

**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA SALVADOR ALLENDE G**



**VALIDACION DEL INSTRUMENTO *PERCEIVED  
DEVALUATION AND DISCRIMINATION SCALE* EN  
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS  
MENTALES AFINES, EN CHILE.**

**CARLA SANZ PEREZ**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**PROFESOR GUIA: DR. RUBEN ALVARADO M.**

**SANTIAGO, JUNIO DE 2016**

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>II. EL CONCEPTO DE ESTIGMA</b>	<b>7</b>
<b>1. EL CONCEPTO DE ESTIGMA DE GOFFMAN</b>	<b>9</b>
<b>III. ENFOQUES TEÓRICOS</b>	<b>10</b>
<b>1. ENFOQUE SOCIOLÓGICO</b>	<b>10</b>
1.1 LA TEORÍA DEL ETIQUETADO DE SCHEFF	10
1.2 TEORÍA DEL ETIQUETADO MODIFICADO DE LINK	11
<b>2. ENFOQUE PSICOSOCIAL</b>	<b>15</b>
<b>IV. DIMENSIONES DEL ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL</b>	<b>18</b>
<b>V. INSTRUMENTOS PARA MEDIR ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL</b>	<b>19</b>
<b>1. PERCEIVED DEVALUATION AND DISCRIMINATION SCALE - PDD (LINK 1987)</b>	<b>19</b>
1.1 PERCEIVED DEVALUATION AND DISCRIMINATION SCALE (LINK 1997)	24
<b>2. INTERNALIZED STIGMA OF MENTAL ILLNESS (ISMI):</b>	<b>25</b>
<b>3. SELF-STIGMA OF MENTAL ILLNESS SCALE (SSMIS)</b>	<b>26</b>
<b>4. CONSUMER EXPERIENCES OF STIGMA QUESTIONNAIRE (CESQ)</b>	<b>26</b>
<b>VI. OBJETIVOS</b>	<b>28</b>
<b>1. OBJETIVO GENERAL</b>	<b>28</b>
<b>2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>28</b>
<b>VII. METODOLOGÍA:</b>	<b>29</b>
<b>1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</b>	<b>29</b>
<b>2. UNIVERSO</b>	<b>29</b>
<b>3. MUESTRA</b>	<b>29</b>
<b>4. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO:</b>	<b>30</b>
<b>5. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO</b>	<b>30</b>
5.1 ADAPTACIÓN SEMÁNTICA	30
5.2 APLICACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL INSTRUMENTO	33
<b>6. PLAN DE ANÁLISIS:</b>	<b>33</b>
6.1 HETEROGENEIDAD DE LOS ÍTEMS	33
6.2 CORRELACIÓN ÍTEM – ESCALA	33

6.3 VALIDEZ DE CONSTRUCTO	34
6.4 CONSISTENCIA INTERNA U HOMOGENEIDAD	36
<b>VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>	<b>37</b>
<b>IX. RESULTADOS DEL ESTUDIO PSICOMÉTRICO DEL INSTRUMENTO:</b>	<b>38</b>
1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	38
2. ANÁLISIS DE PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS:	43
2.1 HETEROGENEIDAD DE LOS ÍTEMS	43
2.2 CORRELACIÓN ÍTEM – ESCALA	45
2.3 VALIDEZ DE CONSTRUCTO	46
2.4 CONSISTENCIA INTERNA	54
<b>X. DISCUSIÓN</b>	<b>56</b>
<b>XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>60</b>
<b>XI. ANEXOS</b>	<b>63</b>
1. ANEXO 1: INSTRUMENTO TRADUCIDO AL ESPAÑOL, PREVIO AL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.	63
2. ANEXO 2: INSTRUMENTO FINAL EN ESPAÑOL PARA CHILE, POSTERIOR AL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS (ELIMINACIÓN DEL ÍTEM 6 DE LA VERSIÓN INICIAL)	64

## **I. INTRODUCCIÓN**

La enfermedad mental constituye hoy en día un importante problema de salud pública, dado que de acuerdo a lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 450 millones de personas en el mundo son afectadas por alguna enfermedad mental, alrededor de 21 millones sufren de esquizofrenia y cerca de ochocientas mil se suicida cada año. Asimismo, cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar) (1).

Históricamente, por connotaciones asociadas a esta condición y por las actitudes de la población general, las personas con enfermedad mental, y en especial aquellas que padecen esquizofrenia y trastornos mentales severos han sufrido una serie de reacciones sociales negativas, provocando discriminación y estigma.

El proceso estigmatizador, supone una serie de pasos sucesivos que se inicia con el “etiquetado o marca” que afecta a un grupo de personas, las que, en función de creencias culturales, son asociadas a características desagradables de quienes son considerados un grupo “diferente”. Lo anterior, trae consecuencias emocionales (miedo, vergüenza, ansiedad, etc.) y posteriormente la pérdida del estatus, devaluación y discriminación.

Así, quienes padecen alguna enfermedad mental, no solo deben cargar con la complejidad de la propia enfermedad sino con la que la sociedad les impone a través del proceso de estigmatización.

La internalización de éste afecta negativamente la calidad de vida, autoestima e incrementan el auto-desprecio de los pacientes (2)(3). Sus

consecuencias se observan en el bajo uso de servicios, aumento de la severidad de los síntomas depresivos, malestar emocional, mala adherencia al tratamiento y menor connotación social (4).

Dado que el estigma social y el estigma internalizado o auto estigma son hechos que afectan a personas con trastornos mentales a nivel global, es considerado un problema significativo para la Salud Pública (5).

Afortunadamente, el estigma en la enfermedad mental se vislumbra como uno de los desafíos claves para los planes de salud mental, pues, tanto la Organización Mundial de la Salud en su Conferencia de Ministros del año 2005, a través de la Declaración de Helsinki, como el “Libro verde de la Salud Mental” de la Unión Europea del mismo año, sitúan el fomento de la integración de personas con enfermedad mental y la lucha frente al estigma, como factores claves a incorporar en los planes de salud de las naciones (6).

Al respecto, países como Inglaterra, España y Estados Unidos ya han incorporado diversas estrategias orientadas a cumplir esos objetivos (6) y Chile en tanto, ha incluido dentro de los objetivos sanitarios para la década 2011-2020, estrategias tendientes a disminuir la discapacidad asociada a trastornos mentales.

Para contribuir al avance en esta vía en Chile, se requiere potenciar las áreas de investigación en el tema y en primera línea contar con instrumentos que permitan medir el estigma, los cuales requieren ser adaptados a la realidad cultural local, a través de un proceso de validación, adaptación y estudio psicométrico.

El propósito de la investigación que se describe a continuación es la adaptación semántica y validación del instrumento “*Perceived Devaluation and Discrimination Scale*” (PDD) que busca medir el estigma social inducido por la enfermedad mental en pacientes con esquizofrenia y trastornos mentales afines en Chile.

Lo anterior, pretende ser una contribución para el estado del conocimiento en el tema, y una herramienta permita medir el nivel de estigma hacia la enfermedad mental y con ello lograr intervenciones efectivas basadas en el modelo comunitario tendientes a mejorar la salud y la integración social de quienes padecen trastornos mentales severos en Chile.

## **II. EL CONCEPTO DE ESTIGMA**

La palabra “estigma” proviene del latín *stigma*, y éste, del griego *στίγμα* (picadura). La real academia de la lengua española considera varias acepciones entre las que rescataremos aquella que lo define como “lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y hereditaria” (7). Desde la perspectiva de la sociología, el estigma es entendido como un atributo hacia el cual se produce una respuesta social negativa que hace que quien lo posea sea considerado cultural y socialmente inferior.

Como constructo, el estigma ha generado una extensa investigación teórica y empírica, y conforme se ha ampliado la literatura, lo ha hecho también el pensamiento relacionado con este concepto. Éste abordaje ha venido especialmente de la mano de la sociología, y la psicología social quienes han estudiado los fenómenos relacionados al estigma en grupos minoritarios durante varias décadas.

Las investigaciones sociológicas sobre el estigma y la enfermedad mental tienen sus raíces en Erwin Goffman (1963) quien define el estigma como “un atributo profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo para reducirla a alguien deshonroso y menospreciado” (8).

En la misma línea, el sociólogo Thomas Scheff (1966) señala respecto al estigma que “la etiqueta de enfermo mental provoca estereotipos negativos (como la peligrosidad), dando lugar a rechazo social, cambios en la identidad y en última instancia la perpetuación y amplificación de conductas anormales” (9).

Una definición especialmente influyente es la de Jones et al. (1984), que enfatiza lo planteado por Goffman, de que el estigma puede ser visto como una

relación entre un "atributo y un estereotipo". Utiliza el término "marca" (atributo) para describir una condición o característica identificada por la sociedad, que define al individuo como indeseable (estereotipo). Aunque Jones *et al.* describen el proceso estigmatizador como relacional, en que el entorno social define qué es anómalo y provee el contexto en que se expresan las evaluaciones devaluantes, estos autores señalan que el estigma tendría también su esencia en un proceso psicológico localizado adentro del propio individuo (8,10).

Para Stanford y Scott 1986 el estigma es "una característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social", considerando como norma una creencia compartida dirigida a comportarse de una manera determinada en un momento preciso (10).

Crocker, Major y Steel (1998) definen el estigma como "algo que ocurre cuando se cree que un individuo posee un atributo "a menudo objetivo" o un rasgo que transmite una identidad social devaluada dentro de un contexto social". Al igual que Goffman, Crocker y Cols. proponen que el estigma en su esencia es una "Identidad social devaluada" (8). Aun así, los autores observan que el estigma no se localiza completamente dentro de la persona estigmatizada, sino que ocurre en un contexto social que define un atributo como algo que devalúa (8).

Desde Goffman, se han elaborado una serie de definiciones y teorías respecto del concepto del estigma, la mayoría influenciadas por ésta. Sin embargo, han surgido definiciones alternativas o que han variado la propuesta por Goffman y que han colocado énfasis en las fuerzas sociales que conforman la exclusión de la vida social más que en las fuerzas situadas dentro del individuo (10,11).

## **1. El concepto de estigma de Goffman**

En su planteamiento clásico, el sociólogo Erwin Goffman define al estigma como “un atributo que es profundamente desacreditador” y propone que la persona estigmatizada queda reducida “de una persona completa y habitual, a una persona desacreditada, rebajada”. Goffman describe al estigma como “un tipo especial de relación entre un atributo y un estereotipo”. En la visión de Goffman, el estigma ocurre como una discrepancia entre la “identidad social virtual” (cómo caracteriza la sociedad a una persona) y la “identidad social real” (los atributos que realmente posee una persona) vale decir el estigma era un proceso basado en la construcción de la identidad social (8).

Goffman señala que el estigma ocurre a través de lo denomina una “carrera moral”, en que una persona conoce el punto de vista de la sociedad y obtiene una idea general del estigma que pudiese cargar, pasando de un estatus “normal” a uno “desacreditado”. Así, desde el punto de vista de Goffman, el estigma ocurre cuando la persona asume una nueva identidad social a través de la interacción con categorías construidas socialmente (8).

