



Revista Colombiana de Psiquiatría
ISSN: 0034-7450
Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Evaluación del estigma hacia personas con diagnóstico de esquizofrenia mediante una escala de conocimiento

Grandón, Pamela; Vielma-Aguilera, Alexis; Bustos, Claudio; Castro-Alzate, Elvis; Saldivia, Sandra
Evaluación del estigma hacia personas con diagnóstico de esquizofrenia mediante una escala de conocimiento
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 47, núm. 2, 2018
Asociación Colombiana de Psiquiatría.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80658480002>
DOI: 10.1016/j.rcp.2017.01.009

Artículo original

Evaluación del estigma hacia personas con diagnóstico de esquizofrenia mediante una escala de conocimiento

Evaluation of the stigma towards people with a diagnosis of Schizophrenia using a Knowledge Scale

Pamela Grandón ^{a*} pgrandon@udec.cl
Universidad de Concepción, Chile

Alexis Vielma-Aguilera ^b pgrandon@udec.cl
Universidad de Concepción, Chile

Claudio Bustos ^b
Universidad de Concepción, Chile

Elvis Castro-Alzate ^c
Universidad del Valle, Colombia

Sandra Saldivia ^b
Universidad de Concepción, Chile

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 47, núm. 2, 2018

Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Recepción: 20 Octubre 2016
Aprobación: 29 Enero 2017

DOI: 10.1016/j.rcp.2017.01.009

CC BY

RESUMEN

Introducción: El estigma público es la adscripción de estereotipos negativos a las personas con diagnóstico de esquizofrenia. Se han utilizado distintos instrumentos para evaluarlo, entre los que destacan las escalas de conocimiento. El objetivo del estudio es evaluar el estigma público a través de una medida de conocimiento y relacionar el nivel de información con variables con demostrada influencia en el estigma que presenta la población.

Métodos: La muestra fue de 399 personas; el criterio de inclusión fue tener entre 18 y 65 años. Se aplicó el Cuestionario de conocimiento sobre la esquizofrenia y un instrumento para recolectar información sociodemográfica. Los participantes fueron reclutados en lugares de gran afluencia de público. Se realizaron análisis de correspondencias múltiples no paramétricos bivariantes y de conglomerados jerárquicos.

Resultados: El cuestionario presenta dos dimensiones: «Creencias sobre el conocimiento de la esquizofrenia» y «Actitudes hacia la esquizofrenia»; existen diferencias significativas entre estas y el contacto con personas con un trastorno mental grave. En el análisis por conglomerados, se encontraron 3 grupos diferenciados en función de la combinación de las 2 dimensiones del instrumento.

Conclusiones: Destaca que ninguna de las 2 dimensiones mide conocimiento veraz, y el cuestionario tiene una dimensión actitudinal. Más que el contacto en sí, es el tipo de interacción una variable relevante en el nivel de estigma, lo que cuestiona la hipótesis tradicional del contacto. Se requiere investigar mejor las características del instrumento y los aspectos del contacto que se asocian a un menor nivel de estigma en la población.

Palabras clave: Estigma social++ Esquizofrenia++ Opinión pública++ Actitudes.

ABSTRACT

Introduction: Social stigma is the assigning of negative stereotypes to people with schizophrenia. Different measurement tools have been used to evaluate this, including knowledge scales. The aim of this study was to evaluate the public stigma by measuring this knowledge and relate the degree of information with variables that have shown to influence on stigma presented by the affected population.

Methods: The sample was composed of 399 people and the inclusion criterion was being between 18 and 65 years of age. The "Questionnaire of knowledge on schizophrenia" was applied, as well as a questionnaire to collect sociodemographic information. Participants were recruited in places with large crowds. The following analyses were performed: multiple correlations, non-parametric bivariate and hierarchical clusters.

Results: The questionnaire had two dimensions: "Beliefs on the knowledge of schizophrenia" and "Attitudes towards schizophrenia". There are significant differences between them, and the contact with people with SMI. In the analysis of clusters, there was difference in the two groups according to the combination of the two dimensions of the tools.

Conclusions: It is highlighted that none of the dimensions measures true knowledge, and the questionnaire has an attitudinal dimension. More than contact itself, it is the type of interaction of a relevant variable at the level of stigma that questions the traditional hypothesis of contact. Further research is required on the characteristics of the tool and the aspects of the contact associated to a lower level of stigma in the population.

Keywords: Social stigma, Schizophrenia, Public opinion, Attitude.

Introducción

El estigma puede ser considerado como la principal causa de sufrimiento de las personas con diagnóstico de trastorno mental grave (TMG), fundamentalmente esquizofrenia, por el importante impacto psicosocial que genera^{1,2}. El estigma alude al proceso de etiquetamiento, pérdida de estatus y discriminación de la que es objeto una persona que presenta una característica que el grupo social menosprecia³. Entre sus principales consecuencias está el deterioro de la autoimagen⁴, las dificultades en el acceso al empleo, vivienda y relaciones sociales⁵, y el efecto de barrera que genera en los servicios sanitarios⁶.

El estigma es un fenómeno complejo con distintos niveles; los investigadores distinguen entre estigma estructural, estigma público y autoestigma⁷.

En el estigma público, la población general adscribe estereotipos negativos a un grupo social con base en prejuicios, lo que se traduce en conductas discriminatorias⁸. A las personas que presentan un diagnóstico de esquizofrenia, se las suele ver como violentas, peligrosas, impredecibles e incompetentes para tomar sus propias decisiones^{9,10}. Se ha encontrado que diversas variables influyen en las actitudes de la población; entre ellas destacan la edad, el nivel educativo y el contacto previo con estas personas¹¹. Aunque en Latinoamérica y particularmente en Chile se ha estudiado poco el tema^{12,13}, los resultados de las investigaciones van en la misma línea que lo encontrado en otros contextos; es decir, existen prejuicios y actitudes negativas hacia personas con diagnóstico de esquizofrenia^{14,15}.

El estigma público se ha estudiado a través de las creencias y las actitudes de la población hacia las personas con un diagnóstico psiquiátrico¹⁶. Se han utilizado distintos instrumentos para evaluarlo; destacan las escalas de distancia social, las medidas de diferencial semántico y las escalas de actitudes y conocimiento^{17,18}. Respecto a estas últimas, algunos estudios

muestran que el nivel de información que una persona tiene sobre un diagnóstico psiquiátrico está relacionado con las actitudes hacia esa población. Esta parece ser una relación dialéctica, pues se ha encontrado que los prejuicios hacia un determinado grupo social influyen en el nivel y el tipo de información que se aprehende sobre ese grupo¹⁸.

La información puede disminuir los prejuicios directamente a través del cuestionamiento de los mitos e indirectamente mediante el incremento de la conciencia sobre la situación de estas personas. La evaluación de la información se realiza fundamentalmente a través de cuestionarios de alternativas múltiples, verdadero y falso y cumplimentación breve. Estas medidas tienen la ventaja de ser relativamente fáciles de aplicar y puntuar, son sensibles al cambio, por lo que se usan en programas antiestigma y disminuyen la discapacidad social¹⁸.

De estos instrumentos, la escala de información usada por la Organización Mundial de Psiquiatría para evaluar los componentes educativos de su programa «Puertas abiertas» es uno de los más utilizados^{10,19}. Esta medida se adaptó y se usó en una investigación en los pocos estudios que han evaluado el estigma en Chile han utilizado, fundamentalmente, escalas de actitudes e instrumentos de elaboración propia, por lo que sería deseable contar con otras medidas que tengan respaldo en distintos contextos culturales; más aún, considerando que el estigma es un problema de salud pública, pues impacta directamente en las posibilidades de recuperación y, por lo tanto, de inclusión social de las personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico grave como la esquizofrenia.

El objetivo de este estudio es evaluar el estigma público mediante una medida de conocimiento, y relacionar el nivel de información con variables que, en otros contextos culturales, han mostrado influencia en el estigma que la población atribuye a las personas con esquizofrenia.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal mediante encuestas.

Participantes

Se tomó una muestra por conveniencia de población general perteneciente a la provincia de Concepción en Chile. El único criterio de inclusión fue tener entre 18 y 65 años. La muestra fue de 399 personas, con una media de edad de $39,14 \pm 12,56$ (intervalo, 18-65) años. Respecto al nivel educativo, un 53% tiene educación superior (técnica o universitaria); un 38%, educación media, y solo un 8,8%, nivel básico. No hubo personas sin educación formal.

Otras características sociodemográficas y de antecedentes y conocimiento sobre la esquizofrenia se presentan en la tabla 1.

Tabla 1
Datos sociodemográficos de la muestra

Sujetos, n	399
Mujeres	55,4%
Ocupación	
Estudiante	11,5%
Jubilado	4,3%
Cesante	4,0%
Dueña de casa	11,0%
Trabajador/a	69,2%
¿Se le ha diagnosticado un trastorno mental?, sí	6,3%
¿Tiene algún pariente que sufra una enfermedad mental grave, por ejemplo esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis, etc.?, sí	19,0%
¿Mantiene relación con este familiar?, sí	69,7% (n = 76)
¿Tiene algún vecino con una enfermedad mental grave, por ejemplo esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis, etc.?, sí	25,6% (n = 102)
¿Mantiene relación con algún vecino o conocido con una enfermedad mental grave, por ejemplo esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis, etc.?, sí	69,3% (n = 102)
Número de integrantes de su familia	
1-3	31,8%
4-6	58,4%
7 o más	9,8%

Instrumentos

Cuestionario de conocimiento sobre la esquizofrenia

Instrumento usado por la OMS en la implementación del programa «Puertas abiertas»^{1,19}. En este estudio se usó la versión adaptada en Argentina¹³, que consta de 10 ítems; 8 de ellos tienen un formato de respuesta del tipo sí/no/no sabe; el noveno, que indaga sobre causas de la esquizofrenia, muestra las alternativas de respuesta: genéticas, ambientales o ambas; el último ítem, sobre conocimiento de tratamientos más efectivos, muestra las alternativas: medicamentos, psicoterapia y ambos.

Además, se agregó un ítem que pregunta «el tratamiento de salud permite que se mantengan estables», con alternativas de respuesta sí/no/no sabe, pregunta que permitiría evaluar la información que se maneja sobre la relación entre el trastorno y la atención sanitaria, lo que (en el contexto chileno) resulta relevante para valorar la consolidación de un modelo de salud mental comunitario (tabla 2). El instrumento entrega una puntuación total que puede llegar a 11 puntos.

Tabla 2
Frecuencias de respuestas por ítems

Conocimiento de personas con esquizofrenia		Sí, %	No, %	No sabe, %
1	Sufren de personalidad dividida o múltiple	58,6	11,0*	30,3
2	Oyen voces que no existen	79,4*	4,3	16,3
3	Presentan tendencia al aislamiento social	67,7*	12,0	20,3
4	Pueden tener falta de voluntad	54,1*	15,5	30,3
5	Son retardados mentales	11,5	69,2*	19,3
6	La mayoría son peligrosos para otros o tienen conductas violentas	56,1	25,1*	18,8
7	Tienen conductas raras o inadecuadas	79,4*	8,0	12,5
8	La mayoría tienen cura	41,6	20,6*	37,8
9	El tratamiento de salud permite que se mantengan estables	83,0*	3,8	13,3
10	Las causas de la esquizofrenia son...	Genéticas 43,1	Ambientales 7,3	Ambas 49,6*
11	El tratamiento más adecuado es...	Medicación 12,8	Psicoterapia 7,8	Ambos 79,4*

* Respuesta correcta.

Cuestionario de recolección de datos sociodemográficos

Incluyó preguntas sobre: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, actividad laboral y número de integrantes de la familia del participante. Además, se consultó a los participantes si tenían algún diagnóstico de trastorno mental. Finalmente, se preguntó por un trastorno mental grave tuvieran un pariente o un vecino y si mantenían contacto con ellos.

Procedimiento

Los participantes fueron reclutados en lugares de gran afluencia de público: terminal de buses, municipios, salas de espera de recintos sanitarios, plazas, universidades y supermercados, y en distintos barrios del territorio seleccionado.

Aplicaron los instrumentos estudiantes de Psicología especialmente capacitados. Las personas que accedieron a participar firmaron un consentimiento informado donde se indicaba el carácter del estudio y los resguardos éticos que conllevaba este. La mayoría respondió a los cuestionarios auto aplicándose los. Cuando un sujeto presentaba dificultades para responder, un entrevistador dio apoyo a la aplicación. La toma de datos se llevó a cabo entre noviembre y diciembre de 2011.

Análisis de los datos

La primera revisión de la base de datos mostró un porcentaje de pérdida < 5% en cada ítem, frente a lo cual se aplicó un método de imputación múltiple. Posteriormente se realizó un análisis descriptivo de la variables sociodemográficas y, con base en las distribuciones de las respuestas, se realizó un análisis de consistencia interna. Dado que esta fue baja, se procedió a revisar la estructura del cuestionario utilizando un análisis de correspondencias múltiples, lo que arrojó 2 dimensiones en el instrumento.

Como la distribución de los datos no se ajustaba a una curva normal, se utilizaron análisis no paramétricos. Se realizaron análisis bivariados entre las dimensiones y las variables sociodemográficas mediante la U de Mann-

Whitney para variables dicotómicas, y la prueba de Kruskal-Wallis para variables policotómicas.

Finalmente, se realizó un análisis de conglomerados jerárquicos utilizando las puntuaciones de las dimensiones, para clasificar a los participantes. Se utilizó como índice de distancia la métrica de Ward, que permite maximizar la homogeneidad dentro de los grupos. Se usó agrupamiento completo como método de agrupamiento. El análisis de resultados se realizó con el *software* SPSS versión 19.0

Resultados

Una mayor puntuación en la escala de conocimiento indica mayor información sobre la esquizofrenia. La puntuación media de respuestas correctas fue $6,19 \pm 1,898$, lo que equivale al 56,2%; la mediana fue 6, con una asimetría de -0,441. El 8,8% de la muestra obtuvo entre 0 y 3; el 63,9% alcanzó entre 4 y 7, y el 27,3% tuvo puntuaciones > 7. El análisis detallado de las respuestas muestra que el 58,6% piensa que las personas con esquizofrenia poseen personalidad dividida; el 56,1% las ve como peligrosas y el 43,1% cree que las causas son solo genéticas (tabla 2).

Para analizar la estructura de la escala, se realizó un análisis de correspondencias múltiples. Un modelo de 2 dimensiones se adecuó a los datos. La primera dimensión se llamó «Creencias sobre el conocimiento de la esquizofrenia» y considera 2 categorías. Las respuestas sí/no tendieron a agruparse como una categoría y las respuestas «no sabe», como otra. Estas 2 categorías fueron puntuadas con valores 1 y 0 respectivamente. Valores más altos en la dimensión indicarían una mayor creencia del encuestado sobre su conocimiento de la esquizofrenia, reflejado en una menor cantidad de respuestas «no sabe».

La segunda dimensión se refiere a la actitud de las personas basada en ese conocimiento. Las actitudes negativas se asociaron con puntuaciones altas y las positivas, con bajas. Sin embargo, hubo un grupo que obtuvo puntuaciones intermedias, por lo que las respuestas se puntuaron 0, 1 y 2 respectivamente. Esta dimensión se denominó «Actitudes hacia la esquizofrenia» y a ella aportaron los ítems 1 al 9. Sin embargo, los ítems 10 («causas de la esquizofrenia») y 11 («El tratamiento más adecuado es...») no aparecen asociados a ninguna dimensión, por lo que se excluyeron de los siguientes análisis.

El análisis de consistencia interna de la dimensión 1 («Creencias sobre el conocimiento de la esquizofrenia») arrojó un alfa de Cronbach de 0,721; mientras la dimensión 2 («Actitudes hacia la esquizofrenia») obtuvo $\alpha = 0,523$.

Los análisis bivariantes entre las dimensiones y las variables sociodemográficas no mostraron diferencias significativas en la dimensión 1, según sexo, nivel educativo, edad, ingreso familiar, tamaño de la familia y estado civil. Sí se observan diferencias significativas cuando las personas entrevistadas indican que tienen un diagnóstico de trastorno mental grave ($U = 2,952$; $p = 0,003$) o un familiar con TMG ($U = 4,352$; $p < 0,001$) o que conocen a un vecino con TMG ($U = 3,061$; $p = 0,002$). En estas

situaciones, existe una mayor creencia sobre el nivel de conocimientos de la esquizofrenia. En el caso de la ocupación, si bien hay una diferencia significativa entre las distintas categorías de la variable, no es posible determinar entre cuáles ocurre (tabla 3).

Tabla 3
Resultados por dimensiones. Dimensión 1. Tendencia de conocimiento sobre los trastornos mentales graves

Variable	Media \pm DE	Mediana (IC95%)	p
Sexo			
Varones	6,89 \pm 2,112	7,0 (6,58 – 7,20)	0,375
Mujeres	7,11 \pm 1,953	8,0 (6,85 – 7,37)	
Educación			
Básica	7,34 \pm 1,846	8,0 (6,71-7,98)	0,084
Media	6,88 \pm 2,151	7,5 (6,53-7,22)	
Técnica	6,69 \pm 2,095	7,0 (6,26-7,12)	
Universitaria	7,34 \pm 1,808	8,0 (7,01-7,67)	
Edad			
18-29 años	6,81 \pm 2,162	7,0 (6,41-7,22)	0,296
30-41 años	7,05 \pm 2,024	8,0 (6,66-7,43)	
42-53 años	6,97 \pm 1,982	7,0 (6,60-7,33)	
54-65 años	7,39 \pm 1,837	8,0 (6,92-7,86)	
Ocupación			
Estudiante	6,28 \pm 2,437	7,0 (5,56-7,01)	0,045 ^a
Jubilado/a	7,65 \pm 2,149	9,0 (6,54-8,75)	
Cesante	7,56 \pm 2,065	8,5 (6,46-8,66)	
Dueña de casa	6,89 \pm 2,233	7,0 (6,21-7,57)	
Trabajador/a	7,08 \pm 1,884	8,0 (6,86-7,30)	
Ingreso familiar (\$)			
< 300.000	6,95 \pm 2,067	7,5 (6,63-7,27)	0,756
300.001-500.000	6,96 \pm 2,087	7,0 (6,54-7,38)	
\geq 500.001	7,11 \pm 1,947	8,0 (6,79-7,43)	
Número de miembros de la familia			
1-3	7,20 \pm 1,891	8,0 (6,87-7,54)	0,577
4-6	6,91 \pm 2,105	7,0 (6,64-7,19)	
\geq 7	6,95 \pm 1,973	8,0 (6,31-7,59)	
Persona diagnosticada de trastorno mental			
No	6,94 \pm 2,052	7,0 (6,73-7,14)	0,003 ^b
Sí	8,12 \pm 1,130	8,0 (7,65-8,59)	
Pariente con trastorno mental			
No	6,81 \pm 2,074	7,0 (6,58-7,04)	< 0,001 ^b
Sí	7,86 \pm 1,555	8,0 (7,50-8,21)	
Contacto con pariente			
No	7,57 \pm 2,085	8,0 (6,66-8,47)	0,743
Sí	7,83 \pm 1,673	8,0 (7,37-8,29)	
Vecino con trastorno mental			
No	6,79 \pm 2,169	7,0 (6,54-7,04)	0,002 ^b
Sí	7,65 \pm 1,354	8,0 (7,38-7,91)	
Contacto con vecino			
No	7,65 \pm 1,355	8,0 (7,15-8,14)	0,927
Sí	7,66 \pm 1,371	8,0 (7,33-7,98)	
Estado civil			
Soltero	6,94 \pm 2,189	8,0 (6,59-7,29)	0,558
Casado o conviviente	7,01 \pm 1,895	7,0 (6,76-7,27)	
Separado, viudo o divorciado	7,26 \pm 2,075	8,0 (6,58-7,95)	

DE: desviación estándar; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a $p \leq 0,05$.

^b $p \leq 0,01$.

El análisis de la dimensión 2 («Actitudes hacia la esquizofrenia»), no mostró diferencias significativas con sexo, edad, ingreso familiar, tener un pariente con TMG, conocer a un vecino con TMG y el estado civil de los encuestados. Sí se observan diferencias significativas con el tamaño del grupo familiar, la educación, mantener contacto con un vecino con

TMG y la ocupación. Las familias numerosas presentan una actitud más favorable que las de tamaño medio ($H = 7,260$; $p = 0,028$); y las personas con formación universitaria presentaron una actitud más favorable que las que poseen estudios secundarios ($H = 9,788$; $p = 0,016$). También se observó una actitud más positiva entre las personas que mantienen contacto con un vecino diagnosticado de un TMG ($U = 2,056$; $p = 0,040$). Y, al igual que en la dimensión 1, en la variable ocupación no es posible determinar la tendencia de la diferencia significativa (tabla 4). Sin embargo, estos resultados deben ser interpretados con cautela, pues la consistencia interna de la dimensión es baja (tabla 4).

Tabla 4
Resultados por dimensiones. Dimensión 2. Tendencia de valoración actitudinal sobre los trastornos mentales graves

Variables	Media \pm DE	Mediana (IC95%)	P
Sexo			
Varones	13,46 \pm 2,493	14,0 (13,09-13,82)	0,335
Mujeres	13,53 \pm 2,986	14,0 (13,13-13,93)	
Educación			
Básica	13,83 \pm 2,717	14,0 (12,90-14,76)	0,020*
Media	13,76 \pm 3,053	14,0 (13,27-14,25)	
Técnica	13,55 \pm 2,547	14,0 (13,03-14,07)	
Universitaria	13,01 \pm 2,544	14,0 (12,54-13,47)	
Edad			
18-29 años	13,48 \pm 2,630	14,0 (12,99-13,97)	0,294
30-41 años	13,18 \pm 3,228	14,0 (12,57-13,79)	
42-53 años	14,0 \pm 2,482	14,0 (13,54-14,46)	
54-65 años	13,15 \pm 2,574	14,0 (12,49-13,81)	
Ocupación			
Estudiante	13,91 \pm 2,336	14,0 (13,22-14,61)	0,049*
Jubilado/a	12,29 \pm 3,077	14,0 (10,71-13,88)	
Cesante	13,25 \pm 3,066	13,5 (11,62-14,88)	
Dueña de casa	14,32 \pm 3,010	14,5 (13,40-15,23)	
Trabajador/a	13,38 \pm 2,742	14,0 (13,06-13,71)	
Ingreso familiar (\$)			
< 300.000	13,62 \pm 3,001	14,0 (13,15-14,09)	0,255
300.001-500.000	13,57 \pm 2,440	14,0 (13,08-14,07)	
\geq 500.001	13,31 \pm 2,728	14,0 (12,86-13,76)	
Número de miembros de la familia			
1-3	13,35 \pm 2,739	14,0 (12,87-13,84)	0,028*
4-6	13,76 \pm 2,670	14,0 (13,42-14,11)	
\geq 7	12,96 \pm 3,216	13,0 (11,32-13,40)	
Persona diagnosticada de trastorno mental			
No	13,51 \pm 2,763	14,0 (13,23-13,79)	0,614
Sí	13,24 \pm 2,976	14,0 (12,01-14,47)	
Pariente con trastorno mental			
No	13,55 \pm 2,755	14,0 (13,25-13,85)	0,441
Sí	13,26 \pm 2,858	14,0 (12,61-13,92)	
Contacto con pariente con TMG			
No	13,39 \pm 3,201	14,0 (12,01-14,78)	0,94
Sí	13,28 \pm 2,804	14,0 (12,51-14,06)	
Vecino con trastorno mental			
No	13,53 \pm 2,865	14,0 (13,20-13,85)	0,415
Sí	13,41 \pm 2,499	14,0 (12,92-13,90)	
Contacto con vecino con TMG			
No	14,06 \pm 2,435	14,0 (13,17-14,96)	0,040*
Sí	13,17 \pm 2,479	14,0 (12,58-13,76)	
Estado civil			
Soltero	13,42 \pm 2,480	14,0 (13,02-13,81)	0,465
Casado/conviviente	13,50 \pm 2,994	14,0 (13,10-13,91)	
Separado, viudo o divorciado	13,76 \pm 2,686	14,0 (12,88-14,65)	

DE: desviación estándar; IC95%: intervalo de confianza del 95%; TMG: trastorno mental grave.

* $p \leq 0,05$.
^b $p \leq 0,01$.

Al realizar el análisis de conglomerados jerárquico, se identificaron 3 grupos (fig. 1).

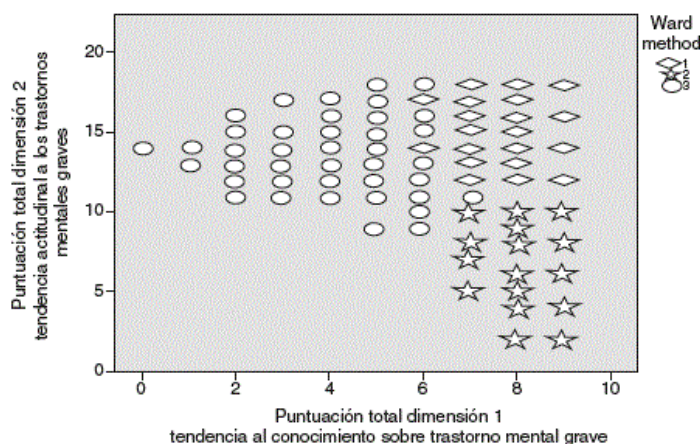


Figura 1

Distribución de sujetos según análisis de conglomerados jerárquico.

El primer grupo ($n = 53$) corresponde a quienes tienen una actitud favorable hacia la esquizofrenia y una mayor creencia sobre conocimientos, y está compuesto principalmente por mujeres (66%) y personas que trabajan (74%); un 49% vive en pareja. Destaca que un 36% tiene formación universitaria y un 40% se encuentra en el tramo de ingresos más alto. Este grupo tiene experiencias cercanas con el tema, ya sea por un diagnóstico propio (9%) o por familiares (28%) y vecinos (25%). En concordancia, es el grupo que mantiene mayor contacto con vecinos que sufren un TMG (92%).

El segundo grupo tiene una actitud negativa hacia la esquizofrenia y una baja creencia sobre los conocimientos ($n = 231$). Se caracteriza por una distribución similar entre varones y mujeres, aunque ellas tienen una leve ventaja (54,5%). Al igual que el grupo anterior, la mayoría vive en pareja (52%) y trabaja (70%). Un 32% posee educación universitaria y el 42% se ubica en el tramo con menores ingresos. Finalmente, tienen menos experiencia con personas con TMG que el grupo anterior, un 8% refiere un diagnóstico personal y un 23%, en familiares. Este grupo es el que tiene mayor porcentaje de vecinos con TMG; sin embargo, es el que tiene menor contacto con ellos (68%).

Por último, el tercer grupo ($n = 115$) posee una actitud negativa hacia la esquizofrenia y una mayor creencia de conocimiento. En este hay proporciones similares de varones y mujeres (52,2%), la mayoría vive en pareja (55%) y trabaja (66%), aunque este porcentaje es menor que en los grupos anteriores. Destaca un alto porcentaje de personas con educación media (45%) y la menor proporción de entrevistados con formación universitaria (21%) de los 3 grupos. Tienen menor contacto con personas con TMG, ya sea porque pocos tienen un diagnóstico psiquiátrico (2%) o un pariente (7%) o vecino en esta condición (12%) (tabla 5).

Tabla 5
Distribución de variables sociodemográficas en los 3 grupos, por sexo

	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
	Mujeres	Varones	Todos	Mujeres	Varones	Todos	Mujeres	Varones	Todos
Sujetos, n	35	18	53	126	105	231	60	55	115
Edad (años), media	37,7	41,7	39,1	39,7	39,4	39,6	36,1	40,5	38,2
Estado civil, %									
Soltero	46	33	42	37	39	38	35	40	37
Casado/conviviente	43	61	49	49	54	52	52	58	55
Separado, divorciado o viudo	11	6	9	13	7	10	13	2	8
Ocupación									
Estudiante	6	11	8	10	10	10	20	11	16
Jubilado/a	6	6	6	2	8	5	0	5	3
Cesante	0	11	4	5	4	4	0	7	3
Dueña de casa	14	0	9	20	0	11	23	0	12
Trabajador/a	74	72	74	63	78	70	57	76	66
Escolaridad									
Básica	9	6	8	13	8	10	5	7	6
Media	34	39	36	40	29	35	55	35	45
Técnica	26	11	21	17	28	22	23	33	28
Universitaria	31	44	36	29	36	32	17	25	21
Ingreso familiar (\$)									
< 300.000	34	33	34	46	36	42	40	40	40
300.000-499.000	26	28	26	26	18	23	35	16	26
≥ 500.000	40	39	40	28	46	36	25	44	34
Número de miembros de la familia									
1-3	26	28	26	33	39	35	37	16	27
4-6	49	56	51	60	57	59	55	67	61
≥ 7	26	17	23	7	4	6	8	16	12
A usted le han diagnosticado un trastorno mental									
No	91	89	91	90	94	92	97	100	98
Sí	9	11	9	10	6	8	3	0	2
Pariente con trastorno mental									
No	71	72	72	75	80	77	92	95	93
Sí	29	28	28	25	20	23	8	5	7
Mantiene contacto con pariente									
No	40	0	27	23	38	29	50	33	44
Sí	60	100	73	77	62	71	50	67	56
Vecino con trastorno mental									
No	71	83	75	67	70	68	88	87	88
Sí	29	17	25	33	30	32	12	13	12
Mantiene contacto con vecino									
No	10	0	8	31	34	32	57	29	43
Sí	90	100	92	69	66	68	43	71	57

Salvo otra indicación, los valores expresan porcentajes.

Discusión

El propósito de esta investigación es evaluar el estigma público a través de una medida de conocimiento y relacionar el nivel de información con variables que, en otros contextos culturales, han mostrado influencia en el estigma que atribuye la población^{1,2,19}.

El 56,2% de las personas manejaba un nivel de información de al menos 6 respuestas correctas de un máximo de 11, porcentaje menor que el obtenido en estudios realizados en Norteamérica y Europa^{1,2,10,19,20} y similar al resultado referido por Leiderman et al.¹³ en Argentina; esta concordancia puede asociarse tanto a la semejanza entre ambos instrumentos y al método de aplicación (autoaplicado) como a los análogos contextos sociales, al tratarse de países vecinos que comparten lengua y costumbres. El deficiente nivel de información que la población

tiene sobre la esquizofrenia también puede asociarse al menor desarrollo de los modelos de intervención de orientación comunitaria²¹.

Si se analizan los resultados por ítems, el 58,6% de los entrevistados aún consideran que las personas con esquizofrenia tienen personalidad dividida, resultado que coincide con estudios previos en los que se ha observado que esta condición se asocia con la esquizofrenia^{1,2,13,19,22}, lo que alimenta mitos y prejuicios sobre este trastorno.

Por otra parte, el estudio confirma la relación que establece la población general entre esquizofrenia y peligrosidad. Aunque algunas investigaciones indican que no hay diferencias significativas en la violencia ejercida entre personas con y sin esquizofrenia, e incluso se ha encontrado que los sujetos con TMG son potencialmente más víctimas de actos violentos que la población general²³, el público sigue considerándolos una amenaza²⁰. Las descripciones negativas o las generalizaciones que hacen los medios de comunicación sobre eventos violentos contribuyen a la construcción de creencias, prejuicios y, en definitiva, estigma público²⁴⁻²⁶.

Un alto porcentaje de personas (43,1%) conciben la genética como única causa de la esquizofrenia, resultado que también han señalado otras investigaciones^{1,2,19}, lo que muestra que los aspectos psicosociales asociados al inicio del trastorno son aún desconocidos para una parte importante de la población. Sin embargo, y contrastando con lo anterior, un 79% de los encuestados consideran que el mejor tratamiento es una combinación de medicación y psicoterapia y el 41,6% señala que la mayoría de las personas con esquizofrenia tienen cura, lo que muestra la incongruencia de la información manejada y refleja conocimientos contrapuestos que pueden influir en que se mantengan actitudes ambivalentes hacia estas personas. Esta visión más positiva podría estar relacionada con que en Chile, desde hace algunas décadas, se trabaja en un modelo de salud mental comunitario en el abordaje de los TMG^{27,28}.

Respecto a la estructura de la escala, destaca que un instrumento que evalúa información presente 2 dimensiones, ninguna de las cuales se basa en su grado de veracidad. La primera dimensión recoge las creencias que tienen las personas sobre sus conocimientos en el tema, que se relacionan con el contacto directo con personas que sufren un TMG, lo que podría indicar que la experiencia directa influye en las ideas de las personas sobre su nivel de información. En el estudio que Leiderman et al.¹³ realizaron en Argentina, el contacto se relacionó con el nivel de información veraz, por lo que es plausible concluir que esta variable se asocia tanto al conocimiento real como a las creencias de conocimiento que las personas tienen sobre la esquizofrenia; lo cual es interesante, porque denota que el contacto, en algunas personas, podría influir en el nivel de información, mientras en otras solo incide en la creencia sobre este nivel. Esto último lleva a preguntarse si la experiencia real con personas con TMG puede reafirmar estereotipos existentes, en la medida que las personas adecuan la información nueva a sus creencias a través de sesgos²⁹. Sin embargo, es necesario identificar qué factores contribuyen en este proceso.

Otro aspecto llamativo es que una escala de conocimiento tenga una dimensión que refleje actitudes. Como han señalado algunos autores, evaluar el nivel de información sobre un TMG es una forma indirecta de medir actitudes; lo que avala el uso de cuestionarios de información como medidas actitudinales, con la ventaja de tener menos sesgo de discapacidad social¹⁸.

El contacto con vecinos con TMG se asocia con una actitud más positiva, lo que reafirma la importancia del contacto, pero muestra que el tipo de relación que se establece es central. Cuando hay una interacción menos íntima, la actitud es más favorable, probablemente porque es un contacto con menor carga emocional negativa, lo que concuerda con investigaciones que señalan que los familiares de personas con esquizofrenia poseen una actitud más negativa hacia la enfermedad que otros grupos sociales, resultado que contrasta con la hipótesis de contacto tradicional³⁰.

Por otra parte, familias con más integrantes presentan una actitud más positiva hacia la esquizofrenia. No conocemos estudios que relacionen directamente esta variable con las actitudes, pero el hallazgo hace necesario establecer más precisamente cuántas personas en el grupo familiar hacen la diferencia y qué características poseen estos grupos familiares. Finalmente, nuestro estudio corrobora que las personas con mayor nivel educativo presentan una actitud más favorable hacia los TMG³¹⁻³³.

En el análisis por conglomerados, el grupo con mayor creencia de conocimiento y una actitud más positiva está compuesto mayoritariamente por mujeres, tiene un mayor nivel educativo y de ingresos y tiene contacto directo con personas con TMG. Esto coincide con otros estudios en los que se ha encontrado que las mujeres tienen una actitud más positiva hacia los TMG, lo que puede deberse a que las mujeres se interesan más por temas y aspectos relacionados con los cuidados en el ámbito de la salud^{1,19}.

El segundo grupo identificado en el análisis por conglomerados tiene una baja creencia de conocimiento sobre la esquizofrenia y una actitud negativa. Este grupo, como el anterior, mantiene contacto con personas con TMG; sin embargo, al compararlos se observa que en el grupo con actitudes favorables hay más contacto con vecinos (el 92 frente al 68%), en tanto la interacción con parientes es similar (el 73 frente al 71%). Este resultado reafirma lo expresado anteriormente: el contacto en sí no haría la diferencia, sino que sería la calidad del contacto lo que podría estar influyendo en las actitudes hacia personas con esquizofrenia. En el futuro, sería necesario investigar qué aspectos distinguen al contacto entre parientes y vecinos que facilita la adquisición de actitudes positivas hacia personas con TMG.

Finalmente, el tercer grupo presentó una creencia de conocimiento alta y una actitud negativa hacia los TMG. En este caso, las ideas sobre la información que poseen las personas permiten justificar o «racionalizar» su posición ante el tema³⁴; la creencia de conocimiento, aunque esté

errado, fundamenta la actitud negativa, en la medida que se entrega una explicación sobre los TMG. En este sentido, las personas reaccionan a los ítems según su actitud general y seleccionan la información que concuerda con esa actitud³⁵. Mantener dicha concordancia y evitar la información discrepante es un sesgo que desde la psicología social se ha denominado sesgo de la congenialidad^{36,37}. Este grupo es el que presenta un mayor desafío en la intervención pues, como creen saber sobre el tema, estarán menos dispuestos a recibir y buscar información alternativa que cuestione sus actitudes.

Una de las limitaciones del estudio es su muestreo no probabilístico, lo que obliga a tener cautela al generalizar los resultados. Por otro lado, la escala utilizada no refleja bien el conocimiento, por lo que se hace necesario seguir investigando respecto de la conformación de esta. Finalmente, es necesario continuar realizando investigaciones que indaguen y ahonden sobre cómo se presenta el estigma hacia personas con esquizofrenia entre la población nacional, ya que resulta relevante para el futuro desarrollo de intervenciones y cuidados por la relevancia de los aspectos psicosociales en la recuperación de las personas. Asimismo, la investigación en el medio nacional es escasa, por lo que este tipo de estudios amplía el conocimiento sobre el tema en Chile y Latinoamérica y permite dimensionar el real alcance del estigma hacia los TMG.

Conclusiones

La población presenta un deficiente nivel de información y creencias estereotipadas sobre la esquizofrenia. El cuestionario sobre conocimiento de la esquizofrenia tiene 2 dimensiones: «Creencias sobre el conocimiento de la esquizofrenia» y «Actitudes hacia la esquizofrenia». Destaca, por una parte, que ninguna dimensión mida conocimiento veraz y, por la otra, que una escala de conocimiento evalúe actitudes, lo que avala el uso de cuestionarios de información como medidas actitudinales. Los resultados de este estudio reafirman la importancia del contacto, pero cuestionan la hipótesis tradicional, ya que, más que el contacto en sí, es la calidad de este una variable relevante en el nivel de estigma. Se requiere investigar mejor las características del instrumento y los aspectos del contacto que se asocian a un menor nivel de estigma en la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stuart H, Arboleda-Flórez J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2001;46:245-52.
2. Arboleda-Flórez J. Stigma and discrimination: an overview. *World Psychiatry*. 2005;4:8-10.
3. Link BG, Phelan J. Conceptualizing stigma. *Ann Rev Soc*. 2001;27:363-85.
4. Karidi MV, Stefanis CN, Theleritis C, Tzedaki M, Rabavilas AD, Stefanis NC. Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Comprehen Psychiatry*. 2010;51:19-30.

5. Sharac J, Mccrone P, Clement S, Thornicroft G. The economic impact of mental health stigma and discrimination: A sistematic review. *Int J Epidemiol Psychiatr Sci.* 2010;19:223-32.
6. Wahl O. Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trend Cogn Sci.* 2012;16:9-10.
7. Corrigan PW, O'carroll;Shaughnessy JR. Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Aust Psychologist.* 2007;42:90-7.
8. Hinshaw S. Stigma and mental illness: Developmental issues and future prospects. En: Cicchetti, Cohen, editores. *Developmental psychopathology.* New Jersey: John Wiley & Sons; 2006. p. 841-81.
9. Rose D, Thornicroft G, Pinfold V, Kassam A. 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *Health Serv Res.* 2007;7:7-97.
10. Thompson AH, Stuart H, Bland RC, Arboleda-Flórez J, Warner R, Dickson RA. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37:475-82.
11. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113:163-79.
12. Toledo E, Blay SL. Community perception of mental disorders. A systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39:955-61.
13. Leiderman EA, Vazquez G, Berizzo C, Bonifacio A, Bruscoli N, Capria J, et al. Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46:281-90.
14. Chuaqui J, Esquizofrenia. estigma e inserción laboral. *Psiquiatría y Salud Mental.* 2002;1:4-11.
15. Zárate C, Ceballos M, Contardo M, Florenzano R. Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2006;44:205-14.
16. Jorm A, Kelly C. Improving the public's understanding and response to mental disorders. *Aust Psychologist.* 2007;42:81-9.
17. Link B, Yang L, Phelan J, Collins P. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull.* 2004;30:511-41.
18. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clin Psychol Rev.* 2010;30:907-22.
19. Gaebel W, Baumann A, Witte A, Zaeske H. Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2002;252:278-87.
20. Ruiz MÁ, Montes JM, Lauffer JC, Álvarez C, Maurino J, De Dios Perrino C. Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Psiquiatría y Salud Mental.* 2012;5:98-106.
21. Caldas de Almeida J. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18:314-26.

22. Schomerus G, Kenzin D, Borsche J, Matschinger H, Angermeyer MC. The association of schizophrenia with split personality is not an ubiquitous phenomenon. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:780-6.
23. Reavley NJ, Jorm AF, Morgan AJ. Beliefs about dangerousness of people with mental health problems: the role of media reports and personal exposure to threat or harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;50:1-8.
24. Möller-Leimkühler AM, Möller HJ, Maier W, Gaebel W, Falkai P. EPA guidance on improving the image of psychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;266:139-54.
25. Aoki Y, Malcolm E, Yamaguchi S, Thornicroft G, Henderson C. Mental illness among journalists: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59:377-90.
26. Michaels PJ, Corrigan PW. Measuring mental illness stigma with diminished social desirability effects. *J Mental Health*. 2013;22:218-26.
27. Minoletti A, Narváez P, Sepúlveda R, Caprile A. Chile: Lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental Chile. En: Rodríguez J, editor. *Salud mental en la comunidad*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2009. p. 339-48.
28. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago: Ministerio de Salud (MINSAL); 2001.
29. Barreto M. Experiencing and coping with social stigma. En: Mikulincer M, Shaver PR, editores. *APA Handbook of personality and social psychology: Vol II. Group Processes*. New York: The American Psychological Association Collier; 2015. p. 473-506.
30. Rose D, Willis R, Brohan E, Sartorius N, Villares C, Wahlbeck K, et al. Reported stigma and discrimination by people with a diagnosis of schizophrenia. *Epidemiol Psych Sci*. 2011;20:193-204.
31. Corrigan PW, Watson AC. The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Ment Health J*. 2007;43:439-58.
32. Girma E, Möller-Leimkühler AM, Müller N, Dehning S, Froeschl G, Tesfaye M. Public stigma against family members of people with mental illness: findings from the Gilgel Gibe Field Research Center (GGFRC), Southwest Ethiopia. *BMC Int Health Hum Rights*. 2014;14:1.
33. Stuber JP, Rocha A, Christian A, Link BG. Conceptions of mental illness: Attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatr Serv*. 2014;65:490-7.
34. Valencia JF, Gil-De-Montes L, Elejabarrieta F. Creencias y actitudes hacia la inmigración: estereotipos, prejuicio y regulaciones normativas. *Int J Soc Psychol*. 2004;19:299-318.
35. Molero A. El estudio del prejuicio en psicología social: definición y causas. En: Morales F, Moya M, Gaviria E, Cuadrado I, editores. *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill; 2007. p. 591-616.
36. Eagly A, Chaiken S. Attitude research in the 21st century: The current state of knowledge. En: Albarracín D, Jonson B, Zanna M, editores. *The Handbook of Attitudes*. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 2005. p. 743-67.
37. Oskamp S, Schultz PW. *Attitudes and opinions*. 3.a ed New York: Psychology Press; 2005.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Notas

Conflicto de intereses Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Notas de autor

*

Autor para correspondencia. Correo electrónico:
pgrandon@udec.cl (P. Grandón).