

Original. Trabajos completos

## La estigmatización en salud mental y su relación con la necesidad de cierre cognitivo (NCC)

LUIS CARLOS JAUME, MARCELO AGUSTÍN ROCA, ANTONELA AYELEN MONTAÑO SAVALL, SUSANA CELESTE AZZOLLINI

LUIS CARLOS JAUME  
Doctor en Psicología.  
Instituto de Investigaciones,  
Facultad de Psicología,  
Universidad de Buenos Aires,  
Consejo Nacional de  
Investigaciones Científicas y  
Técnica (UBA-CONICET).  
Ciudad de Buenos Aires,  
R. Argentina.

MARCELO AGUSTÍN ROCA  
Licenciado en Psicología.  
Universidad de Buenos Aires  
(UBA);  
Universidad de Flores (UFLO);  
Universidad Abierta  
Interamericana (UAI).  
Ciudad de Buenos Aires,  
R. Argentina.

ANTONELA AYELEN MONTAÑO SAVALL  
Licenciada en Psicología.  
Universidad Favaloro (UF).  
Ciudad de Buenos Aires,  
R. Argentina.

SUSANA CELESTE AZZOLLINI  
Doctora en Psicología. Facultad  
de Psicología,  
Universidad de Buenos Aires;  
Consejo Nacional de  
Investigaciones Científicas y  
Técnicas (UBA - CONICET).  
Ciudad de Buenos Aires,  
R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 14/03/2023  
FECHA DE ACEPTACIÓN: 18/05/2023

CORRESPONDENCIA  
Lic. Marcelo Agustín Roca.  
Lavalle 2353, C1052AAA.  
Ciudad de Buenos Aires,  
R. Argentina;  
marcelo87roca@gmail.com

Existe una gran variedad de factores que influyen en las creencias de las personas acerca de la salud y enfermedad mental, las cuales pueden adquirir un carácter estigmatizante. El *objetivo* de este estudio es indagar la relación entre el estigma hacia la salud mental y la necesidad de cierre cognitivo, definida como la tendencia de buscar certeza epistémica para evitar la incertidumbre. Además, se analizó la interacción de estas variables con la cercanía a personas con diagnóstico de enfermedad mental. *Materiales y método*: se realizó un estudio correlacional en una muestra de 409 adultos residentes en Argentina, durante el segundo semestre del año 2021. Para ello se utilizó un cuestionario sociodemográfico, una adaptación al idioma español de la *Escala de estigmatización de la enfermedad mental de Day* y el *Test revisado de necesidad de cierre cognitivo*. *Resultados*: tal como se hipotetizó, distintos aspectos del estigma se asociaron con la necesidad de cierre cognitivo, y las personas con allegados diagnosticados mostraron mejores opiniones sobre el vínculo con dichas personas. Sin embargo, aquellas que puntuaron alto en necesidad de cierre cognitivo mostraron peores opiniones aun teniendo un conocido con enfermedad mental. Se *concluye* que la necesidad de cierre cognitivo es un elemento relevante al momento de considerar los factores que modulan la estigmatización hacia personas con trastornos mentales.

**Palabras clave:** Estigma en salud mental – Enfermedad mental – Inseguridad cognitiva – Prejuicio.

### Stigmatization in Mental Health and its relation to the Need for Cognitive Closure

There are a variety of factors that cut across people's beliefs about mental health and mental illness, which can take on a stigmatizing character. This study aims to investigate the relationship between mental health stigma and the Need for Cognitive Closure, defined as the tendency to seek epistemic certainty to avoid uncertainty. In addition, we analyzed the interaction of these variables with proximity to people diagnosed with mental illness. A correlational study was conducted in a sample of 409 adults living in Argentina during the second semester of 2021. A sociodemographic questionnaire, a Spanish-language adaptation of the Day's Mental Illness Stigmatization Scale, and the Revised Test of Need for Cognitive Closure were used. As hypothesized, different aspects of stigma were associated with the Need for Cognitive Closure, and people with diagnosed significant others showed better views of bonding with such people. However, those who scored high on Need for Cognitive Closure showed poorer views even if they had an acquaintance with mental illness. In conclusion, the Need for Cognitive Closure is relevant element when considering the factors that modulate stigmatization towards people with mental disorders.

**Keywords:** Mental Health Stigma – Mental Illness – Cognitive Insecurity – Prejudice.

## Introducción

El estigma en torno a la salud mental se ha conceptualizado por algunos investigadores como una actitud negativa hacia personas con diagnóstico de enfermedad mental, similar a un prejuicio o estereotipo negativo, que podría conducir a una acción negativa o a la discriminación [8]. Estos autores sostienen, además, que el estigma puede ser incluso más difícil de llevar que la enfermedad misma. En línea con lo mencionado, la estigmatización percibida por las personas con trastornos mentales puede inhibir su búsqueda de atención en los servicios de salud mental, al igual que dificultarles la continuidad del tratamiento [14]. Corrigan y Watson [9] ofrecen una conceptualización similar y dividen el estigma en tres dimensiones: 1. estereotipos (creencias negativas sobre un grupo), 2. prejuicios (acuerdo con la creencia y/o reacción emocional negativa, como miedo o enojo) y 3. discriminación (respuesta conductual a este prejuicio, como por ejemplo negar oportunidades de empleo, negar ayuda, etc.).

Durante la última década se realizaron múltiples investigaciones que estudiaron la relación entre el nivel de estigma en salud mental y diferentes variables como: el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la esquizofrenia [5], el estatus socioeconómico [23], el nivel educativo [15], el nivel de conocimiento de las enfermedades mentales [1].