En relación a la enfermedad mental, Goffman (1963) argumenta que condiciones como enfermedades mentales son altamente estigmatizantes, es decir, “profundamente desacreditadoras” (9).

### **III. ENFOQUES TEÓRICOS**

#### **1. Enfoque Sociológico**

##### **1.1 La teoría del etiquetado de Scheff**

El sociólogo Thomas Scheff (1929) propuso una “teoría del etiquetado” de la enfermedad mental. En ella, la aplicación de etiquetas de anormalidad a los individuos con enfermedad mental conducía a autopercepciones y estereotipos negativos. De acuerdo con Scheff, los estereotipos de la enfermedad mental se aprenden durante la socialización y se refuerzan a diario. En su teoría, propone que, una vez que se internaliza el estereotipo, éste puede emerger como un “estatus principal” debido a su naturaleza desacreditadora. Cuando el individuo internaliza este papel, que incorpora como una identidad central, el proceso está completo y como consecuencia la enfermedad mental se vuelve crónica. Paralelamente, las respuestas uniformes de otros, como la exclusión social, bloquea cualquier intento de retornar a los roles sociales “normales” (12).

En resumen, Scheff señala que “la etiqueta de enfermo mental provoca estereotipos negativos, dando lugar a rechazo social, cambios en la identidad y en última instancia la amplificación y perpetuación de conductas anormales” (5, 9, 10, 12).

La Figura 1 muestra la teoría del etiquetado de Scheff. En ella, el individuo percibe actitudes y estereotipos negativos basados en concepciones sociales hacia las personas con enfermedad mental que luego internaliza. La respuesta de los demás limita el comportamiento social de la persona “etiquetada” quien termina adoptando el papel de enfermo mental y adquiriendo cambios en su identidad, con lo que la enfermedad se vuelve crónica y estable.

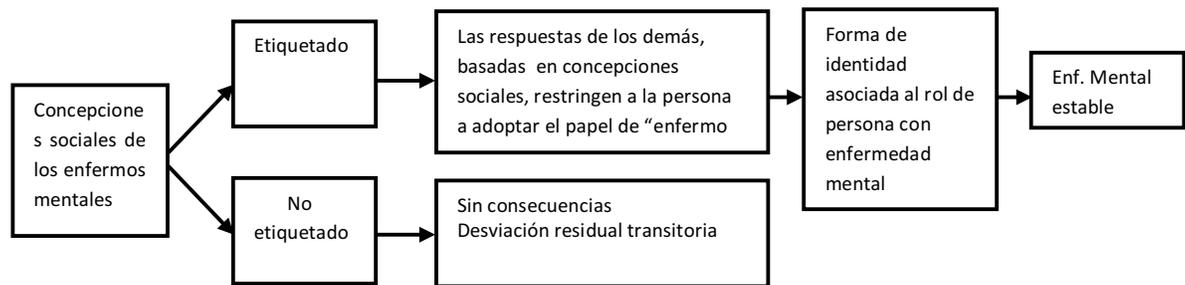


Figura 1: **Teoría del etiquetado de Scheff.** Tomada de: *A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment.* Link 1989.

## 1.2 Teoría del etiquetado modificado de Link

Posteriormente, esta teoría fue modificada por Link para subrayar que la “devaluación y la discriminación” creadas por la etiqueta, interfieren sobre un amplio rango de áreas vitales, incluyendo el acceso a los recursos sociales y económicos y los sentimientos generales de bienestar (12).

Link describe 5 etapas en el desarrollo del estigma bajo su nueva concepción (Figura 2).

Etapa 1: Se refiere a las creencias de devaluación y discriminación, en que los individuos internalizan las concepciones sociales de lo que significa ser etiquetado como enfermo mental. Esta concepción tiene dos componentes importantes: el grado en que las personas creen que los pacientes mentales se devalúan y hasta qué punto creen que los pacientes serán discriminados.

Etapa 2: Se establecen las concepciones sociales que adquieren relevancia para la persona.

Etapa 3: En esta etapa se presenta la respuesta al etiquetado, lo que supone tres posibles conductas, el secreto para evitar el rechazo social, la retirada o limitación de la interacción social solo hacia quienes saben y tienden a aceptar su condición estigmatizada, y la educación a los demás con la esperanza de disminuir las actitudes negativas hacia ellos.

Etapa 4: La cuarta etapa se refiere a las consecuencias del proceso de estigmatización en la vida de los pacientes. Estas pueden ser negativas surgiendo directamente de las propias creencias acerca de las actitudes de la comunidad hacia la condición de enfermo mental (etapa 1), o como consecuencia de las actitudes tomadas (etapa 3).

Etapa 5: Finalmente, si ocurren las etapas descritas en los pasos 1 a 4, en el paso 5 muchos pacientes resultarán con baja autoestima, dificultades para relacionarse socialmente o encontrar un trabajo como consecuencia del etiquetado y de sus propias reacciones hacia los demás. Estos déficits son considerados como importantes factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología. Por lo tanto, para algunos pacientes, el etiquetado y el estigma pueden inducir un estado de vulnerabilidad que incrementa su probabilidad de experimentar episodios repetidos de enfermedad (12).

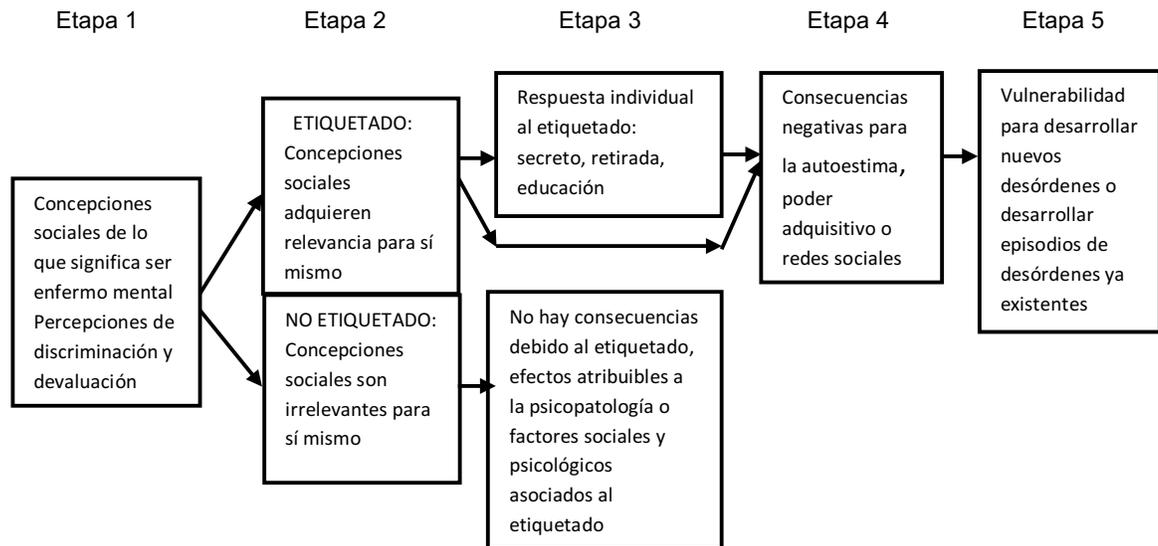


Figura 2: **Teoría del etiquetado de Link**. Tomada de: *A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment*. Link 1989

### Diferencias entre las teorías de Scheff y Link

Las diferencias entre ambas teorías son una cuestión de énfasis pues inicialmente si bien ambos concuerdan en que la gente percibe actitudes negativas de la comunidad hacia la enfermedad mental (Etapa 1), Link enfatiza en la importancia de la variabilidad de estas creencias. En segundo lugar, aunque Scheff señala que las personas etiquetadas han interiorizado los mismos puntos de vista culturales que el resto de la sociedad, tiende a enfatizar en las respuestas de los demás, mientras que Link destaca la respuesta del individuo sobre la base de sus creencias acerca de cómo reaccionarán los demás, a menos que él o ella haga algo para evitar sus reacciones. Finalmente, el enfoque de Link no asigna al etiquetado el poder de crear por si solo una enfermedad mental y a cambio considera al etiquetado y la estigmatización como posibles causas de los resultados negativos que pueden poner a los enfermos mentales en situación de riesgo para la recurrencia o la prolongación de los trastornos padecidos.

En una conceptualización más reciente del año 2001, Link, realiza una crítica centrada fundamentalmente en el enfoque decididamente individualista que ha tenido el estigma, centrado en las percepciones de los individuos y las consecuencias de tales percepciones, y tiende a concentrarse en el procesamiento cognitivo de la información y la discriminación (10,13)

Basado en su crítica, plantea una re-conceptualización del estigma re-definiéndolo como una correlación que surge de una serie de operaciones articuladas donde: a) se produce una identificación social de diferencias humanas y se establecen etiquetas; b) se acopla el etiquetamiento a las características indeseables o estereotipos negativos; c) se realiza la separación entre “ellos y nosotros”; d) se desarrollan respuestas emocionales como ira, ansiedad, pena, miedo y vergüenza; e) aparece la devaluación y discriminación que traen como consecuencia la desigualdad, el rechazo y la exclusión. Un punto singular descrito por Link y Phelan en 2001, es la idea de que el estigma es dependiente además del poder social, cultural, económico y político en que un grupo de menor poder, por ejemplo, pacientes con enfermedad mental, se puede diferenciar de otro de mayor poder, como los psiquiatras, haciendo la separación entre “ellos y nosotros”. En este ejemplo los pacientes mentales no tienen el poder para traspasar sus prejuicios o ideas con consecuencias discriminatorias graves, ni los psiquiatras se encontrarían dañados por las opiniones que los pacientes tienen de ellos (10,12).

Al colocar el énfasis en la discriminación, Link logra identificar cuatro principales formas de discriminación:

1.- Discriminación directa o Individual es la forma clásica de relación entre el etiquetado los estereotipos y la discriminación. En ella, un individuo A discrimina a uno B basado en actitudes o estereotipos relacionados con una etiqueta aplicada a la persona B.

2.- Discriminación estructural se refiere a la discriminación existente en reglas, leyes e instituciones públicas o privadas que restringen derechos y oportunidades de las personas.

3.- Discriminación que opera a través del individuo estigmatizado, suele ser una forma insidiosa de auto discriminación que se produce cuando los individuos notan que se les ha etiquetado negativamente. El resultado puede ser interacciones sociales tensas e incómodas, pocas redes sociales, baja autoestima, síntomas depresivos y desempleo (14,15).

4.- Discriminación interaccional, surge durante la interacción social entre individuos. Se ha demostrado la existencia de diferencias sustanciales en la influencia social y la distancia social entre individuos cuando existe un proceso de estigmatización.

El estudio de Link del año 2001 establece que la discriminación y el estigma pueden ser grandes predictores de una baja autoestima, pues la asociación encontrada entre las dos variables, estigma y autoestima, son muy fuertes (15).

## **2. Enfoque Psicosocial**

De acuerdo con los modelos psicosociales, el estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social. Los estereotipos, prejuicios y la discriminación.

