

Desarrollo de una Escala para Medir el Estigma Relacionado a Problemas de Salud Mental en Puerto Rico^{1,2,3}

Nelson Varas- Díaz⁴
Axel Santos –Figueroa⁵
Norka Polanco- Frontera⁵
Isabel Cajigas-Vargas⁵
Marinilda Rivera Díaz⁶
Claudia I. Lugo Candelas⁷
Ernesto Rosario-Hernández⁵
Eliut Rivera-Segarra⁵

Resumen

El estigma hacia pacientes de salud mental ha sido identificado como una barrera para la búsqueda de tratamiento y la adherencia al mismo. Literatura reciente ha documentado la necesidad de crear instrumentos válidos, confiables y adaptados culturalmente para medir este fenómeno. El objetivo de este estudio fue desarrollar y validar una escala para medir el estigma hacia pacientes de salud mental por parte de profesionales de la salud en adiestramiento. La muestra del estudio estuvo compuesta por 146 participantes divididos en las siguientes profesiones: medicina, psicología y trabajo social. El 76 % (n=111) se identificaron como mujeres y el 24 % (n=35) como hombres. La edad promedio de los participantes fue de 25 años. Los resultados obtenidos a través del análisis de factores, sugiere que la variabilidad de las puntuaciones se debe a tres factores, a saber: Distancia Social, Atribuciones Caracterológicas Negativas y Problemas de Autosuficiencia. Los coeficientes de confiabilidad fluctuaron entre 0.67 y 0.74.

Palabras clave: *Estigma, salud mental, medición, Puerto Rico*

Abstract

Stigma towards mental health patients has been identified as a barrier to treatment seeking and adherence. Recent literature has documented the need to create valid, reliable and culturally appropriate instruments to measure this phenomenon. The

¹ *Nota:* Este artículo fue sometido a evaluación en agosto de 2012 y aceptado para publicación en octubre de 2012.

² El Dr. José Pons sirvió como editor especial para este artículo.

³ Toda comunicación de este trabajo debe hacerla a: Centro de Investigaciones Sociales, Universidad de Puerto Rico, PO Box 23345, San Juan, Puerto Rico, 00931-3345. nvaras@mac.com.

⁴ Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

⁵ Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de Ponce.

⁶ Pontificia Universidad Católica de Ponce.

⁷ Universidad de Massachusetts, Amherst

objective of this study was to develop and validate a culturally appropriate scale to measure stigma towards mental health patients among health professionals in training. The sample was composed of 146 participants divided by the following professions: medicine, psychology and social work. Seventy six percent (n=111) identified themselves as women and 24% (n=35) as men. The mean age of the sample was 25 years. Results obtained through factor analysis suggest that variability of the score is due to 3 factors: Social Distance, Negative Characterological Attributions and Self-Sufficiency Problems. Reliability coefficients fluctuated between .67 and .74.

Keywords: *Stigma, mental health, measurement, Puerto Rico*

Estado de la Salud Mental en Puerto Rico

Los problemas de salud mental han sido identificados por la Organización Mundial de la Salud como un área de trabajo prioritaria a nivel mundial (World Health Organization, 2011). En Puerto Rico, la tasa de prevalencia de enfermedades mentales se estima en 8.3% en la población adulta entre las edades de 18-64 años (Rivera, Fernández, Torres & Parrilla, 2004). En la población de niños y adolescentes entre las edades de 4-17 años la tasa de prevalencia se estima en alrededor de 16.4% de la población que cumple con los criterios diagnósticos de algún trastorno de salud mental (Canino et al., 2004). Esta información nos permite comprender que la salud mental es uno de los principales problemas de salud en el país.

La población en general ha desarrollado actitudes y creencias, usualmente basadas en el miedo y la falta de información, acerca de la persona con un trastorno mental que expone a ésta a sufrir de prejuicios y discriminación (Hinshaw, 2007; Spagnolo, Murphy, & Librera, 2008; Wesselman & Graziano, 2010). Una persona diagnosticada con algún trastorno de salud mental usualmente es considerada por el resto de la población como alguien peligroso, minusválido e incapaz de asumir responsabilidad por su condición de salud (Babic, 2010). Esta noción acerca de la persona con un trastorno de salud mental trae consecuencias perjudiciales para la persona, ya que le limita las oportunidades para que disfrute de una vida plena, tener acceso a los servicios de salud que necesita y recibir el tratamiento apropiado de acuerdo a su condición de salud.