### *Estigma en salud mental en Argentina*

Según Agrest *et al.* [2], los estudios sobre el estigma hacia las enfermedades mentales en Argentina florecieron luego de la aprobación de la primera *Ley Nacional de Salud Mental*, 26.657 [21]. Esta declara explícitamente el derecho «a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado», asegurando el desarrollo de políticas y acciones que promuevan la inclusión social y prevengan la discriminación por cualquier medio y contexto. En consonancia con esto,

el Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018 [13], establece que el estigma y la discriminación en este ámbito es uno de los principales objetivos a abordar, arrojando especial visibilidad sobre la problemática. Ambas disposiciones proponen e intentan otorgar un mayor margen de protección a todas las personas con padecimiento mental.

Fue en este contexto que Agrest *et al.* [2] realizaron una revisión de investigaciones sobre estigma en salud mental en Argentina, publicadas durante los años posteriores a la implementación de la ley mencionada, entre las cuales se abordó el estigma propio, institucional y público. Mencionando algunas breves conclusiones, el auto-estigma parece tener consecuencias psicológicas negativas, ya que se asoció con el funcionamiento social y la gravedad de los síntomas afectivos [25]. Respecto al estigma institucional, Saldivia *et al.* [24] encontraron que existen actitudes estigmatizantes significativas por parte de profesionales de salud mental, y que la escasez de servicios comunitarios podría ser un factor contribuyente a ello. Por último, en cuanto al estigma público, se destaca lo hallado por Ardila-Gómez *et al.* [3]: personas vecinas de pacientes internos mostraron actitudes menos discriminatorias que aquellas que no eran vecinas, sugiriendo que el contacto personal se asocia a una mejor aceptación de las personas con enfermedades mentales.

En relación con lo anteriormente dicho, Zalazar *et al.* [26] destacan que aquellos que tuvieron una interacción previa con personas diagnosticadas, cuentan con una mayor predisposición a participar en una interacción similar en el futuro en comparación con quienes no tuvieron ningún contacto. Por otro lado, en consonancia con resultados anteriormente expuestos, observaron una diferencia significativa relacionada con el nivel educativo; los participantes que tenían un título universitario declararon con más frecuencia

haber tenido interacciones previas en comparación con los que sólo completaron el nivel secundario o menos, a la vez que se mostraban más dispuestos a la interacción futura. Por último, se halló que los participantes de más edad mostraban menos disposición a relacionarse con personas diagnosticadas, dado que durante mucho tiempo, el tratamiento psiquiátrico se administraba exclusivamente en hospitales o manicomios, por lo que es posible que algunas personas mayores se encuentren menos familiarizadas con las formas actuales de tratamiento ambulatorio y recuperación en comunidad, sumado a que podrían tender a mantener estereotipos acerca de que las personas con enfermedades mentales son agresivas.

Finalmente, es preciso mencionar la conclusión de Agrest *et al.* [2], la cual señala como limitación general que la identificación y la medición de los aspectos específicos del estigma relacionados a la cultura son escasas, por lo que se dispone de poca información acerca de las formas que toma el estigma en diferentes subgrupos del país, y sobre cómo los valores culturales podrían proteger a quienes poseen problemas de salud mental. Es allí dónde puede evidenciarse una necesidad de aumentar las evaluaciones sobre esta temática en nuestro contexto.

#### *Evaluación del Estigma en Salud Mental*

Day *et al.* [10] se propusieron desarrollar una medida válida de las actitudes hacia la enfermedad mental que estuviese guiada por la teoría sobre el estigma y que fuese capaz de considerar el tipo de trastorno mental, en qué medida, bajo qué condiciones y por quién es estigmatizado. El punto de partida fue el trabajo de Jones *et al.* [19], quienes identificaron seis dimensiones generalmente aplicables a todos los tipos de estigma: 1. perturbación (si la condición interfiere con la vida diaria e interpersonal), 2. cualidades estéticas (si la enfermedad es estéticamente desagra-

dable), 3. peligro (si el trastorno será destructivo para uno mismo o para los demás), 4. curso (cómo progresará la enfermedad con el tiempo), 5. ocultabilidad (si la dolencia es visible o puede ocultarse), y 6. origen (la causa del trastorno).

De este modo, se construyó una nueva escala que mide siete factores actitudinales, los cuales se corresponden con cinco de las dimensiones propuestas por Jones *et al.* [19]: el factor *disrupción social* es similar a la dimensión de perturbación, pues se centra en las alteraciones de las relaciones cercanas, de la confianza interpersonal y de la capacidad de participar en una relación significativa. El factor *higiene* se asemeja mucho a las cualidades estéticas, refiriéndose a creencias sobre el aseo personal. Por su parte, el factor *ansiedad* capta la dimensión peligro, incluyendo la sensación de ansiedad, nerviosismo, inquietud y miedo al daño físico frente a personas con un padecimiento mental. Los factores *tratabilidad*, *recuperación* y *eficacia profesional* recogen cuestiones de la dimensión de curso, incluyendo creencias sobre la eficacia de los tratamientos, el potencial para recuperarse de una enfermedad mental, y las habilidades de los profesionales de la salud mental, respectivamente. Por último, el factor *visibilidad* se relaciona con la ocultación, enfocándose en la capacidad para identificar a otro como portador de un trastorno mental.

La escala fue validada utilizando una muestra de estudiantes universitarios y miembros de la comunidad sin patología mental, y una muestra de pacientes psiquiátricos, midiendo las actitudes hacia personas con depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia y enfermedad mental en general [10].