1.- Estereotipos: Se incluyen estructuras de conocimientos que son aprendidas por la mayor parte de los miembros de una sociedad y que representan un acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas, es decir, las creencias sobre ese grupo.

2.-Prejuicios: Cuando los estereotipos se aplican, se experimentan reacciones emocionales negativas, poniendo en marcha los “*prejuicios*” sociales, que se ponen de manifiesto en forma de actitudes y valoraciones.

3.- Discriminación: Todos aquellos comportamientos de rechazo que ponen a las personas con enfermedad mental en situación de desventaja social. (16, 17, 18, 19)

En esta línea, es Patrick Corrigan quien ha realizado los mayores aportes a la investigación y al conocimiento. Para Corrigan el impacto del estigma es doble y logra distinguir el “estigma público”, que corresponde a la reacción que tiene la población en general a las personas con enfermedad mental, del “estigma internalizado o auto-estigma”, que es el prejuicio que las personas con enfermedad mental vuelven contra sí mismos. Ambos, estigma público e internalizado pueden entenderse en términos de los tres componentes antes mencionados: estereotipos, prejuicios y discriminación (Tabla N°1) (19).

---

<b>Estigma público</b>	
<b>Estereotipo</b>	Creencia negativa acerca de un grupo (ej. Peligrosidad, debilidad de carácter, incompetencia)
<b>Prejuicio</b>	Acuerdo con la creencia y/o la reacción emocional negativa (ej. Rabia, miedo)
<b>Discriminación</b>	Comportamiento de respuesta al prejuicio (ej. Evitación, Retener las oportunidades de empleo y vivienda)

---

<b>Auto Estigma</b>	
<b>Estereotipo</b>	Creencia negativa acerca de sí mismo (ej. debilidad de carácter, incompetencia)
<b>Prejuicio</b>	Acuerdo con la creencia, reacción emocional negativa (ej. baja autoestima, baja autoeficacia)
<b>Discriminación</b>	Comportamiento de respuesta al prejuicio (ej. fracaso en conseguir oportunidades de empleo y vivienda)

---

Tabla 1: **Comparación y contraste de la definición de estigma público y auto estigma:** Tomada de *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*. Corrigan y Watson 2002

Los estereotipos, prejuicios y discriminaciones asociadas a la enfermedad mental pueden privar a quienes la padecen de oportunidades que pueden resultar esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal (19, 20).

Corrigan señala que la sociedad en general, infiere que una persona es portadora de una enfermedad mental a partir de la observación de 4 grupos de signos y luego tiende a reaccionar en forma estigmatizadora frente a ellos (21). Los signos que Corrigan señala son: síntomas psiquiátricos, los déficits en las habilidades sociales, la apariencia física y las etiquetas. Las etiquetas pueden ser asignadas por otros, auto designadas o por asociación. El efecto de las etiquetas fue detallado anteriormente al hacer referencia a los aportes de Link.

#### **IV. DIMENSIONES DEL ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL**

Al referirse al estigma asociado a enfermedad mental, la psicología social distingue cuatro niveles que interactúan entre sí. El estigma social o público, el estigma familiar, el estructural o institucional y el estigma internalizado o auto-estigma (4).

El “estigma social o publico” se refiere al estigma de la población general respecto a distintos grupos o características de las personas. En relación a la enfermedad mental Corrigan señala que la sociedad parece desaprobador más a personas con discapacidades psiquiátricas que aquellas que padecen de una enfermedad física (19).

El estigma de o desde la familia, se manifiesta cuando hay una devaluación social por asociación a un paciente o, cuando es la propia familia la que estigmatiza (6).

El “estigma estructural o institucional”, se refiere a discriminación existente en reglas, leyes e instituciones, públicas o privadas, que restringen derechos y oportunidades de grupos estigmatizados incluso en la ausencia de discriminación intencionada por parte de las personas (10).

El estigma internalizado o auto-estigma corresponde a “la internalización de valores y normas sociales ligadas a estas, que afectan negativamente la calidad de vida y el autoestima e incrementa el auto-desprecio de los pacientes” (2,3). Sus consecuencias se observan en el bajo uso de servicios, en el aumento de la severidad de los síntomas depresivos, malestar emocional, baja adherencia al tratamiento y desintegración social (4).

## **V. INSTRUMENTOS PARA MEDIR ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL**

Existen numerosas escalas que han sido creadas y ampliamente utilizadas para medir las diferentes dimensiones del estigma en la enfermedad mental. En una completa revisión bibliográfica de 127 artículos, Livingston y Boyd en el 2010, determinaron que “*Perceived Devaluation and Discrimination Scale*” (PDD) es el instrumento más utilizado (42%), seguido de “*Internalized Stigma of Mental Illness*” (ISMI) (22%), “*The Self-Stigma of Mental Illness Scale*” (SSMIS) (17,8%) y “*Consumer Experiences of Stigma Questionnaire*” (CESQ) (13,3%). (3)

### **1. Perceived Devaluation and Discrimination Scale - PDD (Link 1987)**

“*Perceived Devaluation and Discrimination Scale (PDD) original*” es una escala unidimensional de 12 preguntas, de tipo Likert, con 6 puntos que van desde “muy en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”, y que busca medir el estigma social inducido por la enfermedad mental o aquellas creencias acerca de la desvaloración/discriminación que experimenta una persona por el hecho de padecer una enfermedad mental. Los ítems están escritos de tal forma que cualquier persona puede responder a ellos, y no sólo aquellas que padezcan de una enfermedad mental.

Fue creada por Link y col. en 1987 para probar hipótesis relacionadas con la “teoría del etiquetado modificado”. La medida buscaba relacionar los efectos que el estigma provoca en las personas con enfermedad mental en términos de nivel de ingresos, situación laboral y desmoralización (22).

Para probar las predicciones de ese estudio los investigadores se realizaron dos grandes preguntas: si el efecto de la devaluación y la discriminación (desmoralización, ingreso del trabajo, y situación laboral) es

significativo en aquellos grupos en los que se preveía y si estos efectos diferirían significativamente de los efectos encontrados en los demás grupos.

El estudio incorporó una muestra de residentes de la comunidad (N=429) y de pacientes psiquiátricos (N= 164) de la localidad de “Washington Heights” de la ciudad de Nueva York entre 1980 y 1983.

La medida fue formulada comparando las respuestas de 5 grupos de personas: pacientes psiquiátricos que experimentaron su primera consulta (n=61), pacientes psiquiátricos con varias consultas (n=115), residentes de la comunidad que reportaban haber estado, pero no actualmente en tratamiento (n=95), residentes de la comunidad que fueron clasificados como “casos no tratados” sobre la base de evaluaciones sistemáticas de su sintomatología (n=142) y residentes de la comunidad sin evidencia de patología severa y sin historia de tratamiento (n=169).

Los 5 grupos de pacientes variaban en tres principales aspectos: El primero y más importante era si el individuo había sido “etiquetado” al estar expuesto a tratamiento. El segundo eran sus niveles de psicopatología, donde aquellos sometidos a una consulta o varias consultas experimentaban problemas psiquiátricos graves, los “no tratados” tenían niveles de psicopatología lo suficientemente altos como para parecerse a los pacientes psiquiátricos graves, aquellos que alguna vez estuvieron en tratamiento eran mixtos, algunos sintomáticos otros no, y finalmente estaban los residentes sin evidencia de sintomatología o que no estuvieron en tratamiento. El tercer aspecto en que variaban estos grupos de pacientes era en el nivel de exposición al etiquetado. Mientras que, para el grupo sometido a un contacto, la experiencia era relativamente nueva, para aquellos que habían sido sometidos a varios contactos existía ya una historia de haber sido “etiquetados o

marcados”. Para aquellos en que la experiencia era nueva, existía la creencia de que la devaluación y la discriminación los podía afectar poderosamente, sin embargo, debido a que su experiencia era nueva, factores como los ingresos obtenidos en el año anterior no se afectarían por el etiquetado. Por su parte, los pacientes con múltiples consultas difirieron de los pacientes con una sola consulta, en que su ingreso en el trabajo y el empleo podrían ser afectados con el tiempo debido a la repetición de las consultas (Tabla 2).

	Pacientes con 1 consulta	Pacientes con varias consultas	Residentes antes tratados, pero no actualmente	No tratados	Residentes sin evidencias de patología
<b>Actualmente en tratamiento</b>	SI	SI	NO	NO	NO
<b>Tratamiento previo</b>	NO	SI	SI	NO	NO
<b>Nivel de psicopatología</b>	ALTO	ALTO	MIXTO	ALTO	BAJO
<b>Predicción de efectos de devaluación y discriminación dentro del grupo.</b>	Efecto esperado significativo	Efecto esperado significativo	Efecto esperado débil- residual etiquetado anterior	Sin efecto esperado	Sin efecto esperado
<b>Predicción de efectos de devaluación y discriminación en el trabajo y el ingreso.</b>	Sin efecto esperado – sin historia de etiqueta	Efecto esperado significativo	Efecto significativo esperado pero menor que en pacientes con varias consultas y en tratamiento.	Sin efecto esperado	Sin efecto esperado

Tabla 2: **Efectos hipotéticos de las creencias de devaluación y discriminación.** Tomada de “*Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection*”. Link 1987.

La medida mostró una consistencia interna general de ( $\alpha=.78$ ), así como entre los pacientes con una primera consulta ( $\alpha= .79$ ), consultas a repetición ( $\alpha= .82$ ), ex pacientes ( $\alpha= .83$ ), casos no tratados ( $\alpha= .73$ ), y miembros de la comunidad ( $\alpha= .73$ ).

La validez de la medida de las expectativas de devaluación y la discriminación descansa en gran medida en la validez de los elementos que lo componen. Las correlaciones entre la escala y el sesgo de aquiescencia (responder repetitivamente que sí) fueron bajas y no significativas en la muestra general y en los subgrupos, lo que indicaba que el constructo utilizado no estaba contaminado por el método.

Finalmente, esta investigación primero, probó que en concordancia con la etapa 1 de la teoría del etiquetado modificada, los pacientes en general tienden a compartir la creencia de que los enfermos mentales son devaluados y discriminados por la mayoría de la gente, y que en concordancia con la etapa 2 y 4 el etiquetado hizo que las creencias fuesen personalmente relevantes. Específicamente, Link encontró que incluso cuando el diagnóstico y las variables demográficas relevantes fueron constantes, los “etiquetados” tenían la percepción de verse afectados en aspectos como de desmoralización, nivel de ingresos y empleo. Esto permitió concluir que la percepción de devaluación y discriminación no debería tener ningún impacto en el funcionamiento social o psicológico de personas que nunca han sido identificados como enfermo mental. Bajo este supuesto, la falta de la etiqueta, haría que, para el individuo, la creencia de devaluación y discriminación no tenga relevancia personal (22, 13).

Estableció además que no hay razón de peso para vincular la severidad de la condición psiquiátrica a la percepción de rechazo que probable experimente un paciente portador de una enfermedad mental. Asimismo, los grupos que diferían radicalmente en su condición psiquiátrica, eran indistinguibles en lo referente a la medida de las expectativas de discriminación y devaluación. La falta de asociación entre la condición psiquiátrica y medida de discriminación y devaluación de la muestra mostró que el primero no podía ser considerado un factor de confusión.