Consecuencias de la estigmatización de los problemas de salud mental

El estigma relacionado al trastorno mental constituye la barrera principal para el tratamiento y recuperación de la población que la padece, de acuerdo a informes presentados por el Cirujano General de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, 1999). Algunas de las manifestaciones del estigma hacia el paciente con trastorno mental pueden observarse en la falta de oportunidades de empleo, la falta de vivienda adecuada, en las barreras en la obtención de servicios de salud y en las actitudes negativas que pudieran manifestarse por parte de los profesionales de la salud (Babic, 2010).

Ervin Goffman (1963) define el estigma como un atributo profundamente desacreditante para quien lo posee. Debido a ello, la persona es considerada casi inhumana. Éste identifica tres tipos de estigma a saber; 1) las abominaciones corpóreas, 2) las manchas del carácter y 3) las

asociaciones tribales. Según explica, las primeras están asociadas a formas de deformidad física de una persona. Las segundas hacen referencia a la voluntad de la persona o a su forma de ser. Mientras que las terceras, están relacionadas al linaje o al grupo de pertenencia de la persona. Uno de los subtipos más asociados a los trastornos de salud mental son las manchas del carácter. Esto se debe a que “la persona que sufre el trastorno es usualmente culpada de no poseer suficiente control de sus voliciones” (Hinshaw, 2007, p 31). Estos atributos desacreditantes traen consigo consecuencias detrimentales para la calidad de vida de estas personas. Por ejemplo, de acuerdo a Harrison y Gill (2010), el estigma desestabiliza la adaptación social y es un indicador de poca adherencia a tratamientos, poca apertura, reducción de redes de apoyo social, baja autoestima y atenta contra el bienestar psicológico de quien lo experimenta. La estigmatización produce consecuencias negativas tanto para el paciente, su familia, los profesionales de la salud mental y la sociedad en general (Babic, 2010).

En su investigación, Overton y Medina (2008) identificaron algunas de las formas en que el estigma impacta a las personas que padecen de un trastorno mental. Entre estas se encuentra la falta de oportunidades de empleo, limitaciones en la búsqueda de una vivienda adecuada y barreras en la obtención de servicios de tratamiento. Estas son algunas de las posibles consecuencias del estigma relacionado al trastorno mental documentadas en la literatura.

La estigmatización de los problemas de salud mental afecta a las personas de varias maneras. El estigma puede convertirse en una barrera para la búsqueda de tratamiento y la adherencia al mismo (Bambauer & Prigerson, 2006). Se estima que dos de cada tres personas con problemas de salud mental no buscan tratamiento, principalmente por falta de información acerca de su enfermedad y por el estigma asociado con su trastorno mental (Rivera, 2010; Scheffer, 2003). El estigma previene que la gente acepte sus problemas de salud mental y más aún que los comunique a otras personas (Scheffer, 2003).

El estigma entre profesionales de la salud

Las actitudes negativas hacia pacientes de salud mental han sido documentadas en múltiples profesionales de la salud. La manifestación de estas actitudes estigmatizantes por estos profesionales puede crear una barrera en la prestación de servicios y cuidados apropiados para esta población (Chin & Balon, 2006). Las personas con un diagnóstico de algún trastorno de salud mental, tienen una menor probabilidad de beneficiarse de los servicios médicos que aquellas personas sin un diagnóstico de salud mental (Corrigan, 2004). Algunos estudios han recomendado que el tema del estigma se discuta en las escuelas de medicina de manera que estos profesionales creen conciencia y puedan servir como medios sociales para la superación del estigma y la discriminación (Ay, Save & Fidanoglu, 2006). Chin y Balon (2006) plantean que los esfuerzos para identificar y evaluar las actitudes estigmatizantes ayudan a incrementar la conciencia entre los profesionales de la salud y estudiantes en adiestramiento, a la vez que promueven la reflexión de sus propias actitudes.

El estigma relacionado al trastorno mental también puede presentarse en los profesionales de la salud mental como los practicantes de la psicología y la psiquiatría. De acuerdo a algunos autores, los profesionales de la psiquiatría presentan más estereotipos negativos y actitudes estigmatizantes en comparación a otros profesionales de la salud (Nordt, Rössler, & Lamber, 2006). Las actitudes de los profesionales de la salud mental hacia una persona con un trastorno mental pueden perpetuar el estigma y crear nuevos obstáculos para recibir tratamiento. Esto está relacionado con el modo en el que los profesionales se expresan sobre sus clientes y la forma en

la cual conceptualizan sus casos ya que, de acuerdo a estos autores, es muy similar a las ideas negativas que caracterizaron a la medicina en los últimos dos siglos (Overton & Medina, 2008).

