

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA  
Facultad de Psicología y Logopedia  
Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos  
Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

---



Estudio comparativo sobre la presencia del estigma social  
asociado al trastorno mental grave en estudiantes de  
psicología de la Universitat de València

TESIS DOCTORAL

Tesis presentada por:  
Irene López Palanca

Directores:  
Inmaculada Fuentes Durà  
Juan Carlos Ruiz Ruiz  
M<sup>a</sup> Dolores Sancerni Beitia

Valencia 2022

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA  
Facultad de Psicología y Logopedia  
Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos  
Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud



Estudio comparativo sobre la presencia de estigma social  
asociado al Trastorno mental grave en estudiantes de  
psicología de la Universitat de València

---

TESIS DOCTORAL

Tesis presentada por:  
Irene López Palanca

Directores:  
Inmaculada Fuentes Durà  
Juan Carlos Ruiz Ruiz  
M<sup>a</sup> Dolores Sancerni Beitia

Valencia 2022

Dña **INMACULADA FUENTES DURÀ**, profesora del Dpto. de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos de la Universitat de València

D. **JUAN CARLOS RUIZ RUIZ**, profesor del Dpto. de metodología de las ciencias del comportamiento

Dña **Mª DOLORES SANCERNI BEITIA**, profesora del departamento de metodología de las ciencias del comportamiento

**CERTIFICAN:**

Que la presente memoria, titulada “**Estudio comparativo sobre la presencia del estigma social asociado al trastorno mental grave en alumnos de psicología de la Universidad de Valencia**”, corresponde al trabajo realizado bajo su dirección por Dña. **IRENE LÓPEZ PALANCA**, para su presentación como Tesis Doctoral en el Programa de Doctorado en Psicología clínica y de la salud de la Universitat de València.

Y para que conste firma/n el presente certificado en Valencia, a **1** de **10** de 2022.

Fdo. Inmaculada Fuentes

Fdo. Juan Carlos Ruiz

Fdo. Mª Dolores Sancerni

## AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Inmaculada Fuentes, tengo que agradecerle su gran apoyo y trabajo desde el inicio. Inma, muchas gracias por estar siempre disponible y por animarme a que, a pesar de las dificultades, siguiera adelante.

A la Dra. M<sup>a</sup> Dolores Sancerni por empujar a que todo saliera y confiar en ello.

Al Dr. Juan Carlos Ruiz, por su inestimable ayuda a nivel metodológico. Por estar y ayudar a que todo saliera de manera correcta.

A mi familia por el apoyo y el cariño durante todo este tiempo. Gracias a ellos y a su esfuerzo en que no perdiera la ilusión, se ha logrado este trabajo.

Y a todas esas otras personas, que me han dado todo su apoyo emocional, muchas gracias.

....

*“Todos tenemos luz y oscuridad en nuestro interior, lo que importa es qué parte decidimos potenciar”*

S. Black



# ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN	11
Presentación	11
1.1 Definición del problema	12
1.2 Contextualización del problema en cifras	15
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	19
2. DEFINICIÓN Y DESARROLLO HISTÓRICO DEL TÉRMINO ESTIGMA	20
2.1.Definición	20
2.1.1.Componentes	22
2.1.2.Factores generales	22
2.1.3 Conceptos afines al termino estigma	23
2.1.3.1 Estereotipos	23
2.1.3.2 Prejuicios	23
2.1.3.3 Discriminación	24
2.1.3.4 Marca	25
2.2 Perspectiva histórica	25
2.2.1 Edad Antigua	27
2.2.2 Era Medieval	28
2..2.3 Los Asilos	28
2.2.4 La reforma	29
2.2.5 Siglo XX	30
2.2.6 Siglo XXI	31
2.3 Modelos teóricos	31
2.3.1 Modelos sociológicos	32
2.3.2 Modelos psicosociales	33
2.3.2.1 Psicología social	33
2.3.2 2 Psicología evolutiva	35
2.3.3 Modelos integradores	36

2.4 Tipos de estigma	36
2.4.1 Estigma público	37
2.4.2 Autoestigma	37
2.4.3 Estigma estructural	39
2.4.4 Estigma por asociación	40
3. ESTIGMA PÚBLICO ASOCIADO AL TRASTORNO MENTAL GRAVE	
3.1 Definición y características del estigma público	42
3.2 Proceso de formación – Proceso de estigmatización	44
3.3 Consecuencias	46
3.3.1 Personas	46
3.3.2 Familia y cuidadores	47
3.3.3 Medios de comunicación (idea peligrosidad)	47
3.4 Estigma público en los profesionales de la salud mental	48
3.4.1 Características del estigma en los profesionales de la salud mental	49
3.4.2 Consecuencias	50
3.4.3 Estigma hacia el trastorno mental grave en los profesionales de la psicología	50
3.5 Estrategias y programas para combatir el estigma social hacia el trastorno mental grave	51
3.5.1. Estrategias de formación y educación	52
3.5.2. Estrategias de contacto	53
SEGUNDA PARTE: REVISIÓN SISTEMÁTICA	55
4.1 Introducción	56
4.2 Análisis de contenidos	56
4.2.1 Criterios de inclusión	57
4.2.2 Extracción de datos	57
4.3 Resultados de la revisión sistemática	59
4.4 Conclusiones extraídas tras la revisión sistemática	70

TERCERA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO	75
5.DISEÑO DEL ESTUDIO	75
5.1 Objetivos	76
5.2 Hipótesis de trabajo	76
5.3 Metodología	77
5.3.1 Participantes en el estudio	77
5.3.2. Instrumentos de evaluación	77
5.3.3 Procedimiento	81
5.3.4 Análisis estadístico	81
6. RESULTADOS	83
6.1 Características demográficas y conocimiento sobre la Enfermedad mental	83
6.2 Hipótesis dos y tres: Diferencias entre los cursos	84
6.3 Hipótesis cuatro: Diferencias de género	88
6.4 Hipótesis cinco: Diferencias en función de “conocer”	90
6.5 Hipótesis cinco: Diferencias en función “convivir/trabajar”	91
6.6 Hipótesis seis: Correlaciones entre conocimientos (KMI) y dimensiones del CAMI y del AQ27	93
7. DISCUSIÓN	95
8. CONCLUSIONES	100
9. PROSPECTIVA DE LA INVESTIGACIÓN	101
10. BIBLIOGRAFÍA	102
11. ÍNDICE ABREVIATURAS	120
12. ÍNDICE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	123
13. ANEXOS	126



## **1.INTRODUCCIÓN**

Esta investigación se enmarca en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud, en concreto aborda el tema de la estigmatización asociada al Trastorno Mental Grave (TMG) en los futuros profesionales de la psicología. Conocemos el concepto del TMG como aquellos trastornos mentales cuya duración es prolongada y que conllevan discapacidad y disfunción social como consecuencia a dichos síntomas relativos al trastorno (López & Laviana, 2007). Es cierto que desde 1970 han sido muchas las definiciones que han tratado de describir el TMG pero ha sido la versada por el Instituto Nacional de Salud Mental americano la más representativa y con mayor grado de acuerdo ya que incluye; un diagnóstico referido a los trastornos psicóticos y de personalidad, con una duración superior a los dos años y con la presencia de una discapacidad vinculada a la afectación severa del desarrollo social, laboral y familiar (Conejo, 2014)

Esto supone una tarea complicada, ya que implica un debate no sólo a nivel académico sino también a nivel social. Los resultados de esta investigación pueden ayudar a conocer si es necesario reducir la estigmatización asociada al trastorno mental grave en los estudiantes del grado de psicología, futuros profesionales en el campo de la salud mental y orientar el programa académico de los grados de psicología hacia para la disminución del estigma asociado.

Se va a analizar la situación del estigma social asociado al trastorno mental grave en los futuros profesionales de la salud mental, en relación con los conocimientos adquiridos en sus estudios universitarios, en concreto si cambia desde el inicio, en primero, al final en cuarto curso.

### **1.1.Contextualización del problema**

El estigma social o público conlleva una identidad social devaluada en un contexto social determinado (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillem, 2009). La opinión pública sobre la posesión de una característica negativa, desencadena una serie de reacciones negativas hacia aquel o aquellos que la poseen. Dicha reacción, tal y como comenta Goffman, en 1963, en su estudio sobre el atributo desacreditador, devalúa profundamente a la persona, contaminándola y la convierte en otra “manchada”, prescindible y de la cual hay que apartarse o evitar (Fuster Ruíz de Apocada, 2011).

Para que pueda darse un proceso de estigmatización por parte de la sociedad, tienen que producirse una serie de reacciones psicológicas y sociales por parte de la población hacia aquello que se percibe como estigmatizado. Estas reacciones desembocan

en estereotipos (componente cognitivo), en prejuicios (componente emocional), y discriminación (componente conductual) (Simón-Alonso, 2015).

Uno de los grupos que recibe una gran estigmatización por parte de la sociedad, aunque en muchas ocasiones es ocultado o disimulado, es el estigma asociado al trastorno mental grave. Este estigma hacia lo desconocido o no controlable, hace que exista un deseo de distancia social hacia el “extraño” o “diferente”. Por ello, se le adjudica una etiqueta que lo marcará para así, poder identificarlo y hacer una separación entre el “ellos” y el “nosotros” – *Tª de la re-categorización de Allport* (Martín-Balle, 2019). Además, esta estigmatización social surge como control o manejo sobre la exclusión de los otros, para así preservar la sociedad según los parámetros aceptados por ella. Lo que comúnmente se conoce como “*stigma-power*” (Link & Phelan, 2014).

Este estigma puede darse de dos maneras diferenciadas, de forma implícita/automática y de forma explícita/controlada. Ambas desembocan en un impacto social, psicológico y económico en las personas estigmatizadas. Este impacto es muy perjudicial y provoca una relación negativa, en las personas que lo padecen, con la autoestima, el empoderamiento, la calidad de vida, el apoyo y la integración social (Eisenberg, Downs & Golberstein, 2012).

A pesar de que el conocimiento hacia el trastorno mental ha aumentado y las intervenciones cada vez son más efectivas, las respuestas negativas siguen existiendo (Tippin & Maranzan, 2019). Esto puede deberse a la existencia de factores biogénéticos y psicosociales relacionados con la aparición del trastorno, los cuales ayudan a seguir estigmatizando y manteniendo la aparición de actitudes y comportamientos tales como los estereotipos, la negatividad, evitación, el tratamiento adverso en interacciones y otras formas de discriminación (Mannarini, Boffo, Rossi & Balottin, 2018).

Tal y como aparece en la literatura científica, el conocimiento sobre el TMG y el contacto con el mismo puede afectar al cambio de actitud respecto al TMG de una manera más positiva (Simmons, Jones & Bradley, 2017), por ello sería razonable pensar que todos aquellos profesionales que se dedican al campo de la salud mental, no contarán con los estereotipos, actitudes, creencias y comportamientos que existen en la sociedad o que estos fueran de una menor intensidad.

El contacto, como maniobra de cambio del estigma, está justificado a través de la “*hipótesis del contacto*”, la cual propone una estrategia para mejorar las relaciones interpersonales mediante la facilitación del contacto (Kosyluk et al, 2016) modificando

los componentes tanto cognitivo (formación) como el afectivo (contacto) (Medina-Mesa, Martínez-García, Morales-Sánchez, & Gil-Olarte, 2018).

Diferentes estudios hablan sobre que el problema del estigma no solo aparece en la población en general sino que también afecta a aquellas personas o profesionales sanitarios que trabajan codo con codo con el TMG. Estas actitudes estigmatizantes se mantendrían a pesar de la exposición a los pacientes y la formación profesional (*formación y contacto – hipótesis del contacto*) (Chile, Stefanovics & Rosenheck, 2018).

Específicamente, cuando hablamos de los profesionales dentro del campo de la psicología, aun existiendo pocos estudios estos sugieren que los profesionales suelen tener una visión más optimista de las intervenciones y sus resultados en comparación con otros grupos de profesionales de la salud mental (Magliano et al., 2016). ¿Qué pasa cuando centramos nuestra atención en los futuros profesionales de la salud mental?; ¿Los estudiantes de psicología, y futuros psicólogos, tendrán también esa misma visión positiva?

Magliano et al. (2016) señalan que los estudiantes de psicología en comparación con los estudiantes de otras carreras del ámbito de la salud mental, muestran un mayor distanciamiento social y son mucho más pesimistas con el buen pronóstico del trastorno.

Entonces, ¿cuándo se produce ese cambio de pensamiento?

Sabemos que las creencias, las inquietudes y, obviamente, los conocimientos de los estudiantes de psicología no son los mismos al entrar en la facultad que al salir. Por eso, y sabiendo que, los estudiantes que reportan experiencias personales con el TMG muestran una mayor aceptación social (Chile, Stefanovics & Rosenheck, 2017), es importante conocer si existe una evolución en el proceso estigmatizador de los estudiantes de psicología y las características del mismo. De este modo ayudaremos a prevenir la futura estigmatización que pueda aparecer no solo hacia al trastorno sino hacia la voluntad de ellos mismos a la hora de buscar ayuda en un futuro ante cualquier conflicto o problema relacionado (Michaels, Corrigan, Kanodia, Buchholz, & Abelson, 2015).

Por todo ello, trataremos de analizar si desarrollo de los estudios en psicología, ayuda a disminuir en los estudiantes de psicología de la Universidad de Valencia, el estigma, en su distintos componentes.

## 1.2. Las cifras

A continuación, vamos a señalar las cifras con las que contamos sobre las personas con TMG en nuestro país, así como en la Comunidad Valenciana. Además indicaremos el número de psicólogos colegiados y futuros psicólogos, estudiantes en la Universitat de València, para poder tener una visión general sobre el número de posibles personas afectadas y de los profesionales de la salud mental que pueden atenderlos. Esto también nos dará una perspectiva más amplia del papel que juega la prevención de la estigmatización en los futuros psicólogos hacia al TMG y la futura predisposición de estos al trabajo positivo en esta población.

Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente el 9% de la población mundial tiene algún tipo de problema relacionado con la salud mental y el 25% lo tendrá en algún momento a lo largo de su vida (Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales, 2021)

Si nos centramos en la población nacional, podemos comprobar que una de cada 10 personas mayores de 15 años (10,8%) sufre algún tipo de problema mental. Si aislamos el TMG, observamos que el 2,1% de la población lo sufre (Encuesta Nacional de Salud ENSE, 2017). Pero, ¿cuál ha sido la evolución de la TMG en nuestro país?

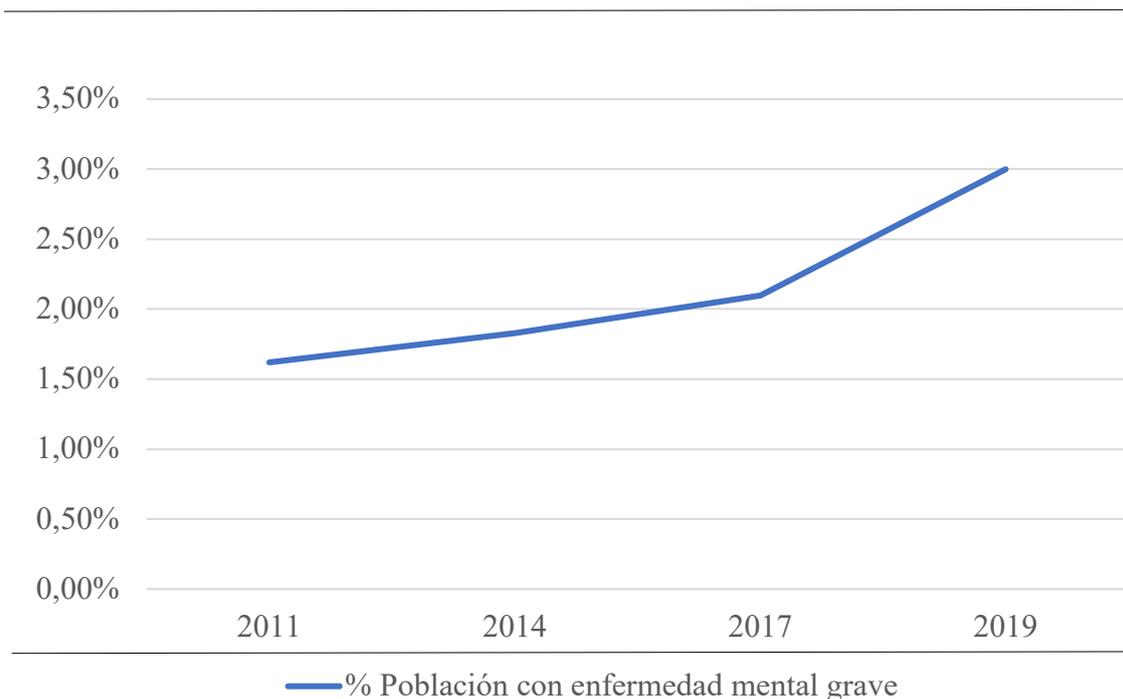
Es cierto que los últimos años, debido a la situación de alarma sanitaria por el COVID19, los estudios referenciales han disminuido y existe un aumento sustancial de los problemas de salud mental relacionados con la pandemia. Por eso, es importante hacer una retrospectiva a los años anteriores a la pandemia y comprobar, si existe un aumento real.

*Tabla 1:* Datos ENSE en España

<b>Año</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Tasa de aumento (%)</b>
2011	1,62	
2014	1,83	0,21
2017	2,1	0,27
2019	2,5 - 3	0,4 – 0,9

*Fuente:* Encuesta nacional de salud mental. Elaboración Propia

Gráfico 1: Personas diagnosticadas con trastorno mental grave en España



Fuente: Encuesta nacional de salud mental.

Vemos como sí aparece un aumento del número de personas diagnosticadas con TMG en nuestro país. Además, comprobamos que existe una tendencia al alza en cuanto al porcentaje de pacientes, por lo que podríamos aventurarnos a decir que, esta tendencia, junto a las consecuencias en la salud mental que está acarreando la pandemia, podría aumentar de manera muy significativa, el número de personas afectadas en nuestro país en los próximos años.

Si centramos la mirada a la Comunidad Valenciana, vemos como los últimos datos actualizados, plasman que en 2017 el porcentaje de personas diagnosticadas con TMG es el 1,76% de la población (Encuesta Nacional de Salud ENSE, 2017).

¿Cuántos profesionales de la psicología con especialización sanitaria contamos en nuestro país para atender a los pacientes con trastornos mentales graves?

Tabla 2: Psicólogos con especialización sanitaria en España

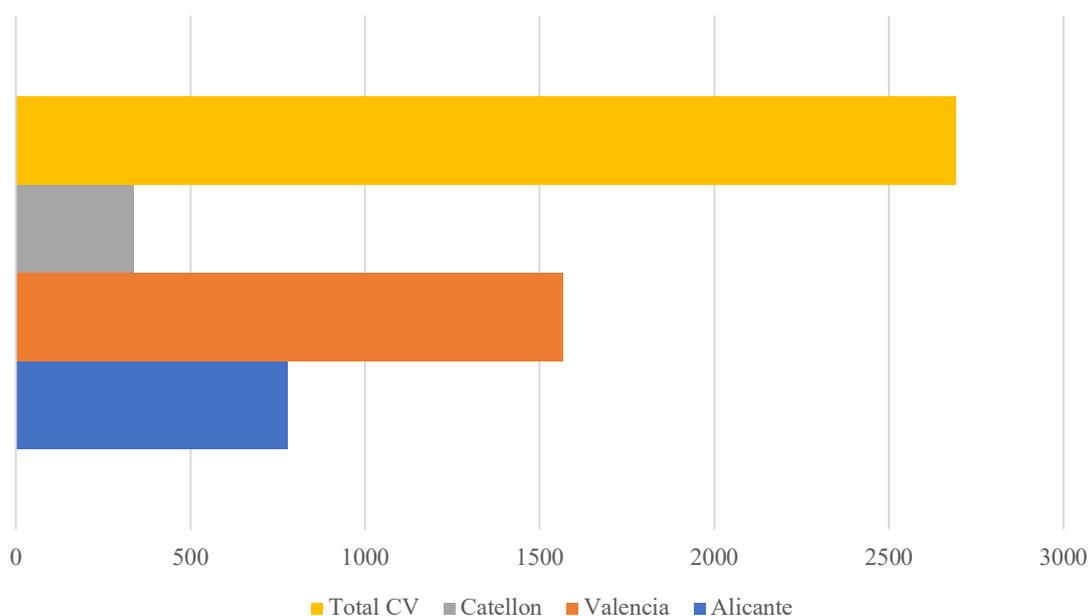
Año	Profesionales
2015	26.879
2016	25.094
2017	25.857
2018	32.516
2019	33.209
2020	34.827
2021	37.611

Fuente: Instituto Nacional de Estadística – INE.

Vemos como en 2017 se rompe la tendencia decreciente en el número de profesionales de la psicología con especialización sanitaria en nuestro país. Específicamente en la Comunidad Valenciana, aparecen 2.694 profesionales de la psicología con especialización sanitaria en el año 2021 (INE, 2022).

Si desgranamos esta cifra por provincias, comprobamos como en la provincia de Valencia tiene un mayor número de incremento de nuevos profesionales de la psicología con especialización sanitaria en el año 2021.

Gráfico 2: Nuevos psicólogos con especialización sanitaria en el 2021 en la CV



Fuente: Instituto Nacional de Estadística - INE.

Las cifra altas de personas afectadas y de personas que se relacionaran con estas personas desde los diferentes dispositivos sanitarios y sociales nos muestra la gran importancia que tiene la prevención del estigma asociado al TMG en los estudiantes de psicología ya que ellos serán los futuros profesionales de la salud mental.

El dato de que cada año ingresan 450 nuevos alumnos en la Facultad de Psicología de la Universitat de València, más los que ingresan en las universidades privadas, lleva a pensar que la formación que reciban será crucial para disminuir el proceso de estigmatización en los estudiantes. Los objetivos principales de esta tesis han sido realizar una revisión sistemática sobre la presencia de los distintos componentes del estigma en estudiantes universitarios de los grados de psicología y realizar un estudio empírico comparando los estudiantes de primero y cuarto del grado de psicología de la Universitat de València en los distintos componentes del estigma para conocer el impacto que la formación ha tenido.

## **PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO**

## 2. DEFINICIÓN Y DESARROLLO HISTÓRICO DEL TÉRMINO ESTIGMA

Es importante, para poder comprender mejor el fenómeno de la estigmatización, conocer y conceptualizar el término de manera teórica y a nivel psicosocial. Por ello, a lo largo de este apartado nos referiremos al concepto del estigma y a la evolución del término.

### 2.1 Definición

Si buscamos la definición más semántica de la palabra *estigma*, vemos que procede del latín “*atis*” marca, corte o tatuaje en la piel de esclavos y ladrones para su reconocimiento público y del griego “*stizen*” marca de ignominia o infamia (Simón-Alonso, 2015). Esta palabra contiene 6 diferentes acepciones o sentidos que puede tomar pero nos interesan estas cuatro:

- Marca o señal en el cuerpo (Real Academia Española, estigma, definición 1)
- Desdoro, afrenta, mala fama (Real Academia Española, estigma, definición 2)
- Marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud (Real Academia Española, estigma, definición 4)
- Lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y hereditaria (Real Academia Española, estigma, definición 6)

En la literatura científica aparecen diversos autores que nos hablan sobre el concepto de estigma más allá de la definición que ya en la edad media, se tenía sobre este término como la difamación y acusación pública de un criminal (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillem, 2009). Estos autores se alejan de la connotación de criminal pero sí que comparten la característica como atributo que conlleva una identidad social devaluada en el mismo contexto social.

En esta línea, aparece la definición de Goffman en 1963 quien define estigma como aquel atributo profundamente devaluador que degrada y rebaja a la persona portadora del mismo (Goffman, 2009). Además, este autor especificó tres categorías relacionadas con la persona con dicho atributo. Diferenció entre tres tipos de características, las relacionadas con abominaciones del cuerpo, con los defectos del carácter y con los estigmas tribales. Estos tres tipos de atributos, son reconocidos como una diferencia y una devaluación de la persona ante la sociedad (Garín, 2016). Por tanto, se crearían dos grandes grupos diferenciados; el grupo desacreditado, aquellos que portan

una señal evidente, y el grupo desacreditable, portadores de una característica que puede ser ocultada (Simón- Alonso, 2015).

Edward Jones y sus colaboradores, en el libro “estigma social: la psicología de las relaciones marcadas” publicado en 1984, hablan del estigma como marca que vincula a la persona con un conjunto de atributos indeseables. Dos años más tarde, Stafford y Scott en 1986, equiparan el estigma a la desviación del comportamiento dentro de la unidad social. Es decir, consideran el estigma como una característica que rechaza la norma social (Link & Phelan, 2001).

Más recientemente Crocker, Major y Steele (1998), han señalado que todas aquellas personas estigmatizadas son aquellas que poseen un atributo o característica que les identifica a nivel social, pero es devaluada en un contexto social más particular.

Es cierto que como sociedad, necesitamos el contacto para poder tener una adaptación positiva al medio. Y para que esto se pueda dar, es importante hacer un análisis de la otra persona basado en las diferentes experiencias que podamos tener. Este análisis puede provocar un rechazo al categorizar e identificar a la otra persona como diferente (estigma). Por tanto, el concepto de estigma puede dividirse en dos perspectivas; la perspectiva individual y la perspectiva social.

La primera de ellas, la perspectiva individual es la comparación de aquel que pertenece al grupo con el externo al grupo. Esto conlleva un lenguaje discriminizante que perpetúa la idea de diferenciación y de no pertenencia. Además, esta idea correlaciona con una disminución de la calidad de vida y de apoyo social de la persona apartada. La segunda perspectiva, la perspectiva social, hace referencia a la posesión de una característica que devalúa en un contexto determinado. Esto provoca rechazo y exclusión (Martín-Balle, 2019).

Por todo lo comentado, la conceptualización teórica del término “estigma” señala que la definición, a lo largo del tiempo, tiene como hilo conductor la diferenciación de la persona estigmatizada con el grupo social de referencia al ser portadora de un atributo devaluador que provoca un juicio de valor de la sociedad y por tanto un empeoramiento de la calidad de vida de la persona señalada así como la creación y diferenciación de sociedades jerarquizadas según patrones que perpetúan prejuicios y discriminaciones (Martín-Balle, 2019).

### **2.1.1. Componentes**

El término “estigma”, tal y como hemos visto anteriormente, se integra dentro de dos vertientes, la vertiente que hace referencia al individuo y la vertiente que habla sobre la sociedad. Ambas vertientes o perspectivas encuadran tres componentes responsables del funcionamiento psicológico del ser humano. Estos tres componentes están interrelacionados entre sí, de modo que cualquier cambio que pueda producirse en uno de ellos, tendrá consecuencias en los otros.

Estos tres componentes hacen referencia a la parte cognitiva, emocional y conductual del ser humano. El componente cognitivo lo constituyen aquellas ideas y conocimientos previos, reales o no reales, que se tienen sobre la característica estigmatizada y, en consecuencia, sobre la persona sobre la cual recae el estigma. En cuanto a la parte emocional, el estigma actúa en las diferentes evaluaciones negativas que se hacen de la persona estigmatizada o de la característica concreta devaluada. Por último, el componente conductual se relacionaría con las diferentes conductas que se llevan a cabo ante la persona estigmatizada. Estas conductas suelen ser de evitación, coerción, segregación o de rechazo. Conductas negativas que hacen aumentar el estigma y por tanto perpetúan la idea negativa hacia dicha característica (López et al., 2008)

### **2.1.2 Factores generales**

Una vez identificados los diferentes componentes que nos ayudarán a concretar la estigmatización, encontramos cinco factores diferenciados, citados por los autores Link y Phelan (2001), que intervendrán en el proceso para que se pueda dar dicha estigmatización. Estos factores actúan de acuerdo a una escala de gravedad interrelacionados entre sí. El primer factor de todos estaría relacionado con la existencia de una etiqueta propuesta por parte de la sociedad la cual ayudará a identificar los rasgos devaluados. El segundo factor hace referencia a todas aquellas creencias culturales ligadas a las características negativas. Este factor está relacionado con el componente cognitivo. En tercer lugar encontraríamos todas aquellas categorías sociales, las cuales ayudaran a segmentar y a diferenciar entre “nosotros y “ellos”. En cuarto lugar encontraríamos los sentimientos de minusvalía y de indefensión que sienten los afectados por el estigma. Y por último, las dificultades a nivel social, económicas y políticas con las que se encuentran dichos afectados tras la estigmatización (Martín-Balle, 2019).

### **2.1.3 Conceptos afines al termino estigma**

El término estigma está íntimamente relacionado con otros. Fundamentalmente esto se debe a que dentro de todo proceso de estigmatización, intervienen los tres componentes psicológicos necesarios de todo comportamiento humano. Y es este comportamiento el que nos llevará a la acción, es decir, al ejercicio de una conducta estigmatizante hacia otra persona.

A este proceso, a nivel más social, se le suele otorgar diferentes nombres y cada uno de ellos hará referencia a una parte del proceso relacionado con un componente determinado.

A continuación, en este apartado, se describirán los tres términos relacionados con el estigma desarrollados por Patrick Corrigan (2000) además de un cuarto término con el que se identificará, en muchas ocasiones e incluso desde los inicios del atributo devaluador, el significado de la palabra “estigma”.

#### ***2.1.3.1 Estereotipos***

El término estereotipo es la imagen o la idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable (Real Academia Española, estereotipo, definición 1). Esta imagen o idea es la percepción exagerada sobre una persona o grupo que comparten ciertos rasgos o características. Esta percepción suele ser simplista y poco elaborada ya que su objetivo es la justificación de dichas características en relación a un patrón social establecido.

Los estereotipos son estructuras aprendidas por la sociedad con un componente cultural (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillem, 2009) y con una alta carga del componente cognitivo ya que son todas aquellas ideas que nos ayudan a diferenciar y a segmentar según las características, habilidades y cualidades a las personas dentro de la sociedad.

La creación del estereotipo, será parte fundamental en la categorización mediante la formación de expectativas poco realistas y sesgadas e incluso a través de la generalización y los patrones sociales establecidos.

#### ***2.1.3.2 Prejuicios***

El término prejuicio es la acción y el efecto de prejuzgar (Real Academia Española, prejuicio, definición 1) o lo que es lo mismo, la opinión previa y tenaz, por lo

general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal (Real Academia Española, prejuicio, definición 2).

Este juicio anticipado nos predispone a una distorsión de la percepción hacia la persona u objeto del cual emitimos dicho juicio. El componente que rige este término dentro del proceso de estigmatización, es el componente emocional, ya que para que se den estas evaluaciones negativas, no tiene que haber un conocimiento real previo. Estas evaluaciones fomentarán el etiquetado, de ciertas personas o atributos, por parte de la sociedad según los cánones de esta.

A partir de este prejuicio, se formarán las asignaciones, tanto externas como las internas, las cuales fomentarán la categorización de la sociedad.

Debemos tener en cuenta, que no solo se emiten juicios sobre atributos o características, sino también se puede prejuzgar comportamientos o actitudes. Esto hace que no solo se rechace lo visible sino también características intrínsecas de la persona. Esto es mucho más devaluador ya que no es algo que pueda cambiar o erradicar.

### ***2.1.3.3 Discriminación***

Acción o efecto de discriminar, es decir selección excluyente (Real Academia Española, discriminar, definición 1) o dar trato desigual por motivos raciales, religiosos, políticos, de sexo, de edad, de condición física o mental, etc. (Real Academia Española, discriminar, definición 2).

Este término hace referencia al trato diferente pero perjudicial para la persona o grupo sobre el cual se ejerce. Este trato irá en función de las ideas y conocimientos previos que se tengan sobre la característica devaluadora. Es decir, es el resultado final del proceso de estigmatización y el último de los componentes que hemos estado viendo. En este caso, la discriminación está relacionada con el componente comportamental ya que serán las acciones de evitación, rechazo, coerción o segregación que se lleven sobre dicha persona o grupo debido al estigma percibido.

Este último paso (componente) es el que más limita a la persona estigmatizada ya que le perjudica o dificulta en gran medida su acceso a las oportunidades y sus derechos sociales, económicos y/o políticos.

Existen cuatro tipos de discriminación o de percepción de la misma. La primera de ellas sería la discriminación grupal percibida, la cual hace referencia a la medida en la que una persona cree que su grupo es discriminado. La segunda percepción de

discriminación sería la individual, es decir, las propias experiencias de discriminación vividas por la persona afectada. En tercer lugar tendríamos la discriminación sutil, la cual hace referencia a las muestras de desconfianza, trato diferente o rechazo progresivo. Esta discriminación está relacionada con un menor bienestar y con una internalización del estigma. Y por último, la discriminación manifiesta donde aparecerían muestras abiertas de discriminación y rechazo hacia una persona o grupo (Garín, 2016).

#### **2.1.3.4 Marca**

El término “marca” hace referencia a cualquier señal que se hace o se pone en alguien o algo para poder distinguirlos (Real Academia Española, marca, definición 1). Además también recoge la definición que dicha señal o huella no se borra con facilidad (Real Academia Española, marca, definición 2). Esta segunda acepción es muy importante ya que nos señalará el grado de afectación para la persona marcada.

Goffman (2009), cuando hacía referencia al atributo desacreditador, se refería a la existencia de bien un defecto corporal, factores tribales de pertenencia a un grupo determinado o bien a rasgos de carácter. Estos atributos podían diferenciarse en dos grandes grupos. Los que pertenecían al grupo desacreditado, aquellos que portaban una señal evidente. O el grupo desacreditable, aquellos cuya señal podía ser ocultada. Esta señal, es decir, aquello por lo que eran señalados, se conocía como “marca”.

## **2.2 Perspectiva histórica**

El término de estigma relacionado con el trastorno mental, ha ido evolucionando a lo largo del tiempo conforme la ciencia también iba avanzando. Encontramos que en un principio el trastorno mental iba muy asociado al término de locura, intentando marcar simbólicamente al diferente.

Esta marca podía darse como forma de identificación o como forma de castigo, dependiendo de factores como el contexto histórico y religioso, el desarrollo del conocimiento y los procesos de urbanización e industrialización (Hinshaw, 2009). Esta evolución