Posteriormente, en el año 1989, Link y Cols, amplía su estudio en dos aspectos. Primero, añade un análisis acerca de las medidas de afrontamiento esbozadas en la etapa 3 de su teoría (el secreto, la retirada, la educación) y examina su impacto y, en segundo lugar, se extiende la prueba a otro conjunto de variables mediante el estudio de las redes de apoyo social de los etiquetados y los no etiquetados.

Para la medición de aspectos concebidos en la etapa 3 incluye la aplicación de tres escalas cuyos ítems fueron contestados con el mismo formato Likert de seis puntos utilizada para la medida de devaluación-discriminación. Los ítems fueron recodificados de modo que una puntuación alta indica respaldo hacia una manera de afrontamiento. Se aplicó asimismo una medida de redes de apoyo social donde se consultó a los encuestados respecto de aspectos como si tuvieron apoyo durante el pasado año en nueve áreas de actividad tales como el cuidado de los niños, cuidado de la casa, discusión de problemas personales, préstamos de dinero y actividades de recreación social.

Se trató de la misma muestra utilizada en su trabajo anterior, solo que esta vez se analizaron los nuevos aspectos ya mencionados (12).

Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes con creencias de desvaloración y discriminación se sienten amenazados por la interacción con los demás. Asimismo, pueden seguir su tratamiento en secreto, tratar de educar a otros acerca de su situación, o aislarse de contactos sociales que perciben como potenciales rechazadores y avalan estas estrategias para hacer frente a las amenazas. Estas estrategias de afrontamiento pueden conducir a consecuencias negativas para su red de apoyo social, empleo y la autoestima. Por último, las redes de apoyo social de los pacientes se ven afectadas en la medida en que temen el rechazo y por las respuestas de afrontamiento que adopten para hacer frente a su estado “estigmatizado” (12).

## 1.1 Perceived Devaluation and Discrimination Scale (Link 1997)

En 1997, Link y Cols. realizaron un estudio para verificar las consecuencias del estigma en personas con trastornos mentales asociados a abuso de sustancias, y si estas consecuencias persistían incluso cuando el tratamiento efectivamente reducía el uso de ellas (alcohol y drogas) y los síntomas relacionados al trastorno mental del paciente. En este estudio los autores plantearon una modificación de la escala de Link de 1987.

Para evaluar el estigma asociado a ambos, es decir abuso de sustancias y trastorno mental, se utilizaron 8 ítems del instrumento PDD original (Link, 1987) en el cual se asocia el estigma a la enfermedad mental, 7 de los cuales se replicaron asociando el estigma al abuso de sustancias. Finalmente se obtuvo un instrumento de 15 ítems en total.

Para demostrar su predicción, los autores reunieron una muestra de 84 hombres (N=84) quienes habían completado un año de tratamiento, 48 de ellos en comunidades terapéuticas y 36 en residencias comunes. Un 33% de ellos eran afroamericanos, 23 % hispanos y el 14% restante eran blancos u otro. La media de edad fue de 34 años. La mayoría de los hombres tenía el diagnóstico de desorden no afectivo y un 14% trastornos del ánimo y el resto otros diagnósticos.

Al inicio de su investigación llamó su atención la vasta documentación respecto a los efectos positivos del tratamiento de salud, mental en el corto plazo. Fue así como se preguntaron respecto a los efectos negativos compensatorios de los mismos por ejemplo el estigma.

La evidencia además mostraba que los beneficios del tratamiento se disipaban con el paso del tiempo y que, como resultado, otros procesos tienden a funcionar simultáneamente para compensar los beneficios de éste. Lo anterior, los llevó a plantearse la hipótesis de que el estigma puede tener efectos duraderos sobre los síntomas depresivos, incluso en el contexto de las intervenciones de salud y de abuso de sustancias.

En apoyo a su hipótesis los investigadores encontraron que la percepción de discriminación y devaluación y las experiencias de discriminación seguían afectando a los pacientes de manera desfavorable, sin embargo, éstos en general presentaron mejoría, presumiblemente en respuesta a los efectos positivos del tratamiento.

Cabe mencionar que en ese estudio Link además midió otras variables como experiencias de rechazo, estrategias de afrontamiento, síntomas depresivos y otros aspectos derivados de la condición psiquiátrica de los pacientes (23).

## **2. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI):**

ISMI, es una escala multidimensional que busca medir la experiencia subjetiva del estigma en personas con enfermedad mental o autoestigma. Cuenta con 29 preguntas en escala Likert de 4 puntos, que va desde “muy en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo” que se agrupan en 5 dimensiones: a) alienación que busca medir la experiencia subjetiva de no ser un miembro pleno de la sociedad y poseer una “Identidad Deteriorada”, b) asignación de estereotipos, que busca medir el grado en que los entrevistados asumen suyos los estereotipos acerca de las personas con enfermedad mental, c) experiencia de discriminación, o el modo en que son tratados por los “otros”, d) aislamiento social que busca identificar las estrategias utilizadas para “evitar” el contacto

social, y e) resistencia al estigma que tiene por objeto describir la experiencia de resistir al estigma o de no sufrir las consecuencias del él. (3,13,18)

En la revisión de Livingston y Boyd la consistencia interna del ISMI en los estudios incluidos fue de  $\alpha = 0,85$  (3).

### **3. Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS)**

“*Self-Stigma of Mental Illness Scale*” (SSMIS) es una escala que mide percepción de estigma y también auto estigma. Consta de 40 ítems calificados en escala Likert de 9 puntos que van de “totalmente en desacuerdo” a “muy de acuerdo” y que se agrupan en cuatro dimensiones. En promedio, los estudios que utilizan SSMIS reportaron un coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach de 0,84 (3,18).

### **4. Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ)**

“*Consumer Experiences of Stigma Questionnaire*” (CESQ) es una escala bidimensional que mide experiencias de estigma y discriminación hacia quienes padecen una enfermedad mental. Cuenta con 21 preguntas en escala Likert de 5 puntos que va desde “nunca” a “muy a menudo” y que se agrupan en dos dimensiones: estigma (9 ítems) y discriminación (12 ítems). Los procesos subjetivos que se miden en CESQ son acerca del concepto de estigma internalizado. La consistencia interna promedio que mostraron los estudios analizados por Livingston y Boyd muestra un Alpha de = 0,78. (3,18)

Para la presente investigación, cuyo objetivo central es la validación y a largo plazo contar con un instrumento que permita medir la percepción de discriminación y devaluación de pacientes con enfermedad mental, se ha elegido la escala creada por Bruce Link en 1987 en su versión modificada del año 1997.

Se trataría de un instrumento unidimensional, de 8 ítems, de fácil aplicación, y que a diferencia de los que fueron descritos anteriormente puede ser aplicado a cualquier persona y no solo a aquellas que padezcan una enfermedad mental. Tiene buenas propiedades psicométricas, con una consistencia interna que puede llegar a un  $\alpha = 0.88$  por lo que hasta ahora es la escala más utilizada para medir percepción de estigma.

## **VI. OBJETIVOS**

### **1. Objetivo general**

Validar el instrumento “*Perceived Devaluation and Discrimination Scale*” para la población de personas con diagnóstico de Esquizofrenia y trastornos mentales afines, en Chile.

### **2. Objetivos específicos**

1. Adaptar y validar semánticamente la versión traducida del instrumento “Perceived Devaluation and Discrimination Scale” al contexto cultural local.
2. Evaluar las propiedades psicométricas del instrumento “Perceived Devaluation and Discrimination Scale”.

## **VII. METODOLOGÍA:**

### **1. Diseño de investigación:**

Se realizó un estudio de tipo transversal que incluyó a personas con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos mentales afines, que se encontraban en tratamiento ambulatorio en servicios de psiquiatría y salud mental, del sistema público de salud en Chile.

### **2. Universo**

El universo corresponde a todas las personas con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos mentales afines (códigos F20 y F25 de la CIE-10), mayores de 18 años, beneficiarios del sistema público de salud en Chile y que se encuentran en tratamiento ambulatorio en diferentes servicios de psiquiatría y salud mental, del país.

### **3. Muestra**

La selección de la muestra fue de tipo no probabilística, y la estrategia de muestreo fue por conveniencia ya que se invitó a los usuarios a participar del estudio en los centros que dieron apoyo a esta investigación, la que se realizó en las regiones de Valparaíso, Metropolitana, del Maule y de Los Lagos, con el propósito de evaluar este instrumento en diferentes contextos culturales del país. El tamaño de la muestra fue determinado por el número de ítems a evaluar, y se utilizó el criterio de 10 personas por ítem, por lo que en el caso de PDD que cuenta con 8 ítems, se determinó una muestra mínima de 80 personas (n=80)

Se utilizaron los siguientes criterios de exclusión:

- ✓ Ser menor de 18 años.

- ✓ Tener psicopatología psicótica activa al momento de la entrevista.
- ✓ Coexistencia de retraso mental, demencia u otro cuadro orgánico cerebral severo.

#### **4. Descripción del instrumento:**

El instrumento "*Perceived Devaluation and Discrimination Scale (PDD)*" en su versión de 1997 es, una escala unidimensional de 8 preguntas, con respuestas en escala Likert de 4 puntos que va desde "muy en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo" y que busca medir el estigma social inducido por la enfermedad mental o aquellas creencias acerca de la devaluación y discriminación que experimenta una persona por el hecho de padecer una enfermedad mental. Los 8 ítems que contiene el instrumento, son los descritos en el estudio de Link de 1997 que relacionaron el estigma a la enfermedad mental. (Pág. 20, 1.1). Los ítems están escritos de tal forma que cualquier persona puede responder a ellos, y no sólo aquellas que padezcan de una enfermedad mental. El resultado se calcula sumando el puntaje total de los reactivos y dividiéndolo por 8 que es el número de ítems que componen el instrumento y se considera que un mayor puntaje implica una mayor percepción de estigma social.

#### **5. Validación del instrumento**

La versión traducida al español del instrumento, fue proporcionada por el equipo de la Red Regional de Investigación de Salud Mental de América Latina.

##### **5.1 Adaptación semántica**

Esta etapa busca estudiar el grado en que las preguntas (ítems) son bien comprendidas por los encuestados y, por tanto, recogen satisfactoriamente la información de aquella característica que se busca medir. El objetivo es recoger

sus apreciaciones respecto a la forma en que están redactadas las preguntas, cambio de palabras, uso de giros idiomáticos, uso de sinónimos, facilitar la comprensión, etc.; solicitándoles además sugerencias respecto a la forma en que las preguntas debían ser redactadas y aplicadas en caso de tener observaciones.

El trabajo de terreno fue realizado por una psicóloga especialmente entrenada para hacer pregunta por pregunta, registrando toda la información relacionada a la comprensión de lectura, la redacción, la presencia de palabras de difícil comprensión, etc.