Necesidad de instrumentos válidos para medir estigma en Puerto Rico

Link, Yang, Phelan y Collins (2004), han señalado la importancia de que la comunidad científica que trabaje en el área de estigma pueda desarrollar instrumentos que promuevan el entendimiento del estigma relacionado a la salud mental. De acuerdo a estos autores, la selección de un instrumento adecuado es esencial, ya que impacta la validez y confiabilidad de una investigación. Por otro lado, Van (2006) puntualiza que el propósito de la medición del estigma debe ser aumentar nuestro entendimiento del fenómeno, sus determinantes y sus dinámicas. Desarrollar instrumentos para medir el estigma relacionado a la salud mental nos ayuda a identificar la extensión que pueda tener el fenómeno hacia grupos en particular y la severidad con la que éste se manifiesta. Para Van (2006), la medición es necesaria porque nos ayuda a monitorear cambios a través del tiempo. Para King y colegas (2007) un instrumento válido debe ser el reflejo de la experiencia del estigma de los participantes. De esta forma, los resultados obtenidos promueven el desarrollo de nuevas investigaciones que ayudan a mejorar las cualidades psicométricas del instrumento y la expansión de estos estudios a otras poblaciones. Brown (2008) criticó la utilización de instrumentos de estigma que no estén validados o que no tengan propiedades psicométricas apropiadas. La utilización de instrumentos no validados obstaculiza el progreso del estudio del fenómeno porque promueve resultados engañosos. Como por ejemplo, Haghghat (2007) discute la importancia de este tema cuestionando la validez de una investigación debido a que argumenta que el concepto de estigma no está bien utilizado. Para validar su argumento, el autor hace referencia a los criterios de inclusión, la muestra utilizada, la metodología y el diseño utilizado.

Tomando esto en consideración, la presente investigación tiene como propósito desarrollar una escala para medir estigma hacia pacientes de salud mental en Puerto Rico basada en la literatura científica y experiencias previas de investigación en Puerto Rico. También se estará examinando la confiabilidad y validez de la escala en una muestra de profesionales de la salud en adiestramiento de las disciplinas de la psicología, trabajo social y medicina.

Método

Para lograr el objetivo propuesto del estudio implantamos un diseño de corte exploratorio utilizando técnicas cuantitativas. Este proceso se desarrolló en dos etapas relacionadas. En la primera, llevamos a cabo una extensa revisión de literatura sobre el tema del estigma y la salud mental. Con dicha información desarrollamos los reactivos de nuestra escala cuantitativa. La misma fue posteriormente administrada a una muestra de profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. A continuación una descripción detallada del método implementado.

Participantes

La muestra total del estudio estuvo compuesta por 146 participantes divididos en las siguientes profesiones: psicología, trabajo social y medicina. Establecimos los siguientes criterios de inclusión para las personas participantes: 1) que fueran mayores de 21 años; 2) que

su participación fuera voluntaria; y 3) que fueran practicantes activos/as o en adiestramiento de sus profesiones en el momento de la entrevista. Desarrollamos estos criterios de inclusión para asegurar que los profesionales en adiestramiento pudieran consentir legalmente para participar y que consintieran sin ser coaccionados/as.

El equipo de investigación reclutó participantes en varios programas académicos de universidades públicas y privadas en Puerto Rico. Los pasos principales en el proceso de reclutamiento fueron llamadas telefónicas a personas que dirigían las instituciones para explicar el propósito del estudio y solicitar el permiso para invitar a profesionales de la salud en adiestramiento a participar. Después que obtuvimos el permiso, el equipo de investigación se visitó los salones de clase y se comunicó con participantes potenciales para asegurarse de que no se sintieran coaccionados/as por sus profesores/as a participar en el estudio.

Explicamos a cada potencial participante el propósito del estudio y le invitamos a participar. Aquellas personas que asintieron a participar completaron un formulario de consentimiento y firmaron una hoja de consentimiento informado. Todos los procedimientos del estudio fueron aprobados por el Comité Institucional para la Protección de Sujetos Humanos de la Universidad de Puerto Rico.

