribuciones personales/rasgos individuales”



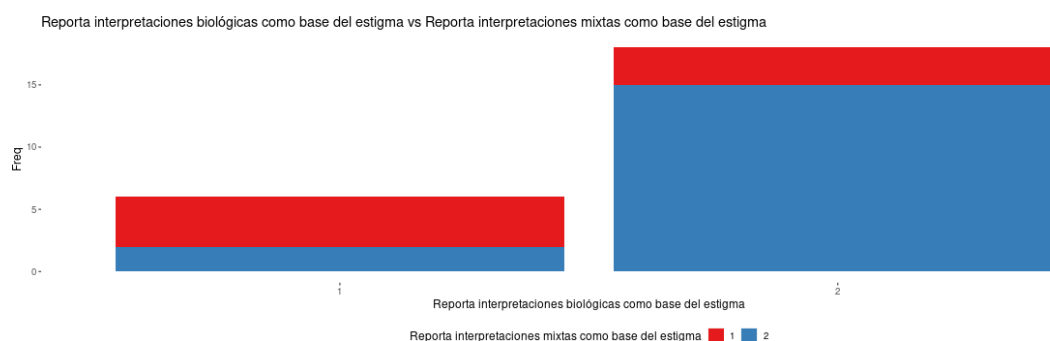
La variable “Año” presentó una asociación significativa con “Atribuciones personales / rasgos individuales” ($\chi^2 = 5.49$; $p = 0.03$; V de Cramer = 0.48). En el periodo 2005-2014, la distribución fue equilibrada, con ligera predominancia de estudios que no incorporaron atribuciones personales, mientras que en 2016-2024 se observó un marcado incremento en su inclusión, con una mayoría clara de trabajos que emplean explicaciones centradas en rasgos individuales.

Este cambio temporal sugiere una evolución teórica en la literatura reciente, caracterizada por una mayor tendencia a conceptualizar el estigma desde narrativas individualizantes —como debilidad de carácter, irresponsabilidad o inestabilidad emocional—, posiblemente en sintonía con el auge de marcos explicativos propios de la psicología social cognitiva y la teoría de la atribución. Desde una perspectiva crítica, este desplazamiento puede representar tanto un refinamiento en la comprensión de procesos psicológicos vinculados al estigma como una persistencia de enfoques que responsabilizan al individuo, minimizando la influencia de factores estructurales o contextuales.

La Figura 30 explora la relación entre los estudios que abordan el estigma desde una perspectiva biológica y aquellos que lo interpretan bajo un enfoque mixto, integrando

dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Este cruce permite identificar en qué medida la adopción de un marco biológico se combina o coexiste con aproximaciones más amplias y multidimensionales, ofreciendo una visión sobre la complementariedad o exclusión entre ambos enfoques teóricos en la literatura analizada.

Figura 30. *Asociación entre las variables “reporta interpretaciones biológicas como base del estigma” vs “reporta interpretaciones mixtas como base del estigma”*

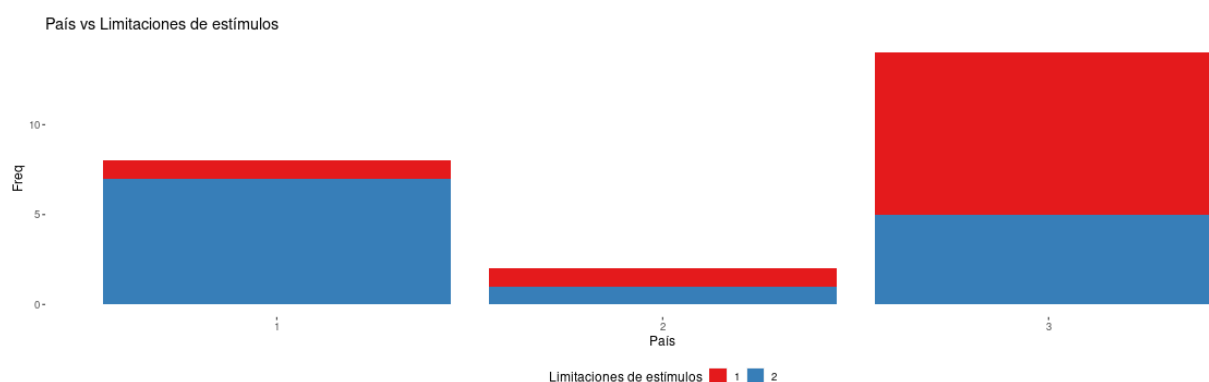


La variable “Reporta interpretaciones biológicas como base del estigma” presentó una asociación significativa con “Reporta interpretaciones mixtas como base del estigma” ($\chi^2 = 5.45$; $p = 0.04$; V de Cramer = 0.48). En los estudios que no incluyen interpretaciones biológicas, predominó la ausencia de enfoques mixtos, lo que refleja una mayor tendencia a marcos unidimensionales. En contraste, cuando la perspectiva biológica estuvo presente, fue común que se integrara en modelos mixtos que combinan dimensiones biológicas, sociales, culturales y emocionales, ampliando la complejidad explicativa.

Este patrón sugiere que la incorporación de interpretaciones biológicas no conduce necesariamente a un reduccionismo biomédico; por el contrario, suele enmarcarse en

aproximaciones holísticas coherentes con los modelos biopsicosociales contemporáneos, los cuales reconocen la interacción de múltiples factores en la génesis y mantenimiento del estigma. La Figura 31 presenta la relación entre el país en el que se desarrolló cada estudio y el reporte de limitaciones vinculadas a los estímulos utilizados en la investigación. Este análisis permite examinar si el contexto geográfico y sociocultural influye en la identificación y declaración de restricciones metodológicas relacionadas con la naturaleza, cantidad o validez de los estímulos empleados para evaluar el estigma.

Figura 31. Asociación entre las variables “país” vs “limitaciones de estímulos”



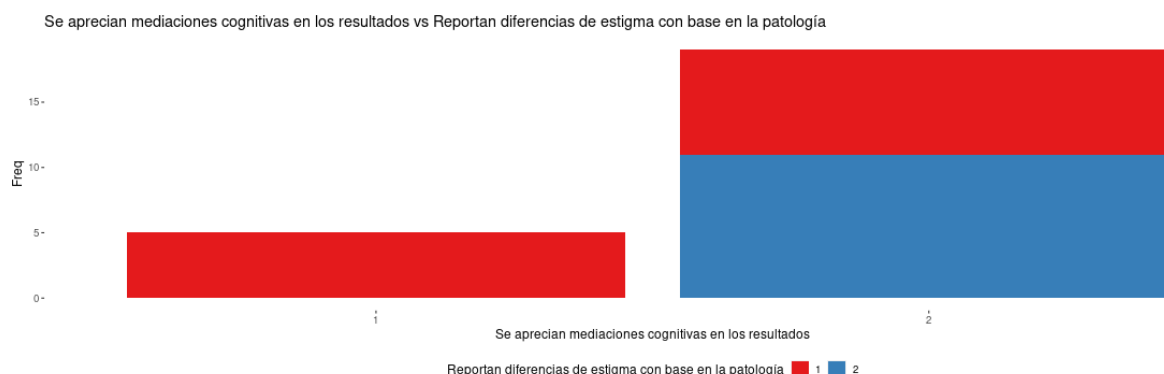
La variable “País” presentó una asociación significativa con “Limitaciones de estímulos” ($\chi^2 = 5.51$; $p = 0.04$; V de Cramer = 0.48). En los estudios realizados en Europa predominó el reconocimiento explícito de estas limitaciones, lo que sugiere una mayor adherencia a estándares de transparencia metodológica y guías editoriales estrictas. En África, aunque el número de estudios fue reducido, también prevaleció la declaración de limitaciones, si bien el bajo volumen de datos impide extraer conclusiones firmes.

En el grupo de países clasificados como “Otros” se observó una mayor proporción de estudios que no reportan limitaciones de estímulos, lo que indica una heterogeneidad en las

prácticas de reporte posiblemente vinculada a diferencias en marcos normativos, exigencias editoriales y tradiciones investigativas. Este patrón refuerza la idea de que el contexto geográfico influye en la exhaustividad y transparencia del reporte metodológico, con implicaciones para la comparabilidad y reproducibilidad de los hallazgos en el estudio del estigma en salud mental.

La Figura 32 presenta la relación entre la presencia de mediaciones cognitivas en los resultados y el reporte de diferencias en el estigma según la patología estudiada. Este análisis permite identificar si los trabajos que incorporan procesos cognitivos como elementos explicativos del estigma tienden también a reconocer variaciones en su manifestación dependiendo del diagnóstico, lo que aportaría evidencia sobre la influencia del tipo de trastorno en la configuración de los mecanismos cognitivos implicados en la estigmatización.

Figura 32. Asociación entre las variables “se aprecian mediaciones cognitivas en los resultados” vs “reportan diferencias de estigma con base en la patología”



La variable “Se aprecian mediaciones cognitivas en los resultados” presentó una asociación significativa con “Reportan diferencias de estigma con base en la patología” ($\chi^2 =$

5.34; $p = 0.04$; V de Cramer = 0.47). En los estudios sin mediaciones cognitivas predominó la ausencia de diferencias por patología, lo que refleja una menor atención tanto a la dimensión procesual como a la comparativa del estigma. En cambio, en los estudios que sí reconocen mediaciones cognitivas fue más frecuente identificar variaciones en el estigma según el diagnóstico.

Este patrón indica que la integración de mediaciones cognitivas favorece análisis más detallados y diferenciados entre grupos diagnósticos, permitiendo vincular procesos como atribuciones causales, sesgos de categorización o creencias sobre peligrosidad con la intensidad y forma del estigma. De este modo, el marco cognitivo no solo enriquece la explicación teórica, sino que también impulsa un abordaje más sensible y preciso frente a las variaciones diagnósticas.

7 Discusión

La revisión conjunta de los resultados evidencia que la orientación teórica y metodológica adoptada por los estudios revisados condiciona de manera directa la selección de variables, el tipo de interpretaciones causales del estigma y la forma en que este se operacionaliza y analiza. En términos generales, se identifican patrones consistentes que permiten comprender cómo los enfoques predominantes —emocional, cognitivo, social, biológico o mixto— influyen no solo en la conceptualización del fenómeno, sino también en las manifestaciones empíricas registradas. Esta constatación resulta clave, ya que demuestra

que el estigma hacia la salud mental no es un concepto unitario, sino un campo en disputa, dependiente de las lentes interpretativas y de los marcos disciplinares que lo sustentan.

En primer lugar, los enfoques emocionales muestran una fuerte correspondencia con la identificación de la distancia social como manifestación del estigma. Ello sugiere que emociones estigmatizantes como el miedo, la incomodidad o la repulsión actúan como disparadores directos de conductas de evitación o rechazo (Angermeyer, Holzinger & Matschinger, 2010; Link & Phelan, 2014). Este hallazgo refuerza la hipótesis de que la dimensión afectiva no solo es parte del marco teórico, sino que se traduce en la búsqueda activa de indicadores conductuales congruentes con dicho marco. De este modo, se consolida un paradigma que explica el estigma como producto de reacciones emocionales internalizadas y socialmente validadas (Corrigan, Larson & Rüsch, 2009). Sin embargo, un punto crítico es que este enfoque puede tender a psicologizar el estigma, reduciéndolo a respuestas individuales y dejando en un segundo plano los determinantes estructurales que también lo alimentan.

Por su parte, los enfoques cognitivos se asocian de manera sólida con la presencia de atribuciones personales o rasgos individuales, en coherencia con la teoría de la atribución que sostiene que las personas buscan causas para explicar las conductas y que dichas causas condicionan sus actitudes hacia los demás (Heider, 1958; Weiner, 1986). Cuando el marco conceptual se centra en procesos mentales —atribuciones, inferencias causales, categorizaciones—, es frecuente responsabilizar al individuo por su condición, reforzando narrativas que legitiman la exclusión y la culpabilización (Corrigan et al., 2003; Weiner, Perry & Magnusson, 1988). No obstante, los estudios cognitivos más recientes tienden a integrar factores

sociales, culturales y emocionales, dando lugar a modelos mixtos que ofrecen explicaciones más comprensivas (Yang et al., 2007; Pescosolido, Martin, Lang & Olafsdottir, 2008). Este movimiento epistemológico indica que la base cognitiva, aunque inicialmente reduccionista, puede funcionar como una puerta de entrada hacia perspectivas más integradoras.

Los modelos mixtos emergen, en consecuencia, como una tendencia relevante en las investigaciones recientes, sobre todo en contextos no europeos, donde se reconoce que el estigma es un fenómeno multinivel, producto de la interacción entre rasgos individuales, estructuras sociales y dinámicas culturales (Abdullah & Brown, 2011). La coexistencia de atribuciones personales y sociales en numerosos estudios refleja esta articulación: aunque se reconoce la influencia de rasgos atribuidos al individuo, también se visibilizan determinantes contextuales como la exclusión estructural, los estereotipos culturales y las prácticas institucionales (Hatzenbuehler, Phelan & Link, 2013). Este hallazgo invita a repensar el estigma no como una suma de dimensiones, sino como un campo de tensiones donde lo cognitivo, lo emocional y lo estructural se co-determinan.

Desde una perspectiva temporal y geográfica, se observa un desplazamiento epistemológico significativo. Los estudios más antiguos y con enfoque tradicional tienden a priorizar explicaciones individualistas y reduccionistas, mientras que los más recientes incorporan perspectivas críticas, comunitarias y biopsicosociales. Esta transición refleja tanto la influencia de la literatura sobre determinantes sociales de la salud mental como la crítica creciente a narrativas patologizantes que han dominado la psiquiatría clásica (Link et al., 2001; Read, Haslam, Sayce & Davies, 2006). La incorporación del estigma estructural en la agenda de

investigación constituye un avance importante, aunque todavía insuficiente, ya que no todos los trabajos logran traducir este enfoque crítico en diseños metodológicos concretos.

En cuanto a la relación entre marcos teóricos y variables mediadoras, los estudios con orientación emocional priorizan mediaciones afectivas, mientras que los cognitivos detectan mediaciones cognitivas. La integración de ambas en un mismo análisis continúa siendo poco frecuente, lo que evidencia una segmentación epistemológica: la elección del marco influye directamente en los procesos explicativos contruidos, y pocas investigaciones logran articular la complejidad del estigma en toda su extensión (Thornicroft et al., 2007). Superar esta fragmentación constituye un reto clave para futuras investigaciones.

Otro patrón recurrente se encuentra en la variación de hallazgos según el enfoque diagnóstico. Los estudios con muestras de trastornos combinados tienden a identificar diferencias de estigma por patología y mayores asociaciones con distancia social, mientras que aquellos centrados exclusivamente en trastornos psicóticos suelen mantener un análisis más homogéneo y clínico-específico (Angermeyer & Dietrich, 2006; Griffiths, Christensen & Jorm, 2008). Asimismo, la dimensión educativa aparece con mayor frecuencia en investigaciones sobre psicosis, probablemente por la tradición de programas psicoeducativos asociados a este diagnóstico, mientras que en muestras heterogéneas pierde protagonismo frente a variables clínicas o sociales (Corrigan & Penn, 1999).

En relación con el componente biológico, los hallazgos indican que este rara vez se presenta como un marco aislado. Por el contrario, suele integrarse en modelos biopsicosociales, lo que

refleja un esfuerzo por superar reduccionismos y reconocer la interacción entre factores biológicos, sociales y culturales (Haslam & Kvaale, 2015; Read et al., 2013). Este desplazamiento resulta relevante, ya que al mismo tiempo que visibiliza avances hacia enfoques más holísticos, también pone de manifiesto la persistencia de la ambivalencia del modelo de doble filo: las explicaciones biogenéticas reducen la culpabilización individual, pero refuerzan la percepción de peligrosidad y cronicidad (Pescosolido et al., 2010; Schomerus et al., 2012).

Un elemento que merece destacarse es que las asociaciones identificadas provienen, en su mayoría, no solo de los hallazgos empíricos, sino también de la interpretación teórica de los autores, lo que subraya que la construcción del estigma depende tanto de los datos como del marco analítico en el que se insertan. Salvo una asociación con el año de publicación y otra aislada, las diferencias entre los artículos incluidos no parecen tener mayor relevancia, lo que indica que el estigma trasciende variaciones metodológicas o contextuales y constituye un fenómeno con patrones relativamente estables.

Finalmente, las variables con mayor número de asociaciones fueron “enfermedad enfoque”, “distancia social” e “interpretaciones cognitivas como base del estigma”. Su prominencia subraya su centralidad en la investigación del campo. La conceptualización de la enfermedad mental determina la forma en que los estudios abordan el estigma: marcos reduccionistas generan actitudes negativas y prejuicios hacia las personas afectadas (American Psychiatric Association, s.f.), mientras que perspectivas biopsicosociales promueven explicaciones más inclusivas. La distancia social, como manifestación conductual del estigma, se consolida como un indicador clave para la salud pública, pues traduce percepciones y emociones en

comportamientos observables (PAHO, 2016). Por su parte, las interpretaciones cognitivas permiten vincular creencias y actitudes con conductas específicas, facilitando la identificación de patrones consistentes en la percepción social de la enfermedad mental (Comunidad de Madrid, 2018).

En conjunto, esta evidencia refuerza la noción de que el estigma es un constructo dinámico y multidimensional, influido por factores culturales, disciplinares y temporales. Ello plantea la necesidad urgente de enfoques analíticos integradores que superen la fragmentación, promuevan marcos explicativos coherentes y orienten futuras investigaciones hacia intervenciones que reduzcan el estigma y contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

8 Limitaciones y recomendaciones

Las limitaciones de este estudio se derivaron tanto de su diseño como de las condiciones contextuales en las que se desarrolló. En primer lugar, la selección de los estudios incluidos dependió de la disponibilidad de publicaciones en bases de datos específicas, lo que pudo generar un sesgo de cobertura y limitar la diversidad geográfica y cultural de las evidencias analizadas. Asimismo, el análisis se centró en artículos con información explícita sobre variables de estigma y mediaciones, lo que excluyó trabajos potencialmente relevantes que no reportaron estos elementos de forma detallada. Otra limitación estuvo asociada a la heterogeneidad metodológica de los estudios revisados, que dificultó la comparación directa de resultados y la generalización de conclusiones. Además, la ausencia de análisis longitudinales en la mayoría de los trabajos revisados impidió evaluar cambios en las actitudes hacia la salud mental a lo largo del tiempo, lo cual pudo haber enriquecido la comprensión de las dinámicas del estigma. Por

último, aunque la integración de datos cualitativos y cuantitativos fortaleció el análisis, el uso de codificación basada en categorías predefinidas pudo haber limitado la emergencia de patrones no anticipados. Estas limitaciones, sin embargo, no restaron validez a los resultados, sino que definieron el alcance interpretativo del estudio y ofrecen un marco claro para investigaciones futuras que profundicen en enfoques comparativos y contextualmente más amplios.

Se recomienda que futuras investigaciones amplíen la diversidad metodológica incorporando diseños mixtos y longitudinales que permitan analizar la evolución del estigma a lo largo del tiempo, superando las limitaciones de los estudios transversales; que integren enfoques emocionales, cognitivos y sociales en un mismo marco analítico para captar tanto los determinantes individuales como las condiciones estructurales que lo perpetúan; que fortalezcan la comparabilidad internacional mediante investigaciones multicéntricas que contemplen variaciones culturales y contextuales; que incluyan mediadores y moderadores relevantes, como el tipo de trastorno, el contexto socioeconómico y las políticas públicas; que prioricen la transferencia del conocimiento hacia estrategias de intervención y políticas públicas orientadas a disminuir el estigma y mejorar la atención en salud mental; y que fomenten la transparencia y la autorreflexión metodológica, declarando de forma explícita las limitaciones y justificando las decisiones conceptuales para reforzar la validez externa y la replicabilidad de los hallazgos.

9 Conclusiones.

El análisis realizado evidencia que las relaciones entre variables no son fortuitas, sino que responden a patrones consistentes que reflejan la manera en que los estudios abordan el estigma en salud mental. Las asociaciones detectadas muestran que las elecciones conceptuales y metodológicas inciden directamente en los hallazgos obtenidos y en su interpretación, subrayando que los resultados sobre estigma no solo describen fenómenos observables, sino que también reflejan los supuestos y prioridades de los investigadores. En particular, las variables “enfermedad enfoque”, “distancia social” e “interpretaciones cognitivas como base del estigma” emergen como las más centrales, indicando que estas dimensiones actúan como nodos clave que articulan las percepciones, actitudes y comportamientos asociados al estigma. Este hallazgo enfatiza la necesidad de considerar críticamente los diseños y marcos teóricos empleados, dado que condicionan la comprensión y comunicación del fenómeno (American Psychiatric Association, s.f.; Corrigan, 2004).

En relación con los objetivos de investigación, se constata que el objetivo general fue cumplido, puesto que el estudio logró analizar de manera sistemática la relación entre diferentes dimensiones conceptuales del estigma en salud mental, evidenciando cómo los enfoques teóricos influyen en la selección de variables y en la interpretación de los resultados. Del mismo modo, se cumplió el primer objetivo específico, dado que se categorizaron con claridad las dimensiones conceptuales del estigma (cognitiva, afectiva, conductual y estructural), mostrando su correspondencia con los marcos teóricos predominantes. Respecto al segundo objetivo específico, también se alcanzó, ya que se identificaron asociaciones entre atribuciones causales

de la enfermedad mental y manifestaciones de estigma, revelando que los marcos atribucionales cognitivos suelen reforzar narrativas de culpabilización, mientras que los enfoques emocionales tienden a asociarse con la distancia social. Finalmente, el tercer objetivo específico fue cumplido al explorar tendencias y patrones en la producción científica del periodo 2005–2024, destacando la centralidad de las variables mencionadas y señalando la existencia de desplazamientos epistemológicos hacia modelos mixtos y biopsicosociales.

Se constata que los datos presentan tendencias claras que permiten identificar áreas de investigación robustas y vacíos significativos. Entre estas últimas, destaca la necesidad de integrar perspectivas múltiples y enfoques interdisciplinarios, combinando metodologías cualitativas y cuantitativas, para evitar interpretaciones parciales o sesgadas. La ausencia de consenso en algunas variables y categorías evidencia que, pese a la proliferación de estudios, aún existen dimensiones del estigma que requieren exploración profunda, especialmente los factores culturales, socioeconómicos y contextuales que modulan su manifestación y percepción (Thornicroft et al., 2016; PAHO, 2016). La diversidad de enfoques y contextos incluidos en el corpus analizado confirma que el estigma es un constructo dinámico, influido por factores culturales, disciplinares y temporales, lo que demanda aproximaciones analíticas capaces de superar la fragmentación conceptual y de promover marcos explicativos más amplios y coherentes. Asimismo, subraya la importancia de desarrollar herramientas y medidas adaptables que reflejen las variaciones del estigma según contextos específicos, fortaleciendo la validez y relevancia de futuras investigaciones.

Cabe señalar que las asociaciones reportadas se centraron principalmente en las características de los resultados y de la discusión; salvo una asociación con el año y otra más, las diferencias entre los estudios revisados no parecen tener mayor relevancia. Del mismo modo, la

discusión de los artículos no retoma el tema de las grandes categorías encontradas, lo que evidencia un marco teórico heterogéneo y la ausencia de posicionamiento respecto al significado de las variables con mayor número de asociaciones, aspecto que se vincula directamente con la agrupación propuesta para las asociaciones a 0.05 (Link & Phelan, 2001; Corrigan et al., 2014).

En conjunto, los hallazgos de esta tesis proporcionan una base empírica y teórica sólida para orientar investigaciones futuras, favoreciendo diseños integradores, sensibles al contexto y críticamente reflexivos. Esta perspectiva permite profundizar en la comprensión del estigma y generar evidencia que sustente intervenciones más efectivas, políticas públicas informadas y estrategias de reducción del estigma con impacto real en la calidad de vida de las personas afectadas. La construcción del conocimiento en este campo demanda síntesis de perspectivas, reflexión crítica y reconocimiento de la complejidad del fenómeno para avanzar hacia soluciones significativas y sostenibles, consolidando así un marco conceptual coherente y orientado a la práctica.

10 Referencias

- American Psychiatric Association. (s. f.). What is mental illness? American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness> (consultado en julio de 2025)
- Agresti, A. (2019). *An introduction to categorical data analysis* (3rd ed.). Wiley.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163–179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., & Matschinger, H. (2010). Emotional reactions to people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19(1), 26–32. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001448>
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37–46. <https://doi.org/10.1177/001316446002000104>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- 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., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481–491.

<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>

Corrigan, P. W., Michaels, P. J., & Morris, S. (2017). Do the effects of antistigma programs persist over time? Findings from a meta-analysis. *Psychiatric Services*, 68(4), 427–432. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600291>

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>

Fernández, A., García, J., & López, M. (2008). Factores biogenéticos y sociales en el estigma hacia la enfermedad mental. *Revista de Psicología Social*, 23(3), 301–313.

Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878–902.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>

Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.

Gómez, R., Méndez, M., & Prieto, A. (2016). Creencias causales y estigma hacia la esquizofrenia: Un análisis comparativo. *Salud Mental*, 39(4), 191–198.

Good, P. (2005). *Permutation, parametric and bootstrap tests of hypotheses* (3rd ed.). Springer.

Haslam, N. (2006). Biogenetic explanations of mental disorder: The mixed-blessings model. *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 199–203.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00435.x>

Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813–821.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>

Hernández Sampieri, R. (2010). *Metodología de la investigación* (5.^a ed.). McGraw-Hill. Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill.

Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2022). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 6.3). Wiley.

Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 367–393. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245>

Holm, S. (1979). A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian Journal of Statistics*, 6(2), 65–70.

Kroese, D. P., Taimre, T., & Botev, Z. I. (2014). *Handbook of Monte Carlo methods*. Wiley.

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159–174. <https://doi.org/10.2307/2529310>

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511–541.

<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>

Martínez, F., Ríos, L., & Vargas, C. (2021). Emociones y estigma en salud mental: Evidencia desde un enfoque mixto. *Psicología y Salud*, 31(2), 145–159.

McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276–282.

Mehta, C. R., & Patel, N. R. (1983). A network algorithm for performing Fisher's exact test in $r \times c$ contingency tables. *Journal of the American Statistical Association*, 78(382), 427–434. <https://doi.org/10.1080/01621459.1983.10477989>

Metropolis, N., & Ulam, S. (1949). The Monte Carlo method. *Journal of the American Statistical Association*, 44(247), 335–341. <https://doi.org/10.1080/01621459.1949.10483310>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pérez, J., & Salazar, D. (2020). Estigma afectivo y distancia social: Análisis desde la teoría de la emoción. *Anuario de Psicología*, 50(1), 25–34.

Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). “A disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1321–1330. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Quinn, D. M., & Chaudoir, S. R. (2009). Living with a concealable stigmatized identity: The impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(4), 634–651. <https://doi.org/10.1037/a0015815>

R Development Core Team. (2022). *R: A language and environment for statistical computing* (4.2.2) [Computer software]. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>

Rosen, A., & Perrin, P. (2009). Mental illness stigma in the workplace. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(3), 651–672. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2009.00426.x>

Salvador-Carulla, L., & Romero-Fernández, M. (2019). Estigma en salud mental: Revisando conceptualizaciones y estrategias de intervención. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201905043.

Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137–155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>

Schwarz, N., & Clore, G. L. (2007). Feelings and phenomenal experiences. In E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (2nd ed., pp. 385–407). Guilford Press.

Smith, L., & Anderson, K. (2018). Public stigma and mental health literacy. *Psychiatric Services*, 69(6), 641–647. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700188>

Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford University Press.

Vaughn, S., & Schumm, J. S. (1995). *Measurement in special education: An introduction* (2nd ed.). Allyn & Bacon.

Watson, A. C., Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312–1318.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>

Weiss, M. G., & Ramakrishna, J. (2006). Stigma interventions and research for international health. *The Lancet*, 367(9509), 536–538. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68184-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1)

World Health Organization. (2001). *World health report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. WHO.

World Health Organization. (2010). *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. WHO.

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. WHO.

11 Anexos

Debido a la disposición espacial y a la extensión de las tablas de cálculo donde se procesaron los datos cuantitativos, y así como la tabla de análisis del contenido temático en la que se hizo el análisis cualitativo, ambas con sus respectivas codificaciones, fueron alojadas de forma digital con acceso abierto dentro de la nube correspondiente al dominio del correo institucional de la autora de este documento, como se presenta a continuación:

Enlace de acceso a los siguientes anexos:

- Anexo A: [Bibliografía TG Atribución causal - Hojas de cálculo de Google](#)
- Anexo B:

x	y	estadístico	p_valor	método	cramer_v	significancia
Enfermedad enfoque	Reportan diferencias de estigma con base en la patología	6.77	0.01	Monte carlo	0.53	< 0.05
Reporta asociaciones con distancia social	Reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma	7.90	0.02	Monte carlo	0.57	< 0.05
Reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma	Reporta interpretaciones mixtas como base	7.90	0.02	Monte carlo	0.57	< 0.05

x	y	estadístico	p_valor	método	cramer_v	significancia
	del estigma					
Atribuciones personales / rasgos individuales	Atribuciones psicosociales / sociales	6.45	0.02	Monte carlo	0.52	< 0.05
Reporta asociaciones con distancia social	Se aprecian mediaciones emocionales en los resultados	5.93	0.02	Monte carlo	0.50	< 0.05
Los hallazgos reportan predominios emocionales antes que cognitivos	Se aprecian mediaciones cognitivas en los resultados	8.54	0.02	Monte carlo	0.60	< 0.05
Reporta interpretaciones sociales como base del estigma	Atribuciones psicosociales / sociales	6.45	0.02	Monte carlo	0.52	< 0.05
Reporta asociaciones con distancia social	Distancia social y aislamiento	6.45	0.02	Monte carlo	0.52	< 0.05
Reporta asociaciones con distancia social	Reporta interpretaciones emocionales como	5.93	0.02	Monte carlo	0.50	< 0.05

x	y	estadístico	p_valor	método	cramer_v	significancia
	base del estigma					
Reporta asociaciones con distancia social	Atribuciones personales / rasgos individuales	6.45	0.02	Monte carlo	0.52	< 0.05
Reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma	Atribuciones personales / rasgos individuales	6.19	0.03	Monte carlo	0.51	< 0.05
Reporta interpretaciones sociales como base del estigma	Se aprecian mediaciones sociales en los resultados	6.75	0.03	Monte carlo	0.53	< 0.05
Año	Atribuciones personales / rasgos individuales	5.49	0.03	Monte carlo	0.48	< 0.05
Reporta interpretaciones biológicas como base del estigma	Reporta interpretaciones mixtas como base del estigma	5.45	0.04	Monte carlo	0.48	< 0.05
Enfermedad enfoque	Se aprecian mediaciones educativas	5.45	0.04	Monte carlo	0.48	< 0.05

x	y	estadístico	p_valor	método	cramer_v	significancia
	en los resultados					
País	Limitaciones de estímulos	5.51	0.04	Monte carlo	0.48	< 0.05
Enfermedad enfoque	Reporta asociaciones con distancia social	5.45	0.04	Monte carlo	0.48	< 0.05
Reporta interpretaciones cognitivas como base del estigma	Se aprecian mediaciones cognitivas en los resultados	5.87	0.04	Monte carlo	0.49	< 0.05
Se aprecian mediaciones cognitivas en los resultados	Reportan diferencias de estigma con base en la patología	5.34	0.04	Monte carlo	0.47	< 0.05