La primera versión preliminar del instrumento fue aplicada a una muestra de 10 pacientes (5 mujeres y 5 hombres) con diagnóstico de esquizofrenia. Las edades de los participantes fluctuaron entre 34 y 53 años de edad. La muestra incorporó personas con escolaridad variada.

#### *5.1.1 Cambios en las preguntas a partir de la fase de adaptación semántica*

La tabla 3 muestra la pregunta original (primera versión preliminar de la encuesta), las observaciones que surgieron durante la aplicación de la encuesta y la forma en que quedó la pregunta para la versión definitiva del instrumento en español. Se puede observar que posterior a la aplicación de la encuesta y al análisis de las observaciones, se decidió no introducir cambios a las preguntas manteniendo la versión preliminar.

### Percepción de la discriminación / desvalorización

Versión original de las preguntas	Observaciones	Versión final de las preguntas
La mayoría de la gente cree que no se puede confiar en los pacientes psiquiátricos	Sin observaciones	La mayoría de la gente cree que no se puede confiar en los pacientes psiquiátricos.
La mayoría de las mujeres no se casarían con un hombre que ha sido paciente en un hospital psiquiátrico	1 entrevistado preguntó cuántas hospitalizaciones psiquiátricas son necesarias para considerarse un paciente psiquiátrico.  <i>Se desestimó dado que resto de los entrevistados comprendió el sentido del reactivo.</i>	La mayoría de las mujeres no se casarían con un hombre que ha sido paciente en un hospital psiquiátrico.
La mayoría de la gente cree que una persona que ha sido internado por una enfermedad mental es peligrosa	Sin observaciones	La mayoría de la gente cree que una persona que ha sido internado por una enfermedad mental es peligrosa
La mayoría de la gente mira en menos a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental	Sin observaciones	La mayoría de la gente mira en menos a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental
La mayoría de la gente menosprecia a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental.	Sin observaciones	La mayoría de la gente menosprecia a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental.
La mayoría de la gente piensa que los enfermos mentales son tan inteligentes como el común de las personas	Sin observaciones	La mayoría de la gente piensa que los enfermos mentales son tan inteligentes como el común de las personas
La mayoría de los empleadores no contratan a una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental	Sin observaciones	La mayoría de los empleadores no contratan a una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental
Mucha gente le tiene miedo a las personas que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos	Sin observaciones	Mucha gente le tiene miedo a las personas que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos

Tabla 3: Cambios en las preguntas a partir de la fase de adaptación semántica

## 5.2 Aplicación de la versión final del instrumento

La versión final en español del instrumento “Escala de percepción de la Discriminación y Desvaloración”, fue aplicada a un grupo de 231 pacientes (n=231) con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos mentales afines que se atendían en los servicios de salud públicos de las regiones de Valparaíso, Metropolitana, del Maule y los Lagos. El tiempo estimado de respuesta de este cuestionario fue alrededor de 10 minutos por entrevistado.

## **6. Plan de Análisis:**

La evaluación de las propiedades psicométricas del instrumento, comprendió:

### 6.1 Heterogeneidad de los ítems

Para determinar la heterogeneidad de los ítems se analizó la distribución de las respuestas en cada uno de ellos, para verificar la variabilidad de éstas. Para el análisis, se utilizó el criterio de que un ítem sería considerado como heterogéneo si no contuviese más del 80% de las respuestas en una sola de las cuatro opciones de respuesta posible. De esta manera, si el ítem llegara a concentrar más del 80% de las respuestas en una sola opción, esta sería una consideración en los análisis posteriores.

### 6.2 Correlación ítem – escala

Considerando la naturaleza categórica de las respuestas a los ítems (escala tipo Likert 0-4), el análisis para la correlación ítem - escala se realizó mediante la Prueba de Spearman, entre el puntaje del ítem y del instrumento

que en este caso es unidimensional. Se espera que dichas correlaciones sean positivas y estadísticamente significativas

La regla de decisión establecida señala que si  $p \leq 0.05$  se rechaza la hipótesis nula  $H_0$ , que establece que no hay relación entre las variables estudiadas.

### 6.3 Validez de Constructo

El término constructo hace referencia a un concepto teórico psicológico inobservable (ej. la inteligencia.). La validez de constructo es un concepto complejo que se refiere al grado en que un instrumento cumple con las hipótesis que cabría esperar para que dicho instrumento mida lo que desea medir.

Las fuentes de evidencia de validez de los test pueden ser internas o externas. Las internas se relacionan con el test y sus componentes, mientras que las externas pueden ser por ejemplo aquellas puntuaciones derivadas de otros test que miden constructos semejantes o diferentes.

#### *6.3.1 Análisis basado en estructura interna del test*

Para la evaluación o determinación de la validez de constructo basado en la estructura interna del test se utilizó el análisis factorial exploratorio (AFE), que es un método estadístico para analizar intercorrelaciones entre datos observables o, dicho en otras palabras, un método para agrupar variables en torno a factores que se correlacionan fuertemente entre si y cuyas correlaciones con otros factores es menor. Esta técnica basada en datos empíricos, intenta descubrir la estructura subyacente que poseen los test.

Para esto, se procedió a realizar un análisis factorial de componentes principales, con rotación ortogonal de tipo Equamax. Este método de rotación es una combinación de método Varimax (que simplifica los factores) y el método Quatrimax (que simplifica las variables); se minimiza tanto el número de variables que saturan alto en un factor, como el número de factores necesarios para explicar una variable.

La pertinencia de realizar un AFE, se evaluó previamente determinando el índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Oklin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett. El índice KMO, es la comparación entre los coeficientes de correlación de Pearson de dos variables y los coeficientes de correlación parcial para esas mismas dos variables. El KMO toma valores entre 0 y 1; y se estimó que valores menores a 0,6 indican que el análisis factorial no es una buena alternativa, puesto que la correlación entre las variables es baja.

En la prueba de esfericidad de Bartlett, que mide la asociación entre variables y cuya hipótesis nula estima que no hay asociación entre variables, se estableció que valores menores a 0,05 significarían que el modelo de AFE es adecuado (se rechaza la hipótesis nula).

### *6.3.2 Análisis de evidencia basado en estructura externa del test*

Se realizó a través de la verificación de la validez convergente o discriminante, la que busca evidenciar que el test en cuestión mide efectivamente el constructo que se desea medir al correlacionarse con otros test reconocidos que miden el mismo constructo y no relacionarse con otros test que miden constructos diferentes. Para ello, se aplicó conjuntamente al *“Internalized stigma of Mental Illness (ISMI)”* (J. Boyd et al, 2003) que mide auto estigma en la enfermedad mental, cuya versión chilena (aplicada en este estudio), corresponde a un trabajo de tesis de Maestría en Salud Pública de la

Universidad de Chile, donde se buscó su adaptación y validación en Chile. Dicho instrumento ha sido ampliamente utilizado para medir auto estigma el cual se asocia positivamente al estigma social inducido por la enfermedad mental, tal como fue señalado en el Marco Teórico de esta Tesis. La hipótesis de estudio señala que al comparar los puntajes obtenidos en ambos instrumentos, se encuentre correlación positiva y estadísticamente significativa entre ellos. Es decir, a mayor estigma público (PDD), mayor estigma internalizado (ISMI).

#### 6.4 Consistencia interna u homogeneidad

Se refiere a si los ítems que conforman una escala, tienen adecuados niveles de correlación entre ellos, conforman una estructura “aglutinada” que le confiere estabilidad al instrumento y por ende permite asegurar que miden el mismo constructo o dimensión teórica.

La medición de la consistencia interna se realizó mediante la determinación del Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach. Se consideró que un valor del  $\alpha$  mayor o igual a 0,70 sería un buen indicador de consistencia interna, valores entre 0,60 y 0,70 fueron considerados aceptables y valores inferiores a 0,60 determinarían la eliminación del factor.

## **VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Dadas las características del estudio se han fijado tres consideraciones éticas de relevancia.

1. El ingreso al estudio fue voluntario e informado, para lo cual se creó un consentimiento informado que el paciente revisó cuidadosamente para firmar y ser incorporado al estudio.
2. Toda la información recopilada fue manejada en forma confidencial y únicamente para fines de la investigación lo que fue incorporado explícitamente en el consentimiento informado. Es importante recalcar que las bases de datos no registran nombres, ni RUT u otras formas de identificación de las personas.
3. El proyecto fue aprobado por el “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

## **IX. RESULTADOS DEL ESTUDIO PSICOMÉTRICO DEL INSTRUMENTO:**

### **1. Descripción de la población estudiada**

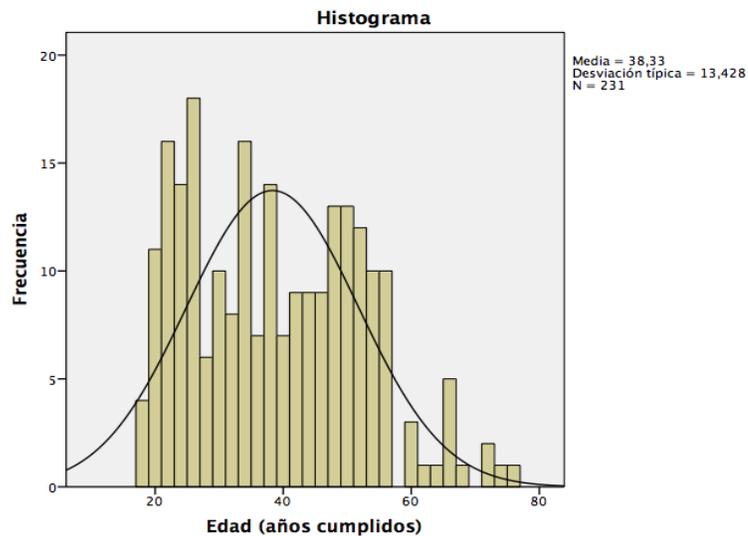
El instrumento fue aplicado a una muestra de 231 pacientes con esquizofrenia y trastornos mentales severos no institucionalizados de las regiones décima, sexta, metropolitana y quinta, atendidos en servicios de psiquiatría de la red pública de salud. La presencia de pacientes de diferentes regiones del país le ofrece a esta investigación la posibilidad de asegurar la diversidad de la muestra en términos culturales.

A continuación, se presenta una descripción de las variables sociodemográficas de la muestra estudiada según distribución sexo, edad, nivel educacional, red familiar, situación laboral y estado civil.

De la muestra obtenida 122 pacientes (52,8%) eran varones y 109 (47,2%) mujeres, lo que demuestra una distribución similar entre ambos sexos.

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Sexo</b>	Hombre	122	52,8
	Mujer	109	47,2
<b>Total</b>		231	100

La edad del grupo fluctuó entre los 18 y 76 años, con una media de 38,3 años y una desviación standad de +/- 13,4. La mediana fue de 38 años con una desviación hacia la izquierda, es decir pacientes más jóvenes.



Respecto al nivel educacional, solo un 19,5% aseguró tener algún tipo de educación superior (técnica o universitaria), el 43,3% señaló haber cursado estudios de enseñanza media, un 33,0 % educación básica y solo un 3,9 % no tenía educación formal. Para todos los niveles educacionales, la distribución entre hombres y mujeres fue similar excepto en los universitarios que resultaron ser más hombres.

**Tabla 5: Nivel educacional por Sexo**

		Sexo		Total	
		Hombre	Mujer		
<b>Nivel educacional</b>	Sin educación formal	Frecuencia	4	5	9
		Porcentaje (%)	3,3%	4,6%	3,9%
	Básica	Frecuencia	38	39	77
		Porcentaje (%)	31,1%	35,8%	33,3%
	Media	Frecuencia	53	47	100
		Porcentaje (%)	43,4%	43,1%	43,3%
	Técnica superior	Frecuencia	18	15	33
		Porcentaje (%)	14,8%	13,8%	14,3%
	Universitaria	Frecuencia	9	3	12
		Porcentaje (%)	7,4%	2,8%	5,2%
<b>Total</b>	Frecuencia	122	109	231	
	Porcentaje (%)	100%	100%	100%	

En cuanto a la distribución familiar, se consultó a los encuestados “*con quienes vivían al momento de la entrevista*”. Se pudo observar que la mayoría de ellos, esto es un 69,7%, vivían con sus padres u otro familiar, un 16,1% que señalaron vivir con su esposo/a o en pareja, un 5,2% en un hogar protegido, mientras que un 7,8% vivían solos.

**Tabla 6: Red Familiar por Sexo**

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
<b>Solo/a</b>	Frecuencia	7	11	18
	Porcentaje (%)	5,7%	10,1%	7,8%
<b>Con el/la esposo/a</b>	Frecuencia	11	15	26
	Porcentaje (%)	9,0%	13,8%	11,3%
<b>En pareja</b>	Frecuencia	5	6	11
	Porcentaje (%)	4,1%	5,5%	4,8%
<b>Con los padres</b>	Frecuencia	61	42	103
	Porcentaje (%)	50,0%	38,5%	44,6%
<b>Con otros familiares</b>	Frecuencia	30	28	58
	Porcentaje (%)	24,6%	25,7%	25,1%
<b>En un hogar protegido</b>	Frecuencia	6	6	12
	Porcentaje (%)	4,9%	5,5%	5,2%
<b>Con otros</b>	Frecuencia	1	1	2
	Porcentaje (%)	0,8%	0,9%	0,9%
<b>Otro</b>	Frecuencia	1	0	1
	Porcentaje (%)	0,8%	0%	0,4%
<b>TOTAL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>122</b>	<b>109</b>	<b>231</b>
	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

En relación a la situación laboral, se observó que un porcentaje importante de ellos, esto es un 31,2%, eran jubilados o pensionados, un 17,3% se encontraban cesantes, un 13,4% tenía trabajo ocasional, un 11,7% se desempeñaba como dueña/o de casa, de la cual la mayoría eran mujeres, mientras que solo un 15,6% de los encuestados tenía un trabajo estable y remunerado. Un porcentaje menor eran estudiantes (5,6%), de los cuales una proporción mayor eran hombres.

<b>Tabla 7: Situación Laboral por Sexo</b>				
		<b>Sexo</b>		
		<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
<b>Dueño/a de casa</b>	Frecuencia	9	18	27
	Porcentaje (%)	7,4%	16,5%	11,7%
<b>Estudiante</b>	Frecuencia	10	3	13
	Porcentaje (%)	8,2%	2,8%	5,6%
<b>Jubilado/a o pensionado/a</b>	Frecuencia	35	37	72
	Porcentaje (%)	28,7%	33,9%	31,2%
<b>Trabajo ocasional o inestable</b>	Frecuencia	16	15	31
	Porcentaje (%)	13,1%	13,8%	13,4%
<b>Trabajo estable o empleado</b>	Frecuencia	16	20	36
	Porcentaje (%)	13,1%	18,3%	15,6%
<b>Cesante</b>	Frecuencia	30	10	40
	Porcentaje (%)	24,6%	9,2%	17,3%
<b>Otro</b>	Frecuencia	6	6	12
	Porcentaje (%)	4,9%	5,5%	5,2%
<b>Total</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>122</b>	<b>109</b>	<b>231</b>
	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Finalmente, respecto al estado civil, se pudo observar que la mayoría de los encuestados era soltero (69,3%), un 21,2% se encontraba casado o conviviente, un 6,9% se encontraba separado o anulado, y un porcentaje menor de un 2,6% señalaron ser viudos/as.

**Tabla 8: Estado civil por Sexo**

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
<b>Soltero/a</b>	Frecuencia	90	70	160
	Porcentaje (%)	73,8%	64,2%	69,3%
<b>Casado/a o conviviente</b>	Frecuencia	19	30	49
	Porcentaje (%)	15,6%	27,5%	21,2%
<b>Separado/a o anulado/a</b>	Frecuencia	8	8	16
	Porcentaje (%)	6,6%	7,3%	6,9%
<b>Viudo/a</b>	Frecuencia	5	1	6
	Porcentaje (%)	4,1%	0,9%	2,6%
<b>TOTAL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>122</b>	<b>109</b>	<b>231</b>
	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## **2. Análisis de propiedades psicométricas:**

Para el análisis estadístico de los datos como se describe a continuación, se utilizó el software SPSS 15.0

### **2.1 Heterogeneidad de los ítems**

Como muestra la Tabla 8, los 8 ítems del instrumento resultaron ser heterogéneos, vale decir, y como se explicó anteriormente, ninguno de ellos mostró más del 80% de las respuestas en una sola de las opciones, por lo que no habría evidencia que indique que se deba eliminar alguno de los ítems.

**Tabla 8: Heterogeneidad de los Ítems**

ÍTEM		Frecuencia	Porcentaje (%)
1. La mayoría de la gente cree que no se puede confiar en los pacientes psiquiátricos	Muy en desacuerdo	22	9,5%
	En desacuerdo	42	18,2%
	De acuerdo	108	46,8%
	Muy de acuerdo	59	25,5%
2. La mayoría de las mujeres no se casarían con un hombre que ha sido paciente en un hospital psiquiátrico	Muy en desacuerdo	27	11,7%
	En desacuerdo	67	29,0%
	De acuerdo	93	40,3%
	Muy de acuerdo	44	19,0%
3. La mayoría de la gente cree que una persona que ha sido internado por una enfermedad mental es peligrosa	Muy en desacuerdo	20	8,7%
	En desacuerdo	50	21,6%
	De acuerdo	98	42,4%
	Muy de acuerdo	63	27,3%
4. La mayoría de la gente mira en menos a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental	Muy en desacuerdo	20	8,7%
	En desacuerdo	50	21,6%
	De acuerdo	100	43,3%
	Muy de acuerdo	61	26,4%
5. La mayoría de la gente menosprecia a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental	Muy en desacuerdo	22	9,5%
	En desacuerdo	48	20,8%
	De acuerdo	108	46,8%
	Muy de acuerdo	53	22,9%
6. La mayoría de la gente piensa que los enfermos mentales son tan inteligentes como el común de las personas	Muy en desacuerdo	27	11,7%
	En desacuerdo	62	26,8%
	De acuerdo	99	42,9%
	Muy de acuerdo	43	18,6%
7. La mayoría de los empleadores no contratan a una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental	Muy en desacuerdo	14	6,1%
	En desacuerdo	44	19,0%
	De acuerdo	102	44,2%
	Muy de acuerdo	71	30,7%
8. Mucha gente le tiene miedo a las personas que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos	Muy en desacuerdo	15	6,5%
	En desacuerdo	33	14,3%
	De acuerdo	109	47,2%
	Muy de acuerdo	74	32,0%

## 2.2 Correlación ítem – escala

La Tabla 9 muestra que, en el análisis de correlación no paramétrico (prueba de Spearman), el coeficiente de correlación de cada ítem y la escala está asociado positiva y significativamente ( $p < 0,05$ ), dentro del instrumento. Sin embargo, es posible ver que en el ítem 6 dicha asociación positiva es más débil, con un coeficiente de correlación ( $\rho$ ) de 0,199, pero cuyo valor  $p$  muestra que esta correlación sigue siendo estadísticamente significativa.

**Tabla 9: Rho de Spearman**

<b>ÍTEM</b>		<b>Puntaje</b>
1. La mayoría de la gente cree que no se puede confiar en los pacientes psiquiátricos	Coeficiente de correlación	0,586**
	Significancia (bilateral)	<0,001
2. La mayoría de las mujeres no se casarían con un hombre que ha sido paciente en un hospital psiquiátrico	Coeficiente de correlación	0,573**
	Significancia (bilateral)	<0,001
3. La mayoría de la gente cree que una persona que ha sido internado por una enfermedad mental es peligrosa	Coeficiente de correlación	0,682**
	Significancia (bilateral)	<0,001
4. La mayoría de la gente mira en menos a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental	Coeficiente de correlación	0,765**
	Significancia (bilateral)	<0,001
5. La mayoría de la gente menosprecia a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental.	Coeficiente de correlación	0,570**
	Significancia (bilateral)	<0,001
6. La mayoría de la gente piensa que los enfermos mentales son tan inteligentes como el común de las personas	Coeficiente de correlación	0,199**
	Significancia (bilateral)	0,002
7. La mayoría de los empleadores no contratan a una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental	Coeficiente de correlación	0,702**
	Significancia (bilateral)	<0,001
8. Mucha gente le tiene miedo a las personas que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos	Coeficiente de correlación	0,741**
	Significancia (bilateral)	<0,001
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)		
*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)		

## 2.3 Validez de Constructo

### *2.3.1 Análisis basado en Estructura Interna del test*

Para el instrumento estudiado, el índice KMO fue de 0,807, vale decir muy bueno, lo que indica que el análisis factorial es una buena herramienta para modelar las relaciones entre las variables, mientras que la Prueba de esfericidad de Bartlett, tuvo un  $p < 0,001$ , lo que indica que existen correlaciones significativas entre los ítems (Tabla 10).

---

**Tabla 10 KMO y prueba de Bartlett**

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,807
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	503,397
	gl	28
	Sig.	<0,001

---

En la tabla 11 se muestran las comunalidades obtenidas para cada una de los ítems del instrumento, los cuales muestran valores superiores a 0,30, fluctuando entre 0,791 (ítem 6) y 0,368 (ítem 2). Por tanto, se espera que, al realizar el AFE, la varianza sea explicada por el conjunto de los factores extraídos.

<b>Tabla 11: Comunalidades</b>		
	<b>Inicial</b>	<b>Extracción</b>
<b>1. La mayoría de la gente cree que no se puede confiar en los pacientes psiquiátricos</b>	1,000	0,368
<b>2. La mayoría de las mujeres no se casarían con un hombre que ha sido paciente en un hospital psiquiátrico</b>	1,000	0,370
<b>3. La mayoría de la gente cree que una persona que ha sido internado por una enfermedad mental es peligrosa</b>	1,000	0,509
<b>4. La mayoría de la gente mira en menos a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental</b>	1,000	0,650
<b>5. La mayoría de la gente menosprecia a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental.</b>	1,000	0,496
<b>6. La mayoría de la gente piensa que los enfermos mentales son tan inteligentes como el común de las personas.</b>	1,000	0,791
<b>7. La mayoría de los empleadores no contratan a una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental</b>	1,000	0,636
<b>8. Mucha gente le tiene miedo a las personas que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos</b>	1,000	0,660

Respecto a la extracción de factores, existen reglas para saber el número más adecuado. Por ejemplo, la que se conoce como criterio de Kaiser que indica que hay que conservar los componentes principales cuyos valores son mayores a la unidad.

En nuestro instrumento, podemos observar en la Tabla 12 que a partir del componente número tres, el autovalor comienza a ser inferior a la unidad (Criterio de Kaiser), por lo que podemos estimar que el número de factores encontrados es dos. Los dos factores explicaban el 56% de la varianza, siendo el primer componente el que explica la mayor parte de ella.

<b>Tabla 12: Varianza Total Explicada</b>			
<b>Autovalores Iniciales</b>			
	<b>Total</b>	<b>% de la varianza</b>	<b>% acumulada</b>
<b>1</b>	3,340	41,748	41,748
<b>2</b>	1,141	14,259	56,007
<b>3</b>	,862	10,773	66,781
<b>4</b>	,707	8,840	75,621
<b>5</b>	,688	8,605	84,226
<b>6</b>	,559	6,982	91,208
<b>7</b>	,400	5,002	96,210
<b>8</b>	,303	3,790	100,00

Para la interpretación de la matriz factorial rotada, se asumió el criterio de que un reactivo o ítem pertenece a un determinado factor si su carga en el factor es mayor o igual a 0,3.

El análisis de componentes rotados (Tabla 13) mostró buenas cargas factoriales ( $r > 0,3$ ) para todos los ítems del primer componente que fluctuaron entre  $r=0,596$  (ítem 2) y  $r=0,806$  (ítem 4). El ítem 6 por su lado, mostró una carga factorial para el segundo componente de  $r=0,888$ , demostrando corresponder a un factor “diferente” al que componían todo el resto de los ítems de la escala que quedaron agrupados en el componente 1. Tanto el ítem 5 como el 7, mostraron cargas factoriales  $r > 0,3$ , sin embargo se mantuvieron en el componente 1 puesto que las cargas factoriales en ese componente eran mayores.

<b>Tabla 13: Matriz de Componentes Rotados<sup>a</sup></b>		
	<b>Componente</b>	
	<b>1</b>	<b>2</b>
1. <b>La mayoría de la gente cree que no se puede confiar en los pacientes psiquiátricos.</b>	0,606	0,032
2. <b>La mayoría de las mujeres no se casarían con un hombre que ha sido paciente en un hospital psiquiátrico</b>	0,596	0,120
3. <b>La mayoría de la gente cree que una persona que ha sido internado por una enfermedad mental es peligrosa</b>	0,714	-0,003
4. <b>La mayoría de la gente mira en menos a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental.</b>	0,806	0,002
5. <b>La mayoría de la gente menosprecia a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental.</b>	0,630	0,315
6. <b>La mayoría de la gente piensa que los enfermos mentales son tan inteligentes como el común de las personas.</b>	0,050	0,888
7. <b>La mayoría de los empleadores no contratan a una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental.</b>	0,683	-0,412
8. <b>Mucha gente le tiene miedo a las personas que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos.</b>	0,762	-0,282
<b>Método de extracción: Análisis de componentes principales.</b>		
<b>Método de rotación: Normalización Equamax con Kaiser.</b>		
<b>a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.</b>		

Para ayudar a determinar si el ítem 6, que generaba una nueva dimensión o factor, sería eliminado, se comparó la consistencia interna del instrumento con el ítem 6 y sin él, observándose un aumento del Alpha de 0,761 a un 0,813 (Tabla 14). Adicionalmente, se consideró por una parte, que en la matriz de correlaciones ítem - escala, el ítem 6 había demostrado una asociación positiva más débil que el resto de los ítems que componían el instrumento y por otra, que al hacer un análisis conceptual, se observaba que esta pregunta hacía alusión a características positivas de los encuestados, muy distinta al resto de las preguntas que resaltaban los aspectos negativos, es que se decidió eliminar el ítem 6 y realizar un nuevo análisis factorial que se describe a continuación y que denominaremos AFE2.

**Tabla 14: Análisis de Consistencia Interna**

<b>ITEM</b>	<b>Correlación ítem-total</b>	<b>Cronbach si se elimina el ítem</b>
1. La mayoría de la gente cree que no se puede confiar en los pacientes psiquiátricos.	0,450	0,736
2. La mayoría de las mujeres no se casarían con un hombre que ha sido paciente en un hospital psiquiátrico.	0,436	0,737
3. La mayoría de la gente cree que una persona que ha sido internado por una enfermedad mental es peligrosa.	0,552	0,715
4. La mayoría de la gente mira en menos a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental.	0,661	0,698
5. La mayoría de la gente menosprecia a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental.	0,421	0,732
6. La mayoría de la gente piensa que los enfermos mentales son tan inteligentes como el común de las personas.	0,001	0,813
7. La mayoría de los empleadores no contratan a una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental.	0,589	0,728
8. Mucha gente le tiene miedo a las personas que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos.	0,644	0,711

### 2.3.1.1 Análisis Factorial Exploratorio 2

Tal como en el primer AFE, el índice KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett demostraron valores que corroboran la pertinencia de realizar un nuevo AFE (Tabla 15).

---

**Tabla 15: KMO y prueba de Bartlett Sin ítem 6**

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,814
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	489,835
	gl	21
	Sig.	<0,001

---

El análisis de las comunalidades, igual que en el AFE inicial, muestran valores superiores a 0,30, fluctuando entre 0,647 (ítem 4) y 0,363 (ítem 1) (Tabla 16). Por tanto, se espera que, al realizar el AFE2, al igual que en el AFE inicial, la varianza sea explicada por el conjunto de los factores extraídos.

<b>Tabla 16: Comunalidades Sin ítem 6</b>		
	<b>Inicial</b>	<b>Extracción</b>
1. La mayoría de la gente cree que no se puede confiar en los pacientes psiquiátricos	1,000	0,363
2. La mayoría de las mujeres no se casarían con un hombre que ha sido paciente en un hospital psiquiátrico	1,000	0,344
3. La mayoría de la gente cree que una persona que ha sido internado por una enfermedad mental es peligrosa	1,000	0,507
4. La mayoría de la gente mira en menos a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental	1,000	0,647
5. La mayoría de la gente menosprecia a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental.	1,000	0,367
7. La mayoría de los empleadores no contratan a una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental	1,000	0,505
8. Mucha gente le tiene miedo a las personas que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos	1,000	0,608

En la segunda extracción de factores (Tabla 17) mostró la presencia de un solo factor que explica el 47,7% de la varianza total del instrumento, lo cual coincide con la estructura del instrumento original que posee solo una dimensión o factor.

El análisis de componentes (Tabla 18) mostró buenas cargas factoriales ( $r > 0,3$ ) para todos los ítems de este único componente que fluctuaron entre  $r=0,804$  (ítem 4) y  $r=0,586$  (ítem 2).

**Tabla 17: Varianza Total Explicada sin ítem 6  
Autovalores Iniciales**

	<b>Total</b>	<b>% de la varianza</b>	<b>% acumulada</b>
<b>1</b>	<b>3,340</b>	47,709	47,748
<b>2</b>	,862	12,313	60,023
<b>3</b>	,832	11,883	71,906
<b>4</b>	,689	9,837	81,742
<b>5</b>	,572	8,174	89,917
<b>7</b>	,400	5,717	95,634
<b>8</b>	,306	4,366	100,00

**Tabla 18: Matriz de componentes<sup>a</sup>**

	<b>Componente</b>
	<b>1</b>
<b>1. La mayoría de la gente cree que no se puede confiar en los pacientes psiquiátricos.</b>	0,602
<b>2. La mayoría de las mujeres no se casarían con un hombre que ha sido paciente en un hospital psiquiátrico</b>	0,586
<b>3. La mayoría de la gente cree que una persona que ha sido internado por una enfermedad mental es peligrosa</b>	0,712
<b>4. La mayoría de la gente mira en menos a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental.</b>	0,804
<b>5. La mayoría de la gente menosprecia a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental.</b>	0,605
<b>7. La mayoría de los empleadores no contratan a una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental.</b>	0,711
<b>8. Mucha gente le tiene miedo a las personas que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos.</b>	0,780

### 2.3.2- Análisis de evidencia basado en estructura externa del test

Se estudió a través de un análisis de correlación con la prueba de Spearman entre los puntajes totales obtenidos en los instrumentos ISMI y el nuevo PDD de 7 ítems. Se consideró un nivel de confianza del 95% ( $p < 0,05$ ) para aceptar la existencia de asociación entre las variables. Se logró establecer que existe validez convergente entre el puntaje total del ISMI y PDD de 7 ítems. (Ver tabla 19)

<b>Tabla 19. Análisis de Validez Convergente</b>			
		<b>Puntaje ponderado PDD</b>	<b>Puntaje Ponderado ISMI</b>
<b>Puntaje ponderado PDD sin 6</b>	Coeficiente de correlación	1,000	0,437**
	Significancia (bilateral)	.	<0,001
<b>Puntaje ponderado ISMI</b>	Coeficiente de correlación	0,437**	1,000
	Significancia (bilateral)	<0,001	.

### 2.4 Consistencia interna

Tal como se mencionó anteriormente, el Alpha de Cronbach para este instrumento unidimensional antes del análisis factorial fue de  $\alpha = 0,761$  (Tabla 14) lo que se considera como “alta confiabilidad”, sin embargo, con la eliminación del ítem 6 (que consideraba una nueva dimensión) la consistencia interna mejoró a  $\alpha = 0,813$ , lo que es interpretable como una “Muy Alta” consistencia interna, o mejor dicho lo posiciona como un instrumento altamente confiable (Tabla 20), razón por la cual se procedió a la eliminación del ítem.

**Tabla 20: Análisis de Consistencia Interna sin ítem 6**

<b>ITEM</b>	<b>Correlación ítem-total</b>	<b>Cronbach si se elimina el ítem</b>
1. La mayoría de la gente cree que no se puede confiar en los pacientes psiquiátricos.	0,468	0,802
2. La mayoría de las mujeres no se casarían con un hombre que ha sido paciente en un hospital psiquiátrico.	0,459	0,804
3. La mayoría de la gente cree que una persona que ha sido internado por una enfermedad mental es peligrosa.	0,578	0,783
4. La mayoría de la gente mira en menos a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental.	0,682	0,764
5. La mayoría de la gente menosprecia a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental.	0,465	0,802
7. La mayoría de los empleadores no contratan a una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental.	0,564	0,785
8. Mucha gente le tiene miedo a las personas que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos.	0,643	0,772

## **X. DISCUSIÓN**

Existen, pocos estudios en español que se centren en la percepción del estigma inducido por la enfermedad mental. Esta escasez de información puede deberse al número limitado de instrumentos en español para medirlo. Resulta prioritario, por lo tanto, el desarrollo de áreas de investigación, que involucren la creación y/o validación de instrumentos para medir el estigma inducido por la enfermedad mental lo que sin duda llevará a comprender mejor los factores psicosociales involucrados en su aparición y con ello lograr intervenciones efectivas tendientes a mejorar la salud e integración social de quienes padecen trastornos mentales severos en Chile.

La presente investigación, cumple con el objetivo de adaptar, validar semánticamente y evaluar las propiedades psicométricas del cuestionario "*Perceived Devaluation and Discrimination Scale*" en su versión traducida al español. Este instrumento, varias veces modificado de acuerdo a la naturaleza de los estudios, ha sido ampliamente utilizado para evaluar estigma social inducido por la enfermedad mental. Sin embargo, no se tienen experiencias previas en el uso de este instrumento en América Latina, menos en Chile. Lo que sí existe es la adaptación cultural, sin medición de propiedades psicométricas de la versión original de 12 ítems realizada en México en 2013 (24) y la traducción y validación de una versión extendida del instrumento de 22 ítems realizada en España en 2016 (25).

En términos metodológicos, esta investigación se ajusta al diseño utilizado para la validación al español realizada en España de la versión extendida del instrumento de 22 ítems (24). Entre las similitudes está principalmente la utilización de técnicas de análisis, como el Análisis Factorial Exploratorio, la determinación de la validez convergente con otros instrumentos que miden el mismo constructo y el análisis de consistencia interna con alfa de

Cronbach (25). Otra similitud es que la muestra, al igual que la Chilena, consideró pacientes de diferentes zonas de España (Barcelona y Vitoria). Una diferencia fue el tamaño de la muestra utilizado para validar el instrumento, que, en el caso del estudio español, solo incorporó solo a 130 pacientes versus los 231 que incorpora esta investigación.

La resultante del estudio psicométrico, mostró una adecuada heterogeneidad de los ítems y una buena correlación ítem escala. Con los ajustes realizados luego del primer AFE, se mantuvo el carácter unidimensional del instrumento original, que explicó el 47,7% de la varianza total, con buenas cargas factoriales en cada uno de sus ítems ( $r > 0,3$ ). El instrumento mostró ser altamente confiable con un  $\alpha$  de 0,813 discretamente superior al del instrumento en inglés en la misma versión ( $\alpha = ,78$ ) y demostró una asociación positiva con el ISMI en su versión en español al hacer el análisis de validez convergente. Cabe mencionar que, al realizar el primer AFE, se pudo constatar la presencia de un segundo factor “diferente” al que componían todo el resto de los ítems de la escala. Se comprobó posterior el segundo AFE que al eliminar el ítem que conformaba por si solo una nueva dimensión, no solo se lograba mantener la estructura unidimensional del test en su versión original, sino que además mejoraba la consistencia interna del instrumento.

Una de las limitantes de la investigación, fue que el análisis de validez convergente se realizó con el ISMI, un instrumento que estaba siendo validando paralelamente a éste. Esta versión en español del instrumento ISMI, fue elaborada –de forma paralela a PDD– en el marco de la tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública del estudiante Eric Tapia, bajo la dirección del Dr. Rubén Alvarado M. Esta versión del instrumento fue elaborada bajo los mismos procedimientos y estándares de rigurosidad metodológica utilizados en la elaboración de la versión chilena de PDD. La información compartida por los investigadores a cargo de ambos procesos de validación permitió ir ajustando

los resultados de cada validación en concordancia como se fueron dando los resultados.

Para probar la validez convergente de la versión chilena del PDD, se utilizó la versión final del ISMI incluyendo las modificaciones realizadas durante el proceso de validación y sin la dimensión de “Resistencia al estigma”, puesto ésta busca medir las estrategias adoptadas para no sufrir las consecuencias negativas del estigma, la cual conceptualmente no se vincula al constructo de estigma social que mide el PDD. Los resultados mostraron una correlación positiva y estadísticamente significativa, entre ambos instrumentos, comprobando de esta manera la hipótesis de que ambos están midiendo constructos relacionados teóricamente, como lo son el y el estigma social (PDD) y el estigma internalizado (ISMI).

Los resultados obtenidos en esta investigación, mostraron que la “Escala de Precepción de Discriminación y Desvaloración”, en su versión en español, es un instrumento válido y altamente confiable para medir el estigma social en personas con esquizofrenia y trastornos mentales afines en Chile. Por otro lado, es de rápida y fácil aplicación, comprensión y puntuación. Los resultados por su parte son de fácil interpretación.

Investigaciones futuras deberían estar orientadas no solo a medir estigma en pacientes con enfermedad mental grave, sino que a determinar la presencia y el nivel de estigma en pacientes con otros diagnósticos de salud mental que también sufren del estigma y sus consecuencias. En el caso de este instrumento, su aplicación a población general sería un importante desafío para establecer el grado de estigma público hacia los pacientes con enfermedad mental en Chile.

En conclusión, se obtuvo un instrumento en español de 7 ítems de la “Escala de percepción de discriminación y desvaloración” para medir estigma social. Esta versión mostró tener buenas propiedades psicométricas en términos de validez y confiabilidad, demostrando ser un buen instrumento para medir estigma social en pacientes con esquizofrenia y trastornos mentales afines en Chile.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Organización Mundial de la Salud.** *Invertir en Salud Mental.* 2004.
2. *Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries.* . **Evans-Lacko S, Brohan E, Mojtabai R, Thornicroft G.** 8, s.l. : Psychological Medicine, 2012, Vol. 42, págs. 1741-1742.
3. *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis* *Social Science of Medicine.* **Livingston J, Boyd J.** 12, s.l. : Social Science of Medicine, 2010, Social Science of Medicine, Vol. 71, págs. 2150-2161.
4. *El estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental.* **Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos E.** s.l. : Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 2011, págs. 41-50. 7.
5. *Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure.* **Ritsher J, Otilingam P, Grajales M.** 1, 2003, Psychiatry Research, Vol. 121, págs. 31-49.
6. *Estigma y Enfermedad Mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental.* . **Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, Guillén A.** Madrid : Editorial Complutense, 2009. 1.
7. **Española, Real academia.** Diccionario de la real academia Española. [En línea]
8. *Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory.* **Yang L, Kleimman A, Link B, Phelan J, Lee S, Good B.** 7, 2007, Social Science and Medicine, Vol. 64, págs. 1524-1535.
9. *An Attribution Model of Public Discrimination towards Persons with Mental Illness.* **Corrigan P, Markowitz F, Watson A, Rowan D.** 2, 2003, Journal of Health and Social Behavior, Vol. 44, págs. 162-179.
10. *Conceptualizing Stigma.* **J., G. Link B. Phelan.** 2001, Annual Review of Sociology, págs. 363-385.

11. *HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action.* **Aggleton P, Parker R.** 57, 2003, Social science and medicine, págs. 13-24.
12. *Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment.* **Link B, Cullen F, Struening E, Shrout P, Dohrenwend B.** 3, 1989, American Sociological Review, Vol. 54, págs. 400-423.
13. *Measuring Mental Illness Stigma.* **Link B, Yang L, Phelan J, Collins P.** 3, 2004, Schizophrenia Bulletin, Vol. 30, págs. 511-541.
14. *Stigma and its public health implications.* **B., Link.** 2004, The Lancet., págs. 528-529.
15. *Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness.* **Link B, Struening E, Neese-todd S, Asmussen S, Phelan J.** 12, 2001, Psychiatric Services, Vol. 52, págs. 1621-1626.
16. **Ottati V, Bodenhausen G, y Newman L.** Social psychological models of mental illness stigma. [aut. libro] Corrigan P. *On the stigma of mental illness, practical strategies for research and social changes.* Washington DC : American Psychological Association, 2005, págs. 99-128.
17. *Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? .* **Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N.** 2007, The British Journal of Psychiatry, págs. 192-193.
18. *Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures.* **Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G.** 2010, BMC Health Services Research.
19. *Understanding the impact of stigma on people with mental illness .* **Corrigan P., Watson A.** 1, 2002, World Psychiatry, Vol. 1, págs. 16-20.
20. **Corrigan P, Kleinlein P.** The impact of mental illness stigma. [aut. libro] Corrigan P. *The stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change.* Washington DC : American Psychological Association, 2005, págs. 11-44.
21. *Prejudice, social distance and familiarity with mental illness.* **Corrigan P, Edwards A, Green A.** 2, 2001, Schizophrenia Bulletin, Vol. 27, págs. 219-225.

22. *Understanding Labeling effects in the area of Mental Disorders: An assessment of the effects of Expectations of Rejection.* **B., Link.** 1987, American Sociology Review, Vol. 52, págs. 96-112.
23. *On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse.* **Link B, Struening E, Rahav M, Phelan J, Nuttbrock L.** 1997, Journal of Health and Social Behavior, Vol. 38, págs. 177-190.
24. *Adaptación Cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en ciudad de México.* **Mora-Ríos J.** 2013. Salud Mental. Vol. 36, No. 1, Pág. 9-18
25. *Spanish version of the Link's Perceived Devaluation and Discrimination Scale.* **Martínez-Zambrano F, Pizzimenti M, Barbeito S.** 2, 2016, Psicothema, Vol. 28, No. 2, págs. 201-206

## **XI. ANEXOS**

1. **Anexo 1:** Instrumento traducido al español, previo al análisis de los resultados.

### **ESCALA DE PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN / DESVALORIZACIÓN (PDD)**

<b>1. La mayoría de la gente cree que no se puede confiar en los pacientes psiquiátricos.</b>			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

<b>2. La mayoría de las mujeres no se casarían con un hombre que ha sido paciente en un hospital psiquiátrico.</b>			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

<b>3. La mayoría de la gente cree que una persona que ha sido internada por una enfermedad mental es peligrosa</b>			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

<b>4. La mayoría de la gente mira en menos a las personas después de una hospitalización psiquiátrica</b>			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

<b>5. La mayoría de la gente menosprecia a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental</b>			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

<b>6. La mayoría de la gente piensa que los enfermos mentales son tan inteligentes como el común de las personas</b>			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

<b>7. La mayoría de los empleadores no contratan a una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental</b>			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

<b>8. Mucha gente le tiene miedo a las personas que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos</b>			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

2. **Anexo 2:** Instrumento final en español para Chile, posterior al análisis de los resultados (eliminación del ítem 6 de la versión inicial)

**ESCALA DE PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN / DESVALORIZACIÓN (PDD)**

<b>1. La mayoría de la gente cree que no se puede confiar en los pacientes psiquiátricos.</b>			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
<b>2. La mayoría de las mujeres no se casarían con un hombre que ha sido paciente en un hospital psiquiátrico.</b>			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
<b>3. La mayoría de la gente cree que una persona que ha sido internada por una enfermedad mental es peligrosa</b>			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
<b>4. La mayoría de la gente mira en menos a las personas después de una hospitalización psiquiátrica</b>			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
<b>5. La mayoría de la gente menosprecia a las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental</b>			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
<b>6. La mayoría de los empleadores no contratan a una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental</b>			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
<b>7. Mucha gente le tiene miedo a las personas que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos</b>			
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo