REVISTA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
VOLUMEN 13, NÚMERO 37, FASCICULO. 2, enero-junio 2024 / ISSN: 2007-7149

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UNA ESCALA DE ESTIGMA EN ENFERMEDAD MENTAL EN MÉDICOS JALISCIENSES DE PRIMER NIVEL

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF A STIGMA SCALE IN MENTAL

ILLNESS AMONG PRIMARY CARE PHYSICIANS IN JALISCO

Luis Hernando Silva Castillo*, Ana Isabel Estrada Ramírez,**

Ernesto Saúl Romero Soltero*, María Elena Rodríguez Pérez ***

Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, Tlaquepaque, México*

Instituto Jalisciense de Salud Mental ** Universidad de Guadalajara**México.

Correspondencia: luissilva@iteso.mx

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo validar la "Opening Minds Scale for Health Care Providers" (OMS-HC-15), una escala que evalúa estigmas hacia la enfermedad mental, en una muestra de 299 médicos de primer nivel en México. La escala, traducida al español y evaluada por expertos, fue sometida a análisis factorial exploratoria y confirmatoria. Se consideraron dos modelos: uno de tres factores (Actitud, Divulgación y Búsqueda de Ayuda, y Distanciamiento Social) y otro de dos (Actitud y Distanciamiento Social). Ambos modelos demostraron bondad de ajuste y consistencia adecuada, aunque la solución de dos factores presentó una mayor coherencia con las dimensiones originales y mejores índices de consistencia interna. Las limitaciones del estudio incluyeron la falta de información sobre la especialidad médica y la capacitación de los participantes, así como la dependencia de autoinformes, lo que puede subestimar el estigma debido a la deseabilidad social. Además, la escala

no mide directamente las conductas estigmatizantes, sino más bien declaraciones verbales, un aspecto relevante para considerar en futuras investigaciones. Este estudio, al validar la 'Opening Minds Scale for Health Care Providers' (OMS-HC-15) en México, no solo extiende la aplicabilidad geográfica de la escala, sino que también aborda una brecha significativa en la literatura existente sobre la medición del estigma hacia la enfermedad mental. Anteriores investigaciones han destacado la importancia de adaptar herramientas de evaluación a contextos culturales específicos, y este trabajo contribuye a ese campo de estudio. Este estudio valida la OMS-HC en el contexto mexicano, proporcionando una herramienta útil para futuras investigaciones y para el desarrollo de intervenciones destinadas a atender el estigma hacia la enfermedad mental, una problemática global.
Palabras clave: estigma, médico, primer nivel, salud mental, análisis factorial, actitudes

Abstract

This study aimed to validate the "Opening Minds Scale for Health Care Providers" (OMS-HC-15), a scale assessing stigmas towards mental illness, in a sample of 299 primary care physicians in Mexico. The scale, translated into Spanish and evaluated by experts, was subjected to exploratory and confirmatory factorial analyses. Two models were considered: a three-factor model and a two-factor model. Both models demonstrated adequate goodness of fit and consistency, although the two-factor model showed greater coherence with the original dimensions and better internal consistency indices. Limitations of the study included a lack of information about the medical specialty and training of the participants, as well as a reliance on self-reports, which may underestimate stigma due to social desirability. Additionally, the scale does not directly measure stigmatizing behaviors, focusing instead on verbal statements, a relevant

aspect for future research. This study's validation of the 'Opening Minds Scale for Health Care Providers' (OMS-HC-15) in Mexico not only broadens its geographical use but also fills a notable gap in the literature on stigma measurement in mental illness. It underscores the need for culturally specific assessment tools, contributing significantly to this area of research. By validating the OMS-HC within the Mexican context, it offers a valuable instrument for future research and the creation of interventions targeting mental illness stigma.
Keywords: stigma, physician, primary care, mental health, factor analysis, psychometric test.

El concepto de enfermedad mental ha cambiado drásticamente en las últimas décadas (Manderscheid et al., 2010). Antes, la enfermedad mental se definía por diagnóstico y las personas afectadas eran estigmatizadas e institucionalizadas. Hoy, la enfermedad y el bienestar se consideran como continuos separados, llevando a nuevas prácticas y políticas de salud mental que reconocen trastornos menos incapacitantes y se enfocan en el bienestar (Manderscheid et al., 2010). La OMS ha promovido la salud mental desde 2001, instando a un enfoque holístico que combina equidad social y desarrollo económico (Novak y Petek, 2018; Petak et al., 2021). El estigma en salud mental, que impacta a individuos, familias, instituciones y la sociedad, sigue siendo un tema importante (Muñóz et al., 2009). El estigma, originalmente definido como una identidad deteriorada que desacredita socialmente, es aplicado a la enfermedad mental como un proceso donde se internalizan percepciones negativas, resultando en discriminación (Mascayano Tapia et al., 2015; Link et al., 1989). En salud mental, los estereotipos asocian a estas personas con peligro, debilidad e incapacidad, llevando al rechazo y exclusión (Corrigan y Shapiro, 2012). El estigma se ve como un fenómeno social que etiqueta, estereotipa y marginaliza a las

personas con trastornos mentales, resultando en desigualdades y limitaciones de oportunidades (INCyTU, 2018). En el ámbito específico de las personas con problemas de salud mental, los estereotipos suelen asociarlas con ser potencialmente peligrosas, débiles o incapaces. Esto genera actitudes y acciones discriminatorias que implican rechazo o exclusión (Corrigan y Shapiro, 2012). El estigma puede entenderse como un fenómeno social multifacético que se manifiesta en la desvalorización y descrédito hacia las personas con trastornos mentales. Este fenómeno implica la etiquetación de personas con trastornos mentales, estereotipos negativos, separación social, pérdida de estatus, discriminación y el ejercicio del poder (Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión [INCyTU], 2018). Esto puede resultar en un trato injusto y desigual, así como en limitaciones en las oportunidades de vida y la participación en la sociedad de las personas. Mascayano Tapia et al. (2015) clasifican el estigma en cuatro tipos: estigma en las personas con enfermedad mental, estigma de (o desde) la familia, estigma público y estigma institucional. Aunque todos estos tipos merecen ser estudiados, este escrito se centra en el último, en particular en el brindado por el personal médico. Este enfoque se debe a que la estigmatización hacia las enfermedades mentales por parte de los profesionales de la salud afecta al paciente y puede generar servicios de menor calidad, limitar el acceso al tratamiento, marginar socialmente, atentar contra una buena relación y generar sentimientos de rechazo (Henderson et al., 2014; Schnyder et al., 2017; Schomerus et al., 2012), lo que puede resultar en una menor adherencia con el tratamiento (Modgill et al., 2014). Dado que el estigma obstaculiza la implementación de enfoques de tratamiento modernos, en 2002, la Organización Mundial de la Salud declaró el estigma como “la barrera más importante a superar en el campo de la salud mental”. En respuesta a esta directriz, en 2007, Canadá desarrolló la iniciativa “Opening Minds (OM)” con el objetivo de

cambiar las actitudes y comportamientos de los proveedores de atención médica hacia las personas con enfermedades mentales (Stuart et al., 2014). A través de esta iniciativa, se financiaron proyectos anti-estigma dirigidos a jóvenes, proveedores de atención médica y fuerzas laborales existentes. En este marco, desarrollar instrumentos confiables y válidos para la evaluación se convirtió en una necesidad.

En 2011, un grupo interdisciplinario de investigadores desarrolló y evaluó la primera versión de la "Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC)" (Kassam et al., 2012), que se ha utilizado en diferentes contextos culturales y con diversos profesionales (Carrara et al., 2023; Dabby et al., 2015; Destrebecq et al., 2018; Knaak et al., 2015; Papish et al., 2013; Sapag et al., 2019; Zuaboni et al., 2021). Tras revisar la literatura relacionada con la medición del estigma, se identificaron varios componentes relevantes a evaluar, como el estigma percibido, la distancia social, la violencia (Fox et al., 2018; Szeto et al., 2013), las reacciones emocionales y la falta de empatía hacia personas con enfermedades mentales (Angermeyer, 2010). La versión final de la OMS-HC del grupo de trabajo canadiense se basa en un modelo tripartito del estigma, que incluye conocimiento (información errónea/diferencias en la comprensión debido a la cultura o la religión), actitudes (prejuicio) y comportamiento (discriminación) (Kassam et al., 2012). La escala consta de 15 ítems que evalúan tres dimensiones coherentes con el modelo tripartito propuesto por los autores: 1) actitudes, 2) divulgación/búsqueda de ayuda y 3) distanciamiento social. La dimensión de "actitudes" involucra juicios valorativos relacionados con el rechazo, la falta de empatía y las ideas preconcebidas hacia la enfermedad mental. La dimensión de "divulgación/búsqueda de ayuda" se refiere a la disposición para buscar ayuda en caso de tener una enfermedad mental. Finalmente, la dimensión de "distanciamiento social" es importante, ya que puede

considerarse un indicador de discriminación e intenciones conductuales (es decir, medir la voluntad de involucrar fácilmente a las personas con enfermedades mentales en diversas actividades). Investigaciones han examinado las características psicométricas de la escala OMS-HC en distintas poblaciones, encontrando, en general, que el instrumento posee una estructura interna apropiada y niveles de confiabilidad aceptables (Chang et al., 2017; Destrebecq et al., 2018; Sapag et al., 2019; Van der Maas et al., 2018; Yuan et al., 2017; Zuaboni et al., 2021).

En Alemania se realizaron adaptaciones del cuestionario (Zuaboni et al., 2021), donde se demostró que el instrumento exhibía buenas propiedades con tan solo 15 ítems. Sapag et al. (2019) obtuvieron resultados similares en el contexto chileno. Por otro lado, al aplicar el instrumento en una muestra de población italiana, se observó una consistencia adecuada entre sus ítems, lo que resultó en una versión confiable de la prueba adaptada para esa población (Destrebecq et al., 2018). En un estudio reciente, se adaptó la escala al contexto brasileño (Carrara et al., 2023) y se aplicó a 195 profesionales de salud. Los autores evaluaron las estructuras de dos y tres factores que se habían reportado en otros países. Sin embargo, ellos encontraron que un modelo de cuatro factores con 16 reactivos mostró un mejor ajuste. Este cuarto factor fue nombrado como "perspectivas negativas" y se relacionó con las actitudes negativas de otras personas hacia aquellos con condiciones de enfermedad mental. Los autores concluyeron que este factor parece ser específico para la cultura brasileña. Los valores de confiabilidad, el número de reactivos y factores resultantes en estudios previos se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. ***Comparación psicométrica de la escala OMS-HC en estudios previos.***

Estudio	Año	Consistencia interna	Reactivos finales	País	Estructura Factorial
Carrara et al.	(2023)	(α=0.74)	16	Brasil	4
Zuaboni et al.	(2021)	(α=0.74)	15	Suiza	3
Daguman	(2020)	(α=0.84)	15	Globalmente[1]Hungría	3
Őri et al.	(2020)	(α=0.74)	14		2/3*
Sapag et al.	(2019)	(α=0.69)	15	Chile	3
van der Maas et al.	(2018)	(α=0.77)	15	Canadá	3
Destrebecq, et al.	(2018)	N.R	15/12	Italia	3/2*
Chang et al.	(2017)	(α=0.75)	14	Singapur	3
Modgill et al.	(2014)	(α=0.74)	15	Canadá	3
Kassam et al.	(2012)	(α=0.78)	12	Canadá	2

[1] Varios países principalmente Estados Unidos y Reino Unido, *Los autores encuentran dos modelos diferentes y sostienen que ambos son útiles para la investigación, NR: No reportada

Como puede observarse en la Tabla 1, se ha aceptado un modelo tripartito en la mayoría de los estudios incluso cuando se han comparado profesionales de la salud de diferentes países (Daguman, 2022). Őri et al. (2020) argumentaron que el modelo con dos factores tiene un mejor ajuste y debería emplearse cuando se estudien las propiedades psicométricas de la escala. Según estos autores, si el interés es estimar los componentes del estigma, entonces se debería emplear la estructura de tres factores con la advertencia de que las subescalas podrían no ser ortogonales. Es decir, las personas (incluyendo los profesionales de la salud) no piden ayuda para sus propios problemas mentales porque anticipan que serán discriminados y, como consecuencia, evitan interactuar con otros (Daguman, 2022; Őri et al., 2020).

El Contexto de la Salud Mental en México

La Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (INCyTU, 2018) reveló que el 18% de la población productiva urbana de México (15-64 años) padece trastornos del estado de ánimo. Adicionalmente, existen 3 millones de adictos al alcohol, 13 millones de fumadores y más de 400 mil adictos a psicotrópicos. Un 1-2% de la población adulta ha intentado suicidarse, mostrando una tendencia ascendente (p. 3). Siguiendo la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud, la salud mental es un estado de bienestar que permite el reconocimiento de habilidades, el manejo del estrés cotidiano, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad (p. 1).

El primer contacto del paciente con un profesional de la salud, conocido como atención de primer nivel, es esencial para el diagnóstico y seguimiento del paciente (Suberbiel Ramírez et al., 2017). En el caso de enfermedades mentales, la relevancia de este contacto inicial es aún mayor. Los profesionales de primer nivel podrían alterar la situación actual, donde la mayoría de los pacientes con enfermedades mentales no están diagnosticados y son atendidos en casa sin apoyo de especialistas. Son también fundamentales para implementar el sistema de vigilancia epidemiológica propuesto por la Organización Mundial de la Salud, que exige la recolección de indicadores de prevalencia de trastornos mentales para elaborar estrategias de atención y prevención para los diversos sectores de la sociedad.

En México, Jalisco es líder en atención a la salud mental, al contar con una Red de atención en Salud Mental conformada por un Centro Integral de Salud (CAISAME) de Estancia breve, un CAISAME de estancia prolongada, ocho Centros Integrales de Salud Mental, nueve Módulos de Salud Mental y veinte servicios de Psicología. A pesar de que se trabaja en estrategias

para que la atención primaria articule la atención de la salud mental, existe investigación limitada sobre el estigma hacia las personas con enfermedad mental por los proveedores de atención médica en el primer nivel. Estudiar la prevalencia de estigma en este nivel es relevante para disminuir los desórdenes mentales antes de que éstos se vuelvan discapacitantes (Bloom y Gullotta, 2003).

Un desafío para comprender y abordar el estigma en Jalisco es la falta de instrumentos válidos y confiables (Flores et al., 2011, Mora-Ríos, et al., 2013; cf., Chang et al., 2017; Destrebecq et al., 2018; Sapag et al., 2019). De los estudios llevados a cabo en esta entidad, Flores et al. (2011) emplearon, tradujeron y validaron la Internalized Stigma Scale (ISS) para evaluar la forma en que las personas con enfermedades mentales experimental las reacciones adversas de los otros. Participaron 100 pacientes con diagnóstico de algún trastorno mental grave con al menos dos años de evolución y que eran atendidos en el SALME. Se reconocieron tres factores asociados a la discriminación (reacciones negativas de otras personas), divulgación (miedo a divulgar que se padece una enfermedad mental) y aspectos positivos (aceptación de la propia enfermedad). La versión en español de la ISS fue usada por Flores et al. (2012) para reportar una asociación entre el nivel de estigma percibido y el apego al tratamiento en pacientes del SALME. Recientemente se empleó para evaluar el impacto de una intervención psicológica con pacientes de dicha institución (Carmona et al., 2023).

Con respecto a la evaluación de estigma en profesionales de la salud de primer nivel en México, Infante et al. (2006) desarrollaron una serie de entrevistas para estimar el grado de estigmatización que los médicos de Puebla, Cuernavaca y Ciudad de México tuvieron hacia pacientes con sida. Por su parte, Pech et al. (2022) emplearon la Escala sobre Conocimientos

en Salud Mental para juzgar en qué medida los médicos de una Unidad de Medicina Familiar en Mérida, Yucatán, estigmatizan a los pacientes de enfermedades mentales. Estos autores argumentaron que se puede suponer que habrá menor estigmatización cuando el médico conozca más acerca de las enfermedades mentales.

En la revisión de literatura se identificó un instrumento para evaluar estigma hacia la salud mental por profesionales sanitarios. Se trata del Mental Health Provider Stigma Inventory (MHPSI) que consta de 24 reactivos organizados en tres factores: actitudes, conductas e influencia de los compañeros de trabajo (Kennedy et al., 2017). Lagunes et al. (2022) tradujeron la escala al español y la emplearon sin llevar a cabo una validación para el contexto mexicano. Sin embargo, la MHPSI supone que se empleará en un contexto de interacción profesional de la salud-cliente. Es decir, sería más pertinente en la práctica privada. Hasta ahora no existe un instrumento que permita medir el nivel de estigma hacia las enfermedades mentales que tienen los médicos del primer nivel de atención validado en población mexicana a pesar de la necesidad de incrementar las acciones para atender la salud mental (Berenzon et al., 2018). Por tanto, el objetivo del presente estudio fue adaptar al español hablado en México la "Opening Minds Scale for Health Care Providers" (creada por Kassam et al., 2012) y traducida al español por Sapag et al. (2019) y analizar sus propiedades psicométricas básicas. Se busca contribuir al desarrollo de instrumentos validados que permitan evaluar la presencia de estigma hacia las personas con enfermedad mental en médicos del primer nivel, específicamente, en el personal médico que brinda atención en Jalisco.

Método

Participantes

299 Médicos que contestaron el instrumento y que brindaban atención médica para población sin seguridad social en centros de salud que pertenecen al primer nivel de atención dentro de las regiones sanitarias que conforman el Sector Salud en Jalisco (Colotlán, Lagos de Moreno, Tepatitlán, La Barca, Tamazula, Ciudad Guzmán, Autlán, Puerto Vallarta, Ameca, Centro Zapopan, Centro Tonalá, Centro Tlaquepaque y Centro Guadalajara). Las autoridades regionales enviaron el instrumento vía correo electrónico a la totalidad de médicos de primer nivel de estas regiones, y únicamente se presenta los datos de quienes voluntariamente atendieron a la solicitud, por ello el muestreo es por voluntarios. La mayor parte de la muestra estuvo conformada por participantes del género femenino (59.2%) con una edad media de 41.3 (D.E. 13.4). Se recolectó información sobe su nivel educativo (78 % con licenciatura, 16% con posgrado y 6% con especialidad), años de experiencia en el sector (30.1% tienen 1-5 años, 17.4% tienen 6-10 años, etc.), lugar de trabajo (22% trabaja en una unidad rural y 76.6% en una urbana), y turno (2% trabaja en jornada acumulada, 8% en vespertino, 87.6% en matutino y 4% nocturno).

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario de variables sociodemográficas e información laboral y la escala OMS-HC. El cuestionario evaluó aspectos relacionados con la edad, el género, el nivel máximo de estudios, años laborados en el sector salud, el tipo de sector (rural/urbano), la jornada laboral.

Se aplicó la escala para evaluar estigma sobre la enfermedad mental “Opening Minds Scale for Health Care Providers” (OMS-HC-15) (Modgill et al., 2014) traducido al español (Sapag et al., 2019). Este cuestionario es de

auto reporte y evalúa la actitud hacia personas con enfermedad mental, la disposición a divulgar que se posee una enfermedad mental en conjunto con la capacidad de pedir ayuda y el distanciamiento social hacia personas con enfermedad mental. El instrumento consta originalmente de 15 ítems Likert con respuestas que oscilan entre "Muy en desacuerdo" (1 punto) y "Muy de acuerdo" (5 puntos). Los ítems 2, 6, 7, 8 y 14 requieren codificación inversa. La suma de todos los ítems proporciona una puntuación total (Modgill et al., 2014).

Instrumentos. ***Estructura de tres factores tomados de Sapag et al. (2019).***

Estructura de tres factores tomados de Sapag et al. (2019).

Factor	Ítems
Actitud	1. Me siento más cómodo/a cuando atiendo a una persona que tiene una enfermedad física, que cuando atiendo a una persona que tiene una enfermedad mental.
	9. A pesar de mis principios profesionales, tengo reacciones negativas hacia las personas que tienen una enfermedad mental.
	10. Es poco lo que puedo hacer para ayudar a las personas con una enfermedad mental.
	11. La mayoría de las personas con una enfermedad mental, no se esfuerzan lo suficiente para mejorarse.
	13. El personal de salud no necesita ser defensor de las personas que tienen una enfermedad mental.
	15. Me cuesta sentir compasión por una persona que tiene una enfermedad mental.

Divulgación / Búsqueda de ayuda	3. Si yo estuviera en tratamiento por una enfermedad mental, no se lo contaría a ninguno/a de mis compañeros/a de trabajo.
	4. Me consideraría una persona “débil” si tuviera una enfermedad mental
	5. Yo estaría poco dispuesto/a a buscar ayuda si tuviera una enfermedad mental
	8. Si yo tuviera una enfermedad mental, se lo contaría a mis amigos.
Distancia Social	2. Si un compañero de trabajo me dijera que tiene un trastorno de salud mental compensado, yo estaría igualmente dispuesto a trabajar con él / ella.
	6. Si una persona que tiene una enfermedad mental compensada y es la más apta para un trabajo, los empleadores deberían contratarla/o.
	7. Si yo supiera que un médico ha sido tratado por una enfermedad mental, aun así, me atendería con él.
	12. No me gustaría que una persona con una enfermedad mental trabajara con niños, incluso si su enfermedad estuviera compensada.
	14. No me importaría si una persona con una enfermedad mental fuera mi vecina/o.

El instrumento permite calcular tres dimensiones del estigma (Tabla 2), las actitudes negativas hacia las personas con enfermedades mentales (Actitud: Ítems 1,9,10,11,13,15), la disposición para revelar una enfermedad mental y buscar ayuda (Divulgación y Búsqueda de ayuda: Ítems 3,4,5,8), y la distancia social que los profesionales desearían tener con las personas que tienen enfermedades mentales (Distancia social: Ítems 2,6,7,12,14) (Kassam et al., 2012; Laraib et al., 2018; Modgill et al., 2014; Sapag et al., 2019).

Procedimiento

Se solicitó permiso a la Secretaría de Salud en Jalisco para aplicar los instrumentos a los médicos, quienes fueron contactados por correo electrónico. Se aseguró la confidencialidad y anonimato de los datos. Inicialmente, once expertos con formación clínica evaluaron el instrumento para identificar ítems incoherentes o poco claros. Se siguió el criterio de Skjong y Wentworth (2000; citado en Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008) para la selección de estos expertos. Se les proporcionó una versión del OMS-HC-15 junto con una plantilla para valorar cada ítem en términos de amplitud de contenido, redacción, claridad y pertinencia en una escala Likert de cuatro puntos (tomadas de Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008).

Los instrumentos fueron luego digitalizados junto con un consentimiento informado, que se envió a los participantes con un enlace al cuestionario de datos sociodemográficos y la OMS-HC-15. La recolección de datos se realizó del 20 de mayo al 06 de junio de 2020.

Análisis de Datos

Se analizó la muestra utilizando estadísticas descriptivas, y se dividió aleatoriamente la base de datos en dos. Con la primera mitad (145 casos), se aplicó un análisis factorial exploratorio usando el software estadístico Factor. Se analizó una matriz de correlaciones policóricas para verificar la posibilidad de factorización, obteniendo un KMO >0.7 y valores significativos en la prueba de Bartlett.

El número de dimensiones a extraer se determinó usando un análisis paralelo de implementación óptima (Timmerman y Lorenzo-Seva, 2011). Se empleó el método robusto de mínimos cuadrados ponderados diagonalmente para extraer los factores y se interpretó la matriz rotada con el método robusto promin. Los reactivos con valores <0.5 en la medida

de adecuación muestral (MSA) fueron descartados (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2021). Se validaron los factores que cumplían ciertos criterios, entre ellos cargas factoriales estandarizadas ≥0.4, consistencia interna ≥0.7 y congruencia conceptual con el modelo teórico. Se aceptó la bondad de ajuste basándose en los valores de RMSEA ≤0.05, CFI ≥0.9, GFI ≥0.9 y AGFI ≥0.9.

Con la segunda mitad de la base de datos (154 casos), se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio usando el software estadístico JASP (2022). Se estimaron las discrepancias con el método de mínimos cuadrados ponderados diagonalmente (DWLS). La bondad de ajuste se consideró adecuada al obtener valores de RMSEA ≤ 0.05, CFI ≥0.9, GFI ≥0.9 y SRMR ≤0.08 (Brown, 2015). Finalmente, se analizó la consistencia interna de cada factor mediante la fórmula omega de McDonald.

El uso de estos dos softwares se fundamentó en su capacidad específica para implementar el método de mínimos cuadrados ponderados diagonalmente. Este método es esencial para tratar con datos ordinales y situaciones que desafían la normalidad. Factor se destacó en la fase exploratoria por su precisión en este método, mientras que JASP fue óptimo para confirmar la estructura factorial con el mismo método. Esta selección garantiza una estimación precisa y robustez metodológica en todas las etapas del análisis.

Resultados

Se utilizó la V de Aiken (Aiken, 1980) para calcular el acuerdo entre los jueces. Los índices promedio fueron de 0.77 para claridad, 0.78 para coherencia y 0.73 para relevancia. Con un índice total de 0.76, se concluye que el cuestionario de opción múltiple posee validez teórica y es útil para los objetivos de la investigación. Se calcularon estadísticas descriptivas

para todos los ítems y la muestra de 299 respuestas. Como se muestra en la Tabla 3, las medias de los 15 ítems varían entre 1.716 y 2.910. La varianza fluctúa entre 0.569 y 1.859. La mayoría de los ítems muestran una distribución positiva, con asimetría entre 0.011 y 1.605.

Tabla 3. ***Descriptivos de ítems***

Variable	Media	Varianza	Asimetría
IT1	2.910	1.119	0.011
IT2*	3.090	1.123	-0.011
IT3	2.548	1.171	0.431
IT4	1.860	0.836	1.203
IT5	2.201	1.859	0.975
IT6*	4.134	0.761	-1.608
IT7*	4.000	0.570	-1.082
IT8*	3.816	0.802	-0.844
IT9	1.716	0.632	1.276
IT10	2.237	1.037	0.674
IT11	2.324	0.955	0.521
IT12	2.395	1.035	0.527
IT13*	3.836	1.044	-0.769
IT14*	3.829	0.853	-0.477
IT15	2.097	0.770	0.734

*Reactivos invertidos para su calificación

Evidencias de Validez de Estructura Interna y Confiabilidad

El análisis factorial exploratorio de la primera mitad mostró un KMO =

0.83 y prueba de Bartlett significativa ($X2_{(105)}$=1336.2, p<0.001), lo que permitió la extracción de factores de la matriz de correlaciones policóricas. El análisis paralelo sugirió dos factores que superaban la varianza aleatoria promedio. Sin embargo, se extrajeron dos y tres factores, acorde con el modelo teórico propuesto, y se compararon por congruencia teórica, consistencia interna y bondad de ajuste. Se eliminaron ítems 1, 3 y 5 por su bajo valor en el análisis MSA.

La Tabla 4 muestra los factores tras la extracción de tres y dos factores. Con tres factores, ítems 2, 6, 7, 12 y 14 se agruparon en el factor Distanciamiento Social, reproduciendo estudios previos (Zuaboni et al., 2021; Sapag et al., 2019). Los ítems 11, 13 y 15 formaron un segundo factor, replicando parcialmente el componente de Actitudes reportado por Sapag et al. (2019). El ítem 10, originalmente de la escala de Actitudes, se agrupó con los ítems 4 y 9. Esta agrupación de tres factores respeta el factor de Divulgación, pero altera la estructura original en los otros factores. La literatura respalda más un modelo trifactorial (Destrebecq et al., 2018; Sapag et al., 2019; Zuaboni et al., 2021).

En la estructura de dos factores, los ítems 2, 6, 7, 12, 14 y 8 conforman el factor Distancia Social, y los ítems 9, 10, 11, 13 y 15 forman otro factor, originalmente del factor Actitud. Este modelo combina dos dimensiones, perdiendo la estructura original. Destrebecq et al. (2018) reportaron estructuras de tres dimensiones con quince ítems y dos dimensiones con doce ítems. Nuestra estructura de dos factores difiere, pero preserva los factores Actitud y Divulgación del modelo original.

Tabla 4. ***Comparación de cargas entre modelos***

	Modelo de 3 factores			Modelo de 2 factores	
ITEMS	F1	F2	F3	F1	F2
IT2	**0.730**	-0.019	0.082	**0.763**	-0.004
IT4	0.278	-0.124	**0.415**	0.212	0.297
IT6	**0.875**	-0.108	0.008	**0.915**	-0.161
It7	**0.830**	-0.044	-0.064	**0.888**	-0.18
It8	0.276	0.165	0.049	**0.313**	0.15
It9	0.099	0.009	**0.662**	0.002	**0.666**
It10	-0.121	0.108	**0.601**	-0.206	**0.702**
It11	0.157	**0.544**	0.016	0.250	**0.419**
It12	**0.481**	**0.303**	-0.085	**0.574**	0.099
lt13	-0.115	**0.783**	-0.018	0.003	**0.595**
It14	**0.446**	-0.028	0.147	**0.449**	0.083
It15	0.042	**0.409**	0.063	0.099	**0.374**

Consistencia Interna

Las escalas completas presentan valores adecuados para la solución de tres factores (ω = 0.755, IC: 0.714-0.796; α= 0.759, IC: 0.716-0.797) y la de dos factores (ω = 0.757, IC: 0.716-0.798; α= 0.762, IC: 0.720-0.800), lo que indica confiabilidad y consistencia en la medición del constructo. Para la solución de dos dimensiones, el factor 1 (Divulgación) muestra valores adecuados (ω = 0.723 y α= 0.714), y el factor 2 (Actitudes) tiene valores aceptables (ω = 0.624 y α= 0.615). En la solución trifactorial, el primer factor (Distanciamiento) tiene valores satisfactorios (ω = 0.713 y α= 0.695), mientras que las otras dos subescalas tienen valores aceptables (ω = 0.625 y α= 0.624) y deficientes (ω = 0.539 y α= 0.526).

Bondad de Ajuste de Ambas Soluciones

Se realizaron análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC) para estructuras de tres y dos factores. La comparación mostró buen ajuste para ambos modelos. Una comparación se presenta en la Tabla 5.

Tabla 5. ***Comparación de índices de ajuste AFE y AFC.***

Modelo	X^2	RMSEA	NNFI	CFI	GFI	RMSR
AFE						
3 factores	50.689 (p = 0.86)	0.034	0.987	0.993	0.987	0.040
2 factores	35.874 (p = 0.77)	0.055	0.965	0.977	1.000	0.077
AFC						
3 factores	88.515 (p <0.001)	0.039	0.992	0.994	0.993	0.045
2 factores	74.671(p <0.001)	0.063	0.979	0.983	0.988	0.057

Discusión

Este estudio buscó validar la escala "Opening Minds Scale for Health Care Providers" (OMS-HC-15) (Modgill et al., 2014; Van der Maas et al., 2018), adaptada al español. Se utilizó la versión traducida al español por Sapag et al. (2019) en Chile, y un grupo de expertos evaluó su claridad, pertinencia y redacción. Se aplicó la prueba a 299 médicos de primer nivel, y se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) evaluando dos modelos: uno de tres factores y otro de dos factores. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) para ambos modelos. Cada modelo fue evaluado por su congruencia teórica, consistencia y bondad de ajuste.

Congruencia Teórica o Validez de Constructo.

La escala inicial se estructuraba en tres factores con 15 reactivos. Sin embargo, para este análisis, se retiraron los ítems 1, 5 y 8, que eran centrales en la dimensión de Divulgación. Se detalla a continuación el impacto de esta modificación en la estructura de la escala. En esta versión modificada,

se conservó un factor centrado en la Actitud y otro en el Distanciamiento Social, manteniéndose fieles al modelo teórico original. Un tercer factor emergente, compuesto por los ítems 4, 9 y 10, no alineaba directamente con la definición original de Divulgación y Búsqueda de Ayuda, planteando interrogantes sobre su relevancia. Este factor emergente pudo aparecer debido a diversos aspectos comunes que comparten estos reactivos como la autopercepción, el estigma profesional o la sensación de ineficacia para poder brindar ayuda. La adaptación de dos factores incluyó elementos de la escala de Actitud y la estructura de Distanciamiento Social, reincorporando el ítem 8. Interesantemente, el ítem 4, inicialmente en la estructura de Divulgación, no mostró una carga factorial significativa. Esta versión de dos factores refleja coherencia con las dimensiones de Actitud y Distanciamiento, aunque la dimensión de Divulgación y Búsqueda de Ayuda se vio afectada por la eliminación de ítems. A pesar de las modificaciones, las subescalas restantes demuestran una alineación clara con el constructo teórico original. Esto refleja una congruencia teórica satisfactoria, aunque también destaca la variabilidad cultural de los constructos en diferentes contextos de aplicación.

Confiabilidad. La confiabilidad para las escalas totales de ambos modelos supera 0.7, indicando buena consistencia. Los valores de los modelos de tres (0.75) y dos factores (0.75) son similares, sin diferencias en confiabilidad. Sin embargo, al revisar las subescalas, el modelo de tres factores muestra una subescala con valor inferior a lo aceptable (0.71, 0.62, 0.53), mientras que el de dos factores mantiene buenos valores (0.72 y 0.62). Esto sugiere que el modelo de dos factores tiene mayor consistencia interna en sus subescalas.

Bondad de Ajuste. Ambos modelos muestran un buen ajuste en los análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Esto confirma los tres factores

hallados en estudios previos en Canadá (Modgill et al., 2014; Van der Maas et al., 2018), Singapur (Chang et al., 2017; Yuan et al., 2017), Italia (Destrebecq et al., 2018), Pakistán (Laraib et al., 2018), Chile (Sapag et al., 2019) y Alemania (Zuaboni et al., 2021). Sin embargo, un modelo de dos factores también presenta un ajuste adecuado, como se reportó en Destrebecq et al. (2018).

Los datos sugieren que la traducción al español de la escala "Opening Minds Scale for Health Care Providers" presenta características psicométricas aceptables para médicos de primer nivel esto con base en los indicadores de ajuste tanto del análisis exploratorio como confirmatorio. Ambas versiones, tanto de tres y como dos factores son útiles pues permiten medir aspectos centrales del estigma de manera confiable y con indicadores de ajuste adecuados, sin embargo, la de dos factores puede ser más parsimoniosa en el sentido en el que propone menos factores claramente distinguibles que pueden agruparse en factores actitudinales (juicios valorativos) y propensiones conductuales (tendencias de lo que las personas harían) sin proponer nuevos factores distantes de los modelos teóricos existentes. No obstante, es importante considerar diferentes limitaciones propias de este tipo de estudios.

Primero, no se conoce información sobre, el tipo de paciente atendido, el tipo de capacitación recibida por cada uno de los profesionales de la salud que hicieron parte del estudio o por su estado de salud mental, aspecto que limita la generalización de resultados. Petak et al. (2021) han argumentado que existe menor nivel de estigma en personas que han tenido un contacto directo con personas que padecen enfermedades mentales o cuando uno mismo padece un trastorno mental. Una segunda limitación del instrumento es que, al tratarse de un autoreporte del estigma, podría subestimarse el nivel individual de estigma debido a factores relaciona-

dos con la deseabilidad social. No obstante, esta limitación pudo mitigarse debido al anonimato en la aplicación del instrumento. Una tercera posible limitación es que, aunque el instrumento evalúa muchas actitudes subyacentes a la conducta discriminatoria, no mide directamente las conductas estigmatizantes hacia las personas con enfermedades mentales. Creemos que este tipo de aspectos son importantes para futuras investigaciones con el fin de fortalecer la validez predictiva del instrumento. Thornicroft et al. (2007) han señalado que hay pocos estudios que capturen directamente las conductas estigmatizantes. Estos autores mencionan uno de los escasos estudios que observaron la conducta directa, en lugar de solo los autoreportes verbales, sobre el estigma en enfermedades mentales. En dicho estudio, se pidió a estudiantes universitarios que imaginaran encontrarse con personas diagnosticadas o no con esquizofrenia. El simple uso de la etiqueta provocó reacciones fisiológicas desagradables, aunque la investigación ha demostrado que no existe una relación entre la mayoría de los trastornos psiquiátricos y la conducta violenta (Mannarini y Rossi, 2019). Por lo tanto, parece que hay un componente fisiológico en el establecimiento del estigma que ha sido poco estudiado de manera experimental, y sería valioso seguir investigando en esta área y evaluar la capacidad de discriminación del instrumento.

En síntesis, este estudio proporciona datos sobre la escala OMS-HC para evaluar el estigma en médicos de Jalisco y valida la escala para su uso en México. Se sugiere que futuros trabajos evalúen el estigma en diversas poblaciones y niveles de intervención, y determinen variables relevantes para desarrollar medidas e intervenciones globales (Mannarini y Rossi, 2019).

Financiamiento. Este estudio recibió financiación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, que contribuyó al apoyo del primer y último autor a través del Sistema Nacional de Investigadores. Adicionalmente,

el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) brindó respaldo al primer y tercer autor, mediante apoyo estructural y una beca estudiantil para investigación, respectivamente.

Referencias

Aiken, L. R. (1980). Content Validity and Reliability of Single Items or Questionnaires. *Educational and Psychological Measurement, 40*(4), 955–959. https://doi.org/10.1177/001316448004000419

Angermeyer, M., Holzinger, A., y Matschinger, H. (2010). Emotional reactions to people with mental illness. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale, 19*(1), 26-32. doi:10.1017/S1121189X00001573

Berenzon, S., Saavedra, N., y Galván, J. (2018). Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel. Una aproximación socioecológica. *Salud Pública de México, 60*(2),184-191. https://doi.org/10.21149/8673

Bloom, M., y Gullotta, T. P. (2003). Evolving definitions of primary prevention. En T. Gullota et al. (Eds.). Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion (pp. 9-15). Springer.

Brown, T. A. (2015). Confirmatory factor analysis for applied research. Guilford publications.

Carrara, B. S., Sanches, M., Bobbili, S. J., de Godoy Costa, S., de Sousa, Á. F. L., de Souza, J., y Ventura, C. A. A. (2023). Validation of the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Factor Structure and Psychometric Properties of the Brazilian Version. *Healthcare, 11*, 1049. https://doi.org/10.3390/healthcare11071049

Carmona-Huerta, J., Durand-Arias, S., Cárdenas-García, E., Arámbula-Román, J. C., Guzmán-Ramírez, M., Estrada-Ramírez, I., Amezcua-Ramírez, M. T., Lastra-González, V., Castiello-de-Obeso, S. y Aldana, A. (2023). Comprehensive rehabilitation and job reintegration of people with severe mental illness in a Latin American country: REINTEGRA pilot study. [Preprint under review] https://www.researchsquare.com/article/rs-2762179/v1

Chang, S., Ong, H. L., Seow, E., Chua, B. Y., Abdin, E., Samari, E., Teh, W. L.,, Chong, S. A., y Subramaniam, M. (2017). Stigma towards mental illness among medical and nursing students in Singapore: a cross-sectional study. *BMJ open*, *7*(12), e018099. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018099

Corrigan P. W., y Shapiro J. R. (2012). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical psychology review,* 30(8), 907–922. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004

Dabby, L., Tranulis, C., y Kirmayer, L. J. (2015). Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Psychiatrists toward People with Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry, 60*(10), 451–459. https://doi.org/10.1177/070674371506001006

Daguman, E. (2022). Validation of the recovery attitudes questionnaire and the opening minds scale for health care providers: [Tesis de Maestría, Massey University]. Massey Research Online https://mro.massey.ac.nz/handle/10179/17670

Destrebecq, A., Ferrara, P., Frattini, L., Pittella, F., Rossano, G., Striano, G., y Gambini, O. (2018). The Italian version of the opening minds stigma scale for healthcare providers: Validation and study on a sample of bachelor students. *Community mental health journal*, 54(1), 66-72. https://doi.org/10.1007/s10597-017-0149-0

Escobar-Pérez, J., y Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición, 6*(1), 27-36. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46148194023

Flores, S., Medina, R., Robles, R., & Páez, F. P. (2012). Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11(3), 82-89.

Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C., y Vogt, D. (2018). Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma and Health, 3*(4), 348–376. https://doi.org/10.1037/sah0000104

Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A,. Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, B., y Thornicroft, G. (2014). Mental health-

related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry, 2*(6), 467-482. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6.

Infante, C., Zarco, Á., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., y Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud pública de México, 48*(2), 141-150. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000200007

Instituto Jalisciense de Salud Mental [SALME]. (s.f.). ¿Qué hacemos? [Página de sitio web]. https://salme.jalisco.gob.mx/acerca/que-hacemos

JASP Team (2020). JASP (Version 0.14.1)[Computer software].

Kassam, A., Papish, A., Modgill, G., y Patten, S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). BMC psychiatry, 12(1), 62. https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-62

Kennedy, S. C., Abell, N., y Mennicke, A. (2017). Initial Validation of the Mental Health Provider Stigma Inventory. Research on Social Work Practice, 27(3), 335–347. https://doi.org/10.1177/1049731514563577

Knaak, S., Szeto, A. C.h, Fitch, K., Modgill, G., y Patten, S. (2015). Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design. Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 2(9). https://doi.org/10.1186/s40479-015-0030-0

Lagunes, E., Alcala, R., Lagunes, R., Fresan, A., Jarrett, M., Gonzalez, J., Thornicroft, G., y Henderson, C. (2022). Evaluation of an anti-stigma intervention for Mexican psychiatric trainees. Pilot and Feasibility Studies, 8(1), 1-11.https://doi.org/10.1186/s40814-021-00958-1

Laraib, A., Sajjad, A., Sardar, A., Wazir, M. S., y Nazneen, Z. (2018). Perspective About Mental Illnesses: A Survey Of Health Care Providers

Of Abbottabad. Journal of Ayub Medical College, Abbottabad : JAMC, 30(1), 97–102. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29504341/

Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., y Dohrenwend, B. P. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. American Sociological Review, 54(3), 400–423. https://doi.org/10.2307/2095613

Lorenzo-Seva, U. & Ferrando, P. J. (2021). MSA: The Forgotten Index for Identifying Inappropriate Items Before Computing Exploratory Item Factor Analysis. *Methodology*, 17(4).doi:0.5964/meth.7185

Manderscheid, R. W., Ryff, C. D., Freeman, E. J., McKnight-Eily, L. R., Dhingra, S., y Strine, T. W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing chronic disease, 7*(1), 1-6. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811514/pdf/PCD71A19.pdf

Mannarini, S., y Rossi, A. (2019). Assessing Mental Illness Stigma: A Complex Issue. *Frontiers in Psychology, 9*, 2722. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02722

Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W., Mena Poblete, C., y Manchego Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008&lng=es&tlng=es.

Modgill, G., Patten, S. B., Knaak, S., Kassam, A., y Szeto, A. C. (2014). Opening minds stigma scale for health care providers (OMS-HC): examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-120

Mora-Ríos, J., Bautista-Aguilar, N., Natera, G., y Pedersen, D. (2013). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. Salud mental, 36(1), 9-18. http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n1/v36n1a2.pdf

Muñóz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., y Guillén, A. (2009). Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense.

Novak, M. y Petek, A. (2018). Ekspertiza i razvoj hrvatske politike mentalnog zdravlja: percepcija stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja. [Expertise and Development of Croatian Mental Health Policy: the Perception of Mental Health Professionals]. Socijalna psihijatrija, 46 (4), 343-371. https://hrcak.srce.hr/file/314071

Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión [INCyTU]. (2018, enero). Salud mental en México. NOTA-INCyTU, (7), 1-7. https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/index.php/notas/70-7-salud-mental-en-mexico-n

Organización Mundial de la Salud. (2002). Programa Mundial de Acción en Salud Mental (mhGAP): cerremos la brecha, mejoremos la atención. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/67304

Őri, D., Rózsa, S., Szocsics, P., Simon, L., Purebl, G., y Győrffy, Z. (2020). Factor structure of The Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers and psychometric properties of its Hungarian version. BMC Psychiatry, 20, 504. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02902-8

Papish, A., Kassam, A., Modgill, G., Vaz, G., Zanussi, L., y Patten, S. (2013). Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. BMC Medical Education, 13:141, 1-10. https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-141

Pech, R. E., Alcaraz, L. R., Avilés, F. J., Zel, L. E., Dzul, K. R., y Arroyo, K. A. (2022). Estigmas relacionados con la salud mental en médicos y usuarios de una Unidad de Medicina Familiar de Mérida, Yucatán. Ciencia y Humanismo en la Salud, 10(1), 10-15. https://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/204

Petak, A., Narić, S. y Matković, R. (2021). Stavovi prema osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja [Attitudes toward people with mental health difficulties]. Ljetopis socijalnog rada, 28 (1), 181-203. https://doi.org/10.3935/ljsr.v28i1.391

Sapag, J. C., Klabunde, R., Villarroel, L., Velasco, P. R., Álvarez, C., Parra, C., Bobbili, S. J., Mascayano, F., Bustamante, I., Alvarado, R., y Corrigan, P. (2019). Validation of the Opening Minds Scale and

patterns of stigma in Chilean primary health care. *PloS one*, 14(9),1-14. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221825

Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., y Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 210*(4), 261-268. doi:10.1192/bjp.bp.116.189464

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440–452. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x

Stuart, H., Chen, S.-P., Christie, R., Dobson, K., Kirsh, B., Knaak, S., Koller, M., Krupa, T., Lauria-Horner, B., Luong, D., Modgill, G., Patten, S. B., Pietrus, M., Szeto, A., y Whitley, R. (2014). Opening Minds in Canada: Targeting Change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10 Suppl 1), 13–18. https://doi.org/10.1177/070674371405901S05

Suberbiel Ramírez, K. V., Valencia Ortiz, A. I., Ortega Andrade, N. A., y Paz Bautista, J. C. (2017). Mental Health as an Action Field for Public Health. *Mexican Journal of Medical Research ICSA, 5*(10). https://doi.org/10.29057/mjmr.v5i10.2280

Szeto, A. C., Luong, D., y Dobson, K. S. (2013). Does labeling matter? An examination of attitudes and perceptions of labels for mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *48*(4), 659-671. doi: 10.1007/s00127-012-0532-7

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., y Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 190, 192–193. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791

Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods, 16*, 209-220. doi:10.1037/a0023353

Van der Maas, M., Stuart, H., Patten, S., Lentinello, E., Bobbili, S., Mann, R., y Khenti, A. (2018). Examining the Application of the Opening Minds Survey in the Community Health Centre Setting. *Canadian*

journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, *63*(1), 30–36. https://doi.org/10.1177/0706743717719079

Yuan, Q., Picco, L., Chang, S., Abdin, E., Chua, B. Y., Ong, S., Yow, K. L., Chong, S. A., y Subramaniam, M. (2017). Attitudes to mental illness among mental health professionals in Singapore and comparisons with the general population. PloS one, 12(11). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187593

Zuaboni, G., Elmer, T., Rabenschlag, F., Heumann, K., Jaeger, S., Kozel, B., Mahlke, C. I., Theodoridou, A., Jaeger, M., y Rüsch, N. (2021). Psychometric evaluation of the German version of the Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC). BMC psychology, 9(1), 1-7. https://doi.org/10.1186/s40359-021-00592-9

Envió a dictamen: 17 agosto 2023

Reenvió: 17 enero 2024

Aprobación: 25 enero 2024

Luis Hernando Silva Castillo. Graduado en Psicología por la Universidad Nacional de Colombia, tiene un Doctorado en Ciencia del Comportamiento de la Universidad de Guadalajara, especializado en Análisis del Comportamiento. Complementó su formación con un diplomado en pruebas psicológicas y cursos en estadística y análisis de datos. Reconocido en el Sistema Nacional de Investigadores Nivel I, se enfoca en comportamiento, conductas de elección, y metodología de investigación en psicología y ciencias del comportamiento. Correo electrónico: luissilva@iteso.mx

María Elena Rodríguez Pérez. Es profesora investigadora de la Universidad de Guadalajara desde 1999 cuenta con reconocimiento en el Sistema Nacional de Investigadores y ha trabajado líneas "Aprendizaje humano complejo" y "Regulación verbal en contextos de solución

de problemas", docencia en la maestría y doctorado en ciencias del comportamiento con opción terminal en análisis de la conducta. Correo electrónico: mariae.rodriguezp@academicos.udg.mx

Ana Isabel Estrada Ramírez. Licenciada en Psicología y ha estudiado el estigma como tema de su investigación de la maestría en Psicoterapia en la cual está próxima para titulación. A nivel profesional ha trabajado en la unidad de Rehabilitación Psicosocial e Inclusión Comunitaria en el Salme en donde es la encargada del área de atención psicológica. En 2022 recibió reconocimiento del Colegio Estatal de Psicólogos en Intervención de Jalisco A.C Correo electrónico: psicologosalme@hotmail.com

Ernesto Saúl Romero. Es estudiantes de último semestre de la licenciatura en psicología con especial interés en el desarrollo de sus habilidades de investigación y la estadística aplicada a la psicología. Correo electrónico: ernesto.romero@iteso.mx