Los datos demográficos de las personas participantes pueden ser vistos en la Tabla 1. La mayoría de la muestra estuvo compuesta por mujeres, pues en la mayoría de las profesiones de la salud de nuestro interés (medicina, psicología y trabajo social) ellas superan a los hombres. La edad promedio de las personas participantes era 25 años. La escala de ingreso más común fue de \$30,000 a \$40,000 ($n = 17$; 12%).

Instrumentos

Desarrollamos varios instrumentos como parte del estudio. A continuación describimos cada uno de ellos.

Hoja de consentimiento informado. Utilizamos una hoja de consentimiento informado para comunicar a las personas participantes sobre: a) la naturaleza voluntaria del estudio, b) la posibilidad de no contestar preguntas que le incomodaran y c) su derecho a retirarse del estudio si lo deseaba en cualquier momento. Además, le indicamos posibles beneficios y riesgos de su participación, la posibilidad de solicitar servicios psicológicos de así necesitarlo, el derecho a obtener los resultados de la investigación y el tiempo que duraría su participación.

Cuestionario de datos socio-demográficos. Mediante este cuestionario recopilamos la información demográfica necesaria para describir a las personas participantes. El mismo constó de 30 preguntas cerradas que evaluaban variables como: género, edad, orientación sexual, estado civil, zona de residencia, situación de empleo, nivel de adiestramiento profesional, ingreso mensual, con quién vive, lugar de trabajo y relación con personas que viven con trastornos mentales, entre otras.

Escala sobre el Estigma Relacionado a Problemas de Salud Mental para Profesionales de la Salud. Esta escala fue desarrollada por nuestro equipo de investigación para cumplir con el objetivo de nuestra investigación. Su versión original estuvo compuesta por 26 reactivos que abordan actitudes estigmatizantes hacia personas con problemas de salud mental. Cada reactivo es medido con una escala tipo Likert de cinco puntos con valores que

varían desde totalmente en desacuerdo (1) hasta totalmente de acuerdo (5).

Procedimiento

Para lograr desarrollar una escala sobre el estigma relacionado a los problemas de salud mental culturalmente apropiada, basamos nuestros reactivos en una revisión de literatura exhaustiva de publicaciones anteriores sobre el tema del estigma social y la salud mental en Puerto Rico. Esta revisión de literatura arrojó información valiosa sobre las manifestaciones del estigma relacionado a la salud mental que fue útil para identificar las dimensiones más sobresalientes de este tipo de estigma. Usando esa información desarrollamos reactivos que constituirían nuestro instrumento cuantitativo. Una vez los reactivos de la escala fueron creados, los sometimos a la revisión de un panel compuesto por siete personas puertorriqueñas expertas en investigación sobre los temas del estigma y la salud mental para asegurar su competencia cultural para nuestro escenario y validez del contenido. Las sugerencias del panel fueron incorporadas hasta que se logró que los expertos/as estuvieran de acuerdo en el 100 por ciento de los reactivos. La escala resultante estuvo compuesta por 26 reactivos. Estos reactivos fueron medidos con una escala tipo Likert de cinco puntos con valores que variaban desde totalmente en desacuerdo (1) hasta totalmente de acuerdo (5).

TABLA 1
Datos Demográficos

<i>Variable</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
	146	100
Género		
Masculino	35	24
Femenino	111	76
Psicología Clínica	52	36
Trabajo Social	45	31
Medicina	48	33

Después que se terminó este proceso se administró el cuestionario cuantitativo a profesionales de la salud en adiestramiento. Estas personas fueron reclutadas en programas académicos de varias universidades en Puerto Rico con la colaboración de programas académicos de adiestramiento. Miembros del equipo de investigación visitaron los salones de clase para explicar la naturaleza del estudio a potenciales participantes. Aquellas personas que deseaban participar completaron el cuestionario en el salón de clase. A todos los profesores/as se les solicitó que abandonaran el salón para evitar que las personas participantes se sintieran coaccionadas. Las personas participantes llenaron la hoja de consentimiento informado, un cuestionario sobre información demográfica y la Escala sobre el Estigma Relacionado con Problemas de Salud Mental. Como parte de esta etapa también llenaron instrumentos sobre apoyo social [Cuestionario de Apoyo Social] (Bernal, Maldonado, & Scharrón, 2003) y otra escala sobre estigma hacia la salud mental [*Community Attitudes Toward the Mentally Ill*] (Zárate, Ceballos, Contardo, & Florenzano, 2006). Estos instrumentos sirvieron para establecer la validez convergente y divergente de la escala desarrollada. En ambos instrumentos se utilizó una escala tipo Likert para evaluar el acuerdo con las aseveraciones planteadas y obtuvieron alfas confiables mayores de .80 en pruebas previas.

Resultados

Se realizó un análisis de reactivos para seleccionar aquellos ítems que aportaran más a la confiabilidad de la Escala de Estigma de Salud Mental. Según el análisis de reactivos, un total de 26 reactivos obtuvieron un índice de discriminación igual o mayor a .20, tomando como criterio a Brown (1980). En la tabla 2 se puede apreciar la media, desviación estándar e índices de discriminación los cuales fluctuaron entre -.16 y .56. El índice de discriminación promedio de los 26 reactivos iniciales de la Escala de Estigma de Salud Mental fue igual .29, mientras que el promedio de los 21 que cumplieron con el criterio establecido fue igual a .37.

TABLA 2
Media, Desviación Estándar e Índice de Discriminación (ID) obtenidos de los Análisis de Reactivos de la Escala de Estigma de Salud Mental

<i>Reactivo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar</i>	<i>ID</i>
1	3.00	.83	.25
2	3.06	.81	.38
3	3.02	.98	.23
4	3.23	.83	.30
5	3.33	1.10	.30
6*	3.02	.96	.18
7*	2.78	1.16	.02
8	2.54	1.12	.56
9	2.83	1.22	.49
10	2.73	.643	.47
11	2.21	1.00	.43
12	2.78	.50	.48
13	2.48	.81	.36
14	1.86	.91	.48
15	1.64	.93	.47
16	1.55	.77	.45
17	1.76	.94	.21
18*	3.91	1.28	-.16
19	2.57	.95	.29
20	1.70	.91	.37
21	2.50	.81	.34
22*	2.87	1.07	-.18
23	2.25	.99	.29
24	2.14	1.10	.29
25*	4.12	1.18	-.16
26	2.46	1.05	.41

Nota:*Reactivo Eliminado.

Estos 21 reactivos se sometieron a varios análisis de factores exploratorios utilizando el método de extracción “principal axis factoring” y la rotación ortogonal de “varimax”. Estos análisis sugirieron que 12 reactivos de la Escala de Estigma de Salud Mental pudiera contener una estructura interna de tres factores. Estos doce reactivos constituyen la escala en su versión final. El análisis de factores exploratorio restringido a tres factores de la versión final obtuvo una solución en 12 iteraciones. La Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin apoya la adecuación de los datos de muestreo para el análisis, $KMO=.718$. La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa, $X^2(66) = 421.008$, $p<.001$, indicando que la correlación entre los reactivos fueron lo suficientemente grandes para realizar el análisis de factores. Los tres factores obtuvieron un valor Eigen igual o mayor a 1, según el criterio de Kaiser y los tres factores en combinación explicaban un 44.32% de la varianza. El gráfico de sedimentación mostró un punto de inflexión que apoyaba la retención de tres factores. En la tabla 3, se puede apreciar las cargas factoriales obtenidas por los reactivos de la versión final de la Escala de Estigma de Salud Mental.

Como puede verse en la Tabla 3 el Factor 1 ha sido titulado como “Distancia Social” e incluyen reactivos que abordan la necesidad de distanciarse físicamente de personas que padecen de problemas de salud mental tanto de forma geográfica como física en interacciones cotidianas. Además, incluye reactivos de preocupación por la interacción con personas que pudieran conocer del padecimiento de problemas de salud mental tanto a nivel individual o como por un miembro de la familia. El Factor 2 ha sido titulado “Atribuciones Caracterológicas Negativas” e incluye reactivos que abordan descripciones de las personas con problemas de salud mental como violentas, con poca voluntad para mejorarse de sus problemas o que sufren las consecuencias de tener poca disciplina en su vida. Finalmente, el Factor 3 ha sido titulado “Problemas de Autosuficiencia” e incluye reactivos que describen a las personas con problemas de salud mental como incapaces de cuidarse a sí mismas o a terceras personas.

TABLA 3
Análisis de Factores Exploratorio Restringido de la Versión Final de la Escala de Estigma Salud Mental

<i>Reactivo</i>	<i>Factor</i>		
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1. Una persona que se está recuperando de un problema de su salud mental puede cuidar sola a sus hijos/as			<u>.67</u>
2. Una persona que se está recuperando de un problema de su salud mental debe permanecer en un hogar de cuidado supervisado.			<u>.43</u>
4. Una persona recuperándose de un problema de salud mental puede vivir solo/a.			<u>.74</u>
5. Las personas con problemas de salud mental tienen el derecho de adoptar menores de edad.			<u>.68</u>
3. La disciplina en el hogar puede evitar la mayoría de los problemas de salud mental en los/las niños/as.		<u>.41</u>	
23. Las personas con poca voluntad personal tienden a tener problemas de salud mental.		<u>.72</u>	

24. Una persona con poca disciplina tendrá más probabilidades de tener un problema de salud mental.		.83
26. Las personas con problemas de salud mental tienden a ser más violentas que las demás.	.25	.50
15. Me preocuparía que abrieran un hospital de salud mental cerca de mi hogar.		.68
16. Me sería difícil establecer relaciones de amistad con una persona que tiene un problema de salud mental.		.80
17. Para mí, ser ingresado/a a un hospital de salud mental sería una señal de fracaso en mi vida.		.48
20. Sería difícil para mí que un vecino sepa que alguien de mi familia tiene un problema de salud mental.	.62	.27

Nota: Espacio en blanco significa que la carga factorial fue menor a .20.

Además, se examinó la validez de constructo tanto de tipo convergente como divergente de la Escala de Estigma de Salud Mental correlacionándola con otras medidas. Nuestra escala reflejó una correlación positiva y significativa con otra escala sobre salud mental y estigma ($r=.58$, $p<.01$). Por otro lado, no reflejó correlación significativa con una escala de apoyo social ($r=.129$, $p<.125$). También se estimó la consistencia interna de la escala y sus subescalas a través de la técnica alfa de Cronbach, estos coeficientes de confiabilidad fluctuaron entre .67 y .74. De igual forma, se estimó la media, desviación estándar, rango, error estándar de medición y el intervalo de confianza de 95% de las puntuaciones de la versión final de la Escala de Estigma de Salud Mental (véase tabla 4).

TABLA 4

Coefficientes de confiabilidad, media, desviación estándar, rango, error estándar de medición e intervalos de confianza a 95% de la Escala de Estigma de Salud Mental y sus subescalas

<i>Escala/Subescala</i>	<i>#Ítems</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Rango Actual</i>	<i>Rango Posible</i>	<i>Alfa</i>	<i>Error Estándar de Medición</i>	<i>Intervalo de Confianza a 95%</i>
Escala de Estigma de Salud Mental	12	28.96	5.30	17-42	12-60	.67	3.04	±6
Factor 1 – Distancia Social	4	6.54	2.59	4-16	4-20	.74	1.32	±3
Factor 2 – Atribuciones Caracterológicas Negativas	4	9.77	3.08	4-18	4-20	.72	1.63	±3
Factor 3 – Problemas de Autosuficiencia	4	12.64	2.68	7-20	4-20	.72	1.42	±3

Nota: n=146; M=Media, DE=Desviación Estándar.

Conclusión

Los resultados de nuestra investigación apuntan a que la *Escala sobre el Estigma Relacionado a Problemas de Salud Mental para Profesionales de la Salud* desarrollada por nuestro equipo es confiable y está compuesta de tres factores con buena consistencia interna. También los resultados apuntan a que la escala tiene validez convergente y divergente cuando es comparada con otras escalas previamente utilizadas con nuestra población de interés. Además, los resultados de los análisis de factores exploratorios realizados tienden a sugerir que la estructura interna de la *Escala sobre el Estigma Relacionado a Problemas de Salud Mental para Profesionales de la Salud* está constituida por tres factores. Los tres factores identificados en nuestros análisis son cónsonos con la literatura sobre el estigma social, y aquel específicamente relacionado a problemas de salud mental, la cual identifica problemas caracterológicos (ej. poca voluntad y violencia) a las personas que padecen de algún problema de salud mental. Igualmente, abordan las dificultades que implica la interacción social con personas estigmatizadas en la vida cotidiana y los sentimientos negativos relacionados a padecer de condiciones de salud mental por preocupación de las opiniones negativas de la sociedad.

Aunque nuestro estudio es uno preliminar y se necesita continuar examinando las características psicométricas de nuestra escala con muestras mayores, los resultados iniciales son prometedores. Es nuestra expectativa que en un futuro cercano nuestra escala se una a la literatura existente sobre la medición de estigma social por parte de profesionales de la salud que ha surgido en Puerto Rico en los pasados años (Varas Díaz, Neilands, Guilamo-Ramos, & Cintrón Bou, 2008). De esta forma tendremos una herramienta importante en la medición de estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud, lo que representa un paso vital para el desarrollo y evaluación de intervenciones psicosociales que busquen su reducción entre la población de profesionales de la salud.

Referencias

- Ay, P., Save, D., & Fidanoglu, O. (2006). Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul. *Social of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 63 – 67.
- Babic, D. (2010). Stigma and mental illness. *Materia Socio Médica*, 22, 43-46.
- Bambauer, K., & Prigerson H. (2006). The Stigma Receptivity Scale and its association with mental health service use among bereaved older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 139–141.
- Bernal, G., Maldonado-Molina, M. & Sharrón, M. (2003). Development of a brief scale for social support: Reliability and validity in Puerto Rico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 251-264.
- Brown, F.G. (1980). *Principios de la medición en psicología y educación*. México: El Manual Moderno, S.A.
- Brown, S. (2008). Factors and measurement of mental illness stigma: A psychometric examination of the attribution questionnaire. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 89-94.
- Canino, G., Shrout, P., Rubio-Stipec, M., Bird, H., Bravo, M., Ramirez, R., Chavez, L., Alegria, M., Bauermeister, J., Hohmann, A., Ribera, J., García, P., y Martínez-Taboas, A. (2004).

- The DSM IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. Archives of General Psychiatry, 61, 85-93.*
- Chin, S. H., & Balon R. (2006). Attitudes and perceptions toward depression and schizophrenia among residents in different medical specialties. *Academic Psychiatry, 30(3), 262-263.*
- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist, 59(7), 614-625.*
- Erving, G. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Madrid: Amorrortu Editores.
- Haghighat, R. (2007). Measuring stigma. *The British Journal of Psychiatry, 191, 357-365.*
- Harrison, J. & Gill, A. (2010). The experience and consequences of people with mental health problems, the impact of stigma upon people with schizophrenia: a way forward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17, 242-250.*
- Hinshaw, S. (2007). *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. New York: Oxford University Press.
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S. & Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardized measure of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry, 190, 248-254.*
- Link, B., Yang, L., Phelan, J., & Collins, P. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin, 30, 511-541.*
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin, 32(4), 709-714.*
- Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The Stigma of Mental Illness. *Journal of Counseling & Development, 86, 143-151.*
- Rivera, M. (2010). Ciudadanos Invisibles: Diversidad de Voces sobre la Política de Salud Mental en Puerto Rico. Tesis doctoral. Escuela Graduada de Trabajo Social. Universidad de Puerto Rico.
- Rivera, E., Fernández, C., Torres, A., & Parrilla, C. (2004). *Análisis de la Salud de Puerto Rico: Salud Mental*. San Juan, Puerto Rico.
- Scheffer, R. (2003, May). Addressing stigma: Increasing public understanding of mental illness. The standing senate committee on social affairs, science and technology. (Michael Kirby). Symposium conducted at the meeting of The standing senate committee on social affairs, science and technology, Canadá.
- Spagnolo, A., Murphy, A. & Librera, L. (2008). Reducing Stigma by Meeting and Learning from People with Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31(3), 186-193.*
- U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (1999). *Mental Health: A report of the Surgeon General*. Retrieved from:
<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/ResourceMetadata/NNBBHS>
- Van, W. (2006). Measuring health-related stigma – A literature review. *Psychology, Health & Medicine, 11(3), 307-334.*
- Varas Díaz, N., Neilands, T., Guilamo-Ramos, V. & Cintrón Bou, F. (2008). Desarrollo de la Escala sobre el Estigma Relacionado con el VIH/SIDA para Profesionales de la Salud Mediante el uso de Métodos Mixtos. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 19, 183-215.*
- Wesselmann, E. & Graziano, W. (2010). Sinful and/or possessed? Religious beliefs and mental illness stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29(4), 402-437.*
- World Health Organization (2011). Mental Health Atlas 2011. Retrieved from World health

website page: www.who.int

Zárate, C., Ceballos, M., Contardo, M. & Florenzano, R. (2006). *Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 44(3), 205-214.