#### *Necesidad de cierre cognitivo y prejuicio*

La necesidad de cierre cognitivo (NCC) fue originalmente propuesta como un concepto que hace referencia a una preferencia por

buscar y sostener a lo largo del tiempo una respuesta definitiva ante un problema o incertidumbre. Se la teoriza como un proceso cognitivo que tiende a cerrar todo tipo de ambigüedad o de confusión [20]. En consonancia, Jaime y Roca [18] lo caracterizan como la tendencia humana de buscar certeza epistémica como manera de evitar la incertidumbre. En la actualidad, la NCC se divide conceptualmente en dos tendencias diferentes y complementarias. La primera es la de *urgencia*, que hace referencia a la búsqueda inmediata de una respuesta ante un problema o incertidumbre, mientras que la segunda, la tendencia a la *permanencia*, representa el deseo de mantener esa información de manera cerrada, es decir, perpetuando el cierre cognitivo y evitando nueva información que pueda ponerlo en cuestión [16].

Si bien el anhelo de un conocimiento seguro parecería tener poco que ver con el prejuicio, Baldner *et al.* [4] explican que, en realidad, la necesidad de encontrar respuestas e información estables podría provocar que no se detecte o no se de importancia al carácter prejuicioso de algunas creencias. Cuando a los individuos con alto nivel de NCC se les presenta un mundo social cada vez más complejo, las creencias simples resultan la salida más accesible. Esto podría ser aplicable ante novedades sociales como el matrimonio igualitario, por ejemplo.

El prejuicio es una parte constituyente y significativa del fenómeno de la estigmatización. Siendo así, es preciso observar cómo la NCC se relaciona a distintos tipos de prejuicio vinculados con la sexualidad [7], la religión [6] y la etnia [11] entre otros. Dentro de estas investigaciones se encuentra la realizada por Dhont *et al.* [12], quienes encontraron, mediante una serie de estudios, que aquellas personas con alta NCC mostraron disminuciones en su nivel de prejuicio hacia los inmigrantes luego del contacto intergrupales posi-

vo, tanto directo como ampliado (conocidos que tienen contacto). En uno de los estudios de esta serie, un grupo de estudiantes secundarios belgas realizó un viaje a Marruecos para conocer a estudiantes de escuelas marroquíes y su respectiva cultura, adquiriendo una condición experimental, mientras que otro grupo no recibió ningún tipo de condición, estableciéndose como control. El primer grupo resultó poseer, en general, menos actitudes negativas hacia grupos externos, pero nuevamente se halló un efecto mayor entre quienes tenían alto nivel de NCC, demostrándose además un efecto causal.

Estos últimos enunciados resultan de especial relevancia debido a que entre los interrogantes de este trabajo se plantea la posibilidad de que las personas con alta NCC demuestren menores niveles de prejuicio hacia personas con trastornos mentales, explicándose por el hecho de tener un vínculo personal con alguno. La principal conclusión que ofrecen Dhont *et al.* [12] es que una estrategia de contacto intergrupales podría tener éxito en la reducción del prejuicio en aquellas personas que tienden a mantener firmemente actitudes existentes, y que una mejor comprensión de la reducción de los prejuicios allana el camino para intervenir en situaciones caracterizadas por la discriminación.

#### *El presente estudio*

En este estudio se tiene como fin profundizar en los conocimientos sobre los factores que influyen en las actitudes y comportamientos estigmatizantes, evaluando si la actitud estigmatizante hacia personas con un diagnóstico de enfermedad mental se asocia con la NCC. Además, se pretende describir qué dimensiones del estigma en salud mental alcanzan mayor relevancia, e indagar si las personas que poseen mayor NCC poseen mayores niveles de estigma en comparación con las de menor NCC. Finalmente, el último objetivo es analizar si las personas con familiares o

conocidos cercanos con diagnóstico de enfermedad mental (FoCEM) muestran menores niveles de estigma independientemente de su NCC.

Con base en lo hallado en la literatura, se esperaba que los resultados mostraran que a mayor nivel general de NCC se halla un mayor nivel general de estigma hacia la enfermedad mental. Además, se pensó que los factores *tratabilidad, recuperación y eficacia profesional* (relacionados inversamente con el estigma) presentarían mayor relación con NCC, dado que una NCC más alta provocaría no esperar una resolución futura de la problemática. Por otro lado, se hipotetizó que poseer un FoCEM correlaciona con menores niveles de estigma respecto a la *disrupción social* (variable ligada a la esfera interpersonal), y que este fenómeno se mantiene aún en quienes alcanzaron un alto nivel de NCC.

## Método

### Diseño

El diseño de la presente investigación fue cuantitativo, de tipo no-experimental, con

alcance descriptivo y asociativo, y de corte transversal.

### Muestra

La muestra inicial fue de 444 adultos. Se consideró como criterios de inclusión que los participantes fueran mayores de edad y tengan residencia actual en la República Argentina, pero fueron excluidas 35 personas que indicaron poseer diagnóstico/s de enfermedad mental. Así, la muestra final estuvo compuesta por N = 409 sujetos (femenino = 267; masculino = 140; no binario = 2) con edades comprendidas entre los 18 y 81 años (M = 29.93; DS = 13).

Respecto al nivel educativo, en la tabla 1 se describe la frecuencia para cada uno de los niveles de formación alcanzados. Finalmente, el 52.8% (n = 216) de los participantes reportaron no tener familiares o conocidos cercanos con diagnóstico de enfermedad mental.

El muestreo empleado fue no probabilístico de tipo intencional y por bola de nieve.

**Tabla 1. Frecuencia de los niveles educativos**

Nivel educativo	Frecuencia	%
Primario incompleto	1	.2
Primario completo	2	.5
Secundario incompleto	7	1.7
Secundario completo	59	14.4
Terciario incompleto	17	4.2
Terciario completo	46	11.2
Universitario incompleto	221	54
Universitario completo	56	13.7

### Instrumentos

*Escala de estigmatización de enfermedades mentales de Day* (DMISS): para medir el estigma hacia la enfermedad mental se utilizó la *Day's Mental Illness Stigma Scale* (DMISS) [10], cuya traducción al español fue realizada por el presente equipo de investi-

gación, seguido de la revisión de un experto y una prueba piloto con diez sujetos para corroborar la óptima comprensión de los ítems. Esta escala mide las actitudes estigmatizantes basándose en las subdimensiones *disrupción social, higiene, ansiedad, tratabilidad, recuperación, eficacia profesional* y

*visibilidad*. Dicho instrumento cuenta con 28 ítems totales (entre 2 y 7 ítems por subescala) con formato de respuesta likert que comprende puntuaciones desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Puede implementarse haciendo referencia a un trastorno en particular (depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia), o haciendo referencia a una enfermedad mental en general, sin especificar. En el presente estudio se utilizó la segunda opción.

En una escala original de 68 ítems basada en las seis dimensiones del estigma de Jones *et al.* [19], se realizó un análisis factorial que reveló siete dimensiones principales de actitud. Además, se realizó un análisis de máxima verosimilitud utilizando *promax* con rotación de normalización de Kaiser utilizando las puntuaciones *z* de los 68 ítems. Empleando una carga factorial mínima de .35, los ítems fueron eliminados si cargaban en más de un factor o si eran el único ítem que cargaba en un factor particular. Esto resultó en una escala final de 28 ítems. Se estableció un  $\alpha$  de Cronbach para las escalas primarias de .84 para *disrupción social*; .83 para *higiene*; .90 para *ansiedad*; .71 para *tratabilidad*, .75 para *recuperación*; .86 para *eficacia profesional*; y finalmente de .78 para *visibilidad*. Los  $\alpha$  de Cronbach para la presente muestra oscilan entre .69 y .89.

*Test revisado de necesidad de cierre cognitivo* (TR-NCC): para medir la necesidad de cierre cognitivo en los participantes se administró la versión argentina del protocolo *Revised Need Cognitive Closure Scale* [17]. El mismo se encuentra conformado por dos subescalas; *tendencia a la urgencia*, que mide la predisposición a buscar respuestas inmediatas, y *tendencia a la permanencia*, que apunta a medir el deseo de sostener de manera cerrada dicha información. Este cuestionario consta de 14 ítems totales, de los cuales la mitad corresponde a cada

subescala, y su tipo de respuesta es likert con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo).

Jaume *et al.* [17] analizaron la consistencia interna y la validez factorial de la versión argentina del TR-NCC, estableciéndose que los  $\alpha$  de Cronbach correspondientes a los ítems de la subescala *tendencia a la urgencia* oscilan entre .77 y .79, y los de *tendencia a la permanencia*, entre .79 y .80. Para la muestra utilizada en este estudio, los  $\alpha$  de Cronbach fueron de .75 para la escala completa, .78 para *tendencia a la urgencia* y .61 para *tendencia a la permanencia*.

*Cuestionario sociodemográfico ad hoc*: se administró un cuestionario sociodemográfico a los fines de la investigación con el objetivo de recabar información pertinente sobre las características y el contexto de los participantes. El mismo incluyó la edad, el género, el nivel de educación formal, el lugar de residencia, si el participante posee diagnóstico/s de enfermedad mental, y si tiene algún familiar o persona cercana con diagnóstico/s de enfermedad mental.

#### *Procedimiento*

La evaluación de los participantes se llevó a cabo durante el mes de agosto de 2021, y fue realizada de manera virtual mediante la plataforma Google Forms, cuya dirección web de acceso fue difundida a través de redes sociales como Facebook, Instagram y WhatsApp. Antes de comenzar la administración de los instrumentos, los encuestados completaron un consentimiento informado en el que se explicitan los objetivos de la investigación guardando precaución de no promover sesgos en las respuestas. Además, se aclaró que la participación es completamente voluntaria, anónima y confidencial conforme a la *Ley de Protección de los Datos Personales* N° 25.326, y se proporcionó la dirección de

correo electrónico de una de las investigadoras para que los participantes puedan contactarla por dudas o inconvenientes. Se comenzó por el cuestionario sociodemográfico y, posteriormente, el resto de los test se administraron en orden aleatorio. El tiempo necesario para responder la totalidad de los cuestionarios fue de aproximadamente 15 minutos.

### Análisis

Los datos se almacenaron en hojas de cálculo de Google, donde fueron ordenados y depurados permitiendo aplicar los criterios de exclusión de la muestra. Luego, fueron traspasados, procesados y analizados a través del software IBM-SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 25. En primer lugar, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la distribución de la muestra en función del análisis correspondiente, encontrándose una distribución anormal. En segundo lugar, se procedió al cálculo de frecuencias de las variables categoriales y la estadística descriptiva de las variables cuanti-

tativas. Luego, se realizó el estudio de la validez y fiabilidad de las variables de interés, y se extrajeron los coeficientes resultantes de la prueba de correlación de Spearman para describir las observaciones pertinentes en relación con las hipótesis planteadas. Finalmente, se concluyó aplicando la prueba U de Mann-Whitney para analizar si existen diferencias de estigmatización entre las personas que poseen un FoCEM y aquellas que no.

### Resultados

#### Estadística descriptiva

Debido a que las escalas utilizadas no cuentan con baremos, se comparó la media de los puntajes de cada variable con su respectivo valor de mediana. Se encontraron puntajes moderados en todas las variables, excepto en *ansiedad*, donde la media es levemente más alta, y en *tratabilidad*, donde la media resultó más baja. Además, se encontró una alta variabilidad en las dimensiones *disrupción social*, *ansiedad* y NCC. La estadística descriptiva se presenta en la tabla 2.

**Tabla 2. Estadística descriptiva de las variables medidas**

Variables	M (DS)	Med	95% IC	Rango	n
Disrupción social	19.56 (6.79)	19	[18.89, 20.22]	6-37	409
Higiene	11.7 (5.08)	12	[11.2, 12.19]	4-27	409
Ansiedad	20.57 (8.59)	19	[19.74, 21.41]	7-47	409
Tratabilidad	15.97 (3.48)	17	[15.63, 16.31]	3-21	409
Recuperación	9.79 (2.81)	10	[9.52, 10.06]	2-14	409
Eficacia profesional	11.62 (2.55)	12	[11.37, 11.86]	2-14	409
Visibilidad	16.16 (4.39)	16	[15.74, 16.59]	4-28	409
NCC (total)	39.64 (8.41)	39	[38.82, 40.46]	14-67	409
Tendencia a la urgencia	16.62 (5.71)	16	[16.03, 17.17]	7-35	409
Tendencia a la permanencia	23.02 (4.76)	23	[22.56, 23.49]	7-35	409

Nota. IC: intervalo de confianza.

### Análisis factorial exploratorio DMISS

Al realizar un AFE de la escala DMISS, los resultados de una solución final con *eigenvalues* superiores a uno, mostraron siete factores que explican el 66.27% de la varianza. Los ítems de dicha escala presentan cargas superiores a .40. Por otro lado, la prueba de esferi-

cidad de Bartlett fue significativa (5742.98,  $gl = 378$ , Sig. = .001) y Kaiser-Meyer-Olkin (.904). En la tabla 3 se observan los ítems y sus respectivas cargas utilizando una rotación de varimax. De esta manera se demuestra que existe una incongruencia en las cargas de los ítems 10, 15 y 12 con respecto a los ítems 5, 3 y 2.

### Asociación entre NCC y estigma

Dentro de las variables que miden el estigma, las puntuaciones que se relacionan de forma directa con el mismo son las de *disrupción social*, *higiene* y *ansiedad*, mientras que las puntuaciones de *tratabilidad*, *recuperación* y *eficacia profesional* se relacionan de manera inversa con el estigma, debido a que apuntan, a grandes rasgos, al nivel de expectativa esperanzadora sobre el tratamiento y la recuperación de los pacientes. Por otro lado, la variable *visibilidad*, al carecer de connotaciones marcadas respecto al estigma, en este estudio se la consideró una variable neutra.

Se encontró que la NCC correlaciona de forma positiva y estadísticamente significativa con las variables que denotan estigma, es decir, *disrup-*

*ción social*, *higiene* y *ansiedad*. Además, se asocia negativamente con dos de las variables inversas: *tratabilidad* y *recuperación*. En cuanto a las subdimensiones de la NCC, la *tendencia a la urgencia* obtuvo resultados similares, con excepción de que se le agrega una correlación negativa con *eficacia profesional*. Por su parte, la *tendencia a la permanencia*, obtuvo asociaciones positivas con *disrupción social*, *ansiedad* y *eficacia profesional*, mientras que sólo correlacionó de forma negativa con *recuperación*.

Estos resultados sugieren que las personas con mayor nivel de NCC tienen una mayor tendencia a estigmatizar personas con enfermedades mentales, con un tamaño del efecto bajo. El resumen de los resultados se muestra en la tabla 4.

**Tabla 3. Matriz de componentes rotados**

Reactivos	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
DMISS 25 Ansiedad	.83						
DMISS 16 Ansiedad	.81						
DMISS 24 Ansiedad	.80						
DMISS 6 Ansiedad	.78						
DMISS 17 Ansiedad	.65						
DMISS 21 Ansiedad	.65						
DMISS 22 Ansiedad	.50						
DMISS 19 Higiene		.84					
DMISS 14 Higiene		.83					
DMISS 4 Higiene		.69					
DMISS 27 Higiene		.67					
DMISS 15 Disrupción social		.46	.40				
DMISS 10 Disrupción social			.65				
DMISS 11 Tratabilidad			-.60				
DMISS 8 Tratabilidad			-.59	.44			
DMISS 12 Disrupción social			.58				
DMISS 28 Eficacia profesional				.88			
DMISS 23 Eficacia profesional				.86			
DMISS 1 Tratabilidad			-.44	.52			
DMISS 26 Visibilidad					.74		
DMISS 18 Visibilidad					.73		
DMISS 9 Visibilidad					.72		
DMISS 7 Visibilidad					.68		
DMISS 5 Disrupción social						.73	
DMISS 3 Disrupción social						.66	
DMISS 2 Disrupción social						.65	
DMISS 13 Recuperación							-.85
DMISS 20 Recuperación							-.79



**Tabla 4. Asociación entre NCC y estigma en salud mental**

Variables	NCC (total)	Tendencia a la urgencia	Tendencia a la permanencia
Disrupción social	.30**	.29**	.17**
Higiene	.25**	.27**	.09
Ansiedad	.24**	.20**	.18**
Tratabilidad	-.11*	-.21**	.04
Recuperación	-.21**	-.17**	-.16**
Eficacia profesional	.01	-.11*	.14**
Visibilidad	.09	.04	.08

Nota. Las correlaciones de Spearman fueron reportadas para todas las variables. \*p <.05. \*\*p <.01.

*Disrupción social, NCC y contacto con personas diagnosticadas*

Se encontró que, en general, las personas que tienen FoCEM muestran menores niveles de *disrupción social* en comparación con aquellas que no tienen (tabla 5). Luego, para analizar si esto se presenta aún en quienes poseen alta NCC, se decidió realizar un recorte de la muestra. En primer lugar, se seleccionó a quienes indicaron poseer un

FoCEM, para después seleccionar entre ellos sólo a quienes puntuaron más de un desvío por encima de la media en la variable NCC (n = 24). Los resultados en *disrupción social* para este grupo mostraron que casi la totalidad de este obtuvo puntajes por encima de la media, indicando que tener un alto nivel de NCC puede tener más influencia en el estigma que conocer a alguien con un trastorno mental (tabla 6).

**Tabla 5. Comparación de la disrupción social según el contacto con personas diagnosticadas**

	¿Posee familiar o conocido cercano con diagnóstico(s) de enfermedad mental?			
	Sí	No	Total	
Disrupción Social	n	193	216	409
	Rango Promedio	175.6	231.27	
	<b>U</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	
	15170.5	.000	-.23	

Nota. U: U de Mann-Whitney.

**Tabla 6. Disrupción social en muestra con familiares o conocidos cercanos con enfermedad mental y alta necesidad de cierre cognitivo**

	M (DS)	n
Disrupción social	24.42 (7.18)	24
Grupos según media de disrupción social	Frecuencia	%
Puntajes menores a la media	3	12.5
Puntajes mayores a la media	21	87.5

**Discusión**

Los objetivos de la presente investigación fueron evaluar la existencia de asociaciones entre la necesidad de cierre cognitivo y la actitud estigmatizante hacia personas con diagnóstico de enfermedad mental, y analizar qué características toman estas asociaciones según la presencia de contacto social con dichas personas. En esta muestra, se

encontró que todas las dimensiones del estigma hacia individuos con trastornos mentales se correlacionan con al menos una dimensión de la NCC con un tamaño del efecto bajo. Además, se halló que las personas que poseen FoCEM alcanzan menores niveles de estigma sobre la *disrupción social* que aquellas sin dichos allegados en general. No obstante, los sujetos que tuvieron puntuaciones altas en NCC mostraron puntajes también altos en esta dimensión del estigma a pesar de tener un FoCEM.

Si bien hasta el momento no existen investigaciones que hayan evaluado NCC y estigma hacia la enfermedad mental de manera conjunta, estos hallazgos van de la mano con estudios que asociaron la NCC con otros tipos de estigmatización y prejuicio, tales como el racismo, la homofobia y la transfobia [22]. La intolerancia a la incertidumbre es un factor de resistencia al cambio, a lo desconocido y a lo inestable, por lo que resulta factible que personas con alta NCC adviertan que alguien con una enfermedad mental posee comportamientos disruptivos y que su presencia es motivo de ansiedad, al mismo tiempo que sostienen opiniones menos esperanzadoras sobre su recuperación a futuro.

Por otro lado, a diferencia de lo que se esperaba, las dimensiones con mayores tamaños del efecto fueron aquellas que se relacionan de forma directa con el estigma (*disrupción social, higiene y ansiedad*). Sin embargo, las diferencias fueron mínimas. Una posible explicación de estos resultados es que el instrumento provee pocos ítems para las variables inversas, pues las sub-escalas de *eficacia profesional y recuperación* solo tienen dos ítems cada una, mientras que *tratabilidad* tiene tres. Esto dificulta una medida óptima de dichos constructos en comparación con la medida de las demás sub-dimensiones.

Por último, las personas con FoCEM mostraron efectivamente menores niveles de *disrupción social* en general, lo cual armoniza con investigaciones que proponen que el contacto con dichas personas se asocia a actitudes de mayor aceptación [1]. De ello podría interpretarse que la interacción aumenta el conocimiento de lo que implica una enfermedad mental, ayudando a comprender que en muchos casos estas personas no están incapacitadas para sostener vínculos sociales fuertes y de confianza.

No obstante, estos resultados no se mantienen en quienes alcanzaron un alto nivel de NCC. Las respuestas indicaron que los participantes con FoCEM y con alta NCC tienden a seguir opinando, a pesar del contacto, que es complicado y demandante sostener una relación significativa con alguien con un trastorno mental, que son personas en las que es difícil confiar y que su afección les impide relacionarse de manera normal. Si bien este resultado se condice con estudios que sostienen que a mayor NCC hay mayores niveles de rechazo intergrupar, no es coincidente con el estudio experimental de Dhont *et al.* [12], donde las personas con alta NCC redujeron significativamente el estigma luego del contacto intergrupar positivo. Esto puede ser debido a que, en primer lugar, el estudio mencionado fue realizado con una muestra de estudiantes escolares, sobreentendiendo que todos o su gran mayoría son personas jóvenes. En segundo lugar, dicho estudio rondaba en torno al prejuicio étnico y no a las enfermedades mentales, considerando que ambos fenómenos se encuentran atravesados histórica y culturalmente por distintos factores. En tercer lugar, en el experimento mencionado, se aseguró que el contacto intergrupar de los sujetos fuese de carácter positivo, mientras que, en la presente muestra, se desconocen las características de la relación que tienen los sujetos con ese familiar o conocido con enfermedad mental. Esto

quiere decir que se contempla la posibilidad de que las experiencias de contacto con estas personas hayan sido negativas o desagradables.

Dentro de las limitaciones de este estudio, se puede mencionar el hecho de que la escala DMISS no ha sido validada en Argentina, y tampoco se encontraron investigaciones en idioma español que la hayan utilizado anteriormente. Por otro lado, el número de participantes mujeres casi duplica la cantidad de participantes varones, teniendo en cuenta la evidencia existente de que el género tiene un efecto diferencial en las actitudes estigmatizantes [5]. Del mismo modo, el número de personas que cuentan con un nivel educativo universitario completo o incompleto duplica al de personas con niveles educativos menores, habiendo observado que el nivel de instrucción formal correlaciona de forma negativa con la estigmatización hacia la enfermedad mental [1]. Algo similar sucede con la edad, pues las personas de edades comprendidas entre los 18 y los 25 años duplican en cantidad a las mayores de 25. Si bien Bradbury [5] ofrece resultados distintos, el estudio de Zalazar *et al.* [26], realizado con muestras argentinas, sostiene que las personas de menor edad están mejor predispuestas a relacionarse con personas con trastornos mentales.

Por último, otras limitaciones están relacionadas al diseño de la investigación, y al hecho que el análisis correlacional no permite establecer relaciones causales y que la transversalidad del estudio impide ver la trayectoria de las variables a través del tiempo. Además, el muestreo no probabilístico imposibilita la generalización de los resultados y la administración de las escalas de manera remota dificulta el control de las condiciones en que se encuentran los sujetos al momento de responder. No obstante, este último punto podría implicar un aumento de la validez ecológica.

### Conclusión

El principal hallazgo de la presente investigación es la evidencia de que existe una asociación positiva entre la necesidad de cierre cognitivo y la estigmatización hacia personas con enfermedades mentales. También, que apoya descubrimientos anteriores mostrando que el contacto con esta población implica, a nivel general, creencias menos peyorativas acerca de la relación cercana con dichas personas y la confianza interpersonal hacia ellas. La relevancia de lo expuesto consiste en el aporte de nueva información a la literatura académica sobre la relación que tiene la NCC con distintos tipos de prejuicios sociales, a la vez que agrega una variable de interés al momento de estudiar los factores que modulan la estigmatización de la enfermedad mental. Ambos casos tienen que ver con variables intra-individuales que tienen impacto en lo social, ya que tanto la evitación de la incertidumbre como la connotación negativa hacia quienes padecen trastornos mentales pueden acarrear actitudes de segregación o discriminación, perjudicando la construcción de una sociedad que alberga la diversidad e incentiva el tratamiento óptimo de quienes lo precisan. Ampliar el estudio de estos elementos ayuda a comprender qué pensamientos prevalecen y cuales se encuentran en decaimiento respecto a un tema tan importante como la salud mental, a raíz de lo cual se pueden crear intervenciones pertinentes para concientizar y reducir el estigma en los habitantes.

La relevancia de este estudio radica principalmente en su carácter social, debido a que, como se ha expuesto en la literatura, la estigmatización hacia la enfermedad mental detiene a muchas personas a realizar consultas con profesionales especializados en el área, pudiendo desembocar en el deterioro de su calidad de vida en múltiples aspectos. Por otro lado, quienes ya poseen un diagnóstico

suelen percibir un estigma externo, sumado a los prejuicios negativos que existen sobre el trabajo de los profesionales del campo clínico.

Para investigaciones futuras se pretende realizar la validación correspondiente del instrumento para medir el estigma en salud mental, a la vez que se sugiere utilizar otras escalas que comprendan el mismo constructo en más dimensiones que las incluidas en este estudio, para explorar la variable con más profun-

dididad. Además, se recomienda la implementación de un muestreo probabilístico, o al menos el estudio de una muestra con más heterogeneidad que la presente. Por otro lado, sería de relevancia aplicar un diseño de tipo longitudinal y/o experimental para observar posibles fluctuaciones en las variables a través del tiempo y analizar los factores intervinientes en las mismas, al mismo tiempo que se recomienda realizar la administración de los tests en campo y de manera presencial.

## Referencias

1. Abi Doumit C, Haddad C, Sacre H, Salameh P, Akel M, Obeid S, et al. Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. *PloS one*. 2019;14(9): e0222172. PMID: 31525219 DOI:10.1371/journal.pone.0222172
2. Agrest M, Mascayano F, Ardila-Gómez SE, Abeldaño A, Fernandez R, Geffner N, et al. Mental illness stigma research in Argentina. *BJPsych Int*. 2015;12(4):86-8. PMID: 29093869 DOI: 10.1192/S2056474000000623
3. Ardila-Gómez S, Ares-Lavalle G, Fernández M, Hartfiel MI, Borelli M, Canales V, Stolkiner A. Social perceptions about community life with people with mental illness: study of a discharge program in Buenos Aires province, Argentina. *Community Ment Health J*. 2015;51(1):103-10. PMID: 24965092 DOI: 10.1007/s10597-014-9753-4
4. Baldner C, Jaime LC, Pierro A, Kruglanski AW. The epistemic bases of prejudice: The role of need for cognitive closure. *TPM Test Psychom Methodol Appl Psychol*. 2019;26(3):447-61. Available from: <https://www.tpm.org/wp-content/uploads/2019/09/26.3.9.pdf>
5. Bradbury A. Mental health stigma: The impact of age and gender on attitudes. *Community Ment Health J*. 2020;56(5):933-8. PMID: 32002711 DOI: 10.1007/s10597-020-00559-x
6. Brandt MJ, Reyna C. The role of prejudice and the need for closure in religious fundamentalism. *Pers Soc Psychol Bull*. 2010;36(5):715-25. DOI: 10.1177/0146167210366306
7. Burke SE, Dovidio JF, LaFrance M, Przedworski JM, Perry SP, Phelan SM, et al. Beyond generalized sexual prejudice: Need for closure predicts negative attitudes toward bisexual people relative to gay/lesbian people. *J Exp Soc Psychol*. 2017;71:145-50. PMID: 28983126 DOI: 10.1016/j.jesp.2017.02.003
8. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am. Psychol*, 1999;54(9):765-76. PMID: 10510666 DOI: 10.1037//0003-066x.54.9.765
9. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002;1(1):16-20. PMID: 16946807
10. Day EN, Edgren K, Eshleman A. Measuring stigma toward mental illness: Development and application of the mental illness stigma scale 1. *J Appl Soc Psychol*. 2007;37(10):2191-219. DOI: 10.1111/j.1559-1816.2007.00255.x
11. De keersmaecker J, Bostyn DH, Fontaine JRJ, Van Hiel A, Roets A. Toward an integrated cognition perspective on ethnic prejudice: An investigation into the role of intelligence and need for cognitive closure. *Soc PsycholPersonal Sci*. 2018;9(6):719-26. DOI:

- 10.1177/1948550617722201
12. Dhont K, Roets A, Van Hiel A. Opening closed minds: The combined effects of intergroup contact and need for closure on prejudice. *Pers Soc Psychol Bull.* 2011;37(4):514-28. PMID: 21343438 DOI: 10.1177/0146167211399101
  13. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones; Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018. Disponible en: [https://www.redsaludmental.org.ar/wp-content/uploads/2015/09/2013-10-29\\_plan-nacional-salud-mental.pdf](https://www.redsaludmental.org.ar/wp-content/uploads/2015/09/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf)
  14. Haugen PT, McCrillis AM, Smid GE, Nijdam MJ. Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiat Res.* 2017; 94:218-29. PMID: 28800529 DOI: 10.1016/j.jpsychires.2017.08.001
  15. Holman D. Exploring the relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Health (London).* 2015;19(4):413-29. PMID: 25323051 DOI: 10.1177/1363459314554316
  16. Horcajo J, Díaz D, Gandarillas B, Briñol P. Adaptación al castellano del Test de Necesidad de Cierre Cognitivo. *Psicothema.* 2011;23(4):864-70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=7272232051>
  17. Jaume L, Cervone N, Biglieri J, Quattrocchi P. Propiedades psicométricas del Test revisado de Necesidad de Cierre Cognitivo (TR-NCC) en una muestra de estudiantes de la Universidad de Buenos Aires. *Investigaciones en Psicología.* 2015;20(3), 55-60. Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/investigaciones/indice/trabajos\\_completos/anio\\_20\\_3/jaume\\_cervone\\_biglieri\\_quattrocchi.pdf](http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/investigaciones/indice/trabajos_completos/anio_20_3/jaume_cervone_biglieri_quattrocchi.pdf)
  18. Jaume LC, Roca MA. La evaluación del perdón, los modos regulatorios y la necesidad de cierre cognitivo: construyendo una agenda de investigación. *Subj Procesos Cogn.* 2010;24(1):1-21. Disponible en: <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/subyprocog/article/view/846/864>
  19. Jones EE, Farina A, Hastorf AH, Markus H, Miller DT, Scott RA. *Social stigma: The psychology of marked relationships.* New York: W. H. Freeman; 1984
  20. Kruglanski AW. *Lay epistemics and human knowledge: Cognitive and motivational bases.* New York: Plenum Press; 1989
  21. Ley 26.657/2010. Ley Nacional de Salud Mental. Sancionada el 25 de noviembre de 2010 por el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Promulgada el 2 de diciembre de 2010. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
  22. Morgenroth T, Sendén MG, Lindqvist A, Renström EA, Ryan MK, Morton TA. Defending the sex/gender binary: The role of gender identification and need for closure. *Soc Psychol Personal Sci.* 2021;12(5):731-40. DOI: 10.1177/1948550620937188
  23. Office for National Statistics; TNS-British Market Research Bureau. *Attitudes to Mental Illness 2010 Research Report.* London: National Statistics; 2010. Available from: [https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw\\_113313-6\\_0.pdf](https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_113313-6_0.pdf)
  24. Saldivia S, Runte-Geidel A, Grandón P, Torres-González F, Xavier M, Antonioli, et al. The Maristán stigma scale: a standardized international measure of the stigma of schizophrenia and other psychoses. *BMC Psychiatry.* 2014;14(182):1-9. PMID: 24943228 DOI: 10.1186/1471-244X-14-182
  25. Vázquez GH, Kapczinski F, Magalhaes PV, Córdoba R, Jaramillo CL, Rosa AR, et al. Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2011;130(1-2):323-7. PMID: 21055821 DOI: 10.1016/j.jad.2010.10.012
  26. Zalazar V, Leiderman EA, Agrest M, Nemirovsky M, Lipovetzky G, Thornicroft G. Reported and intended behavior towards people with mental health problems in Argentina. *Int J Ment Health.* 2018;47(3):215-27. DOI: 10.1080/00207411.2018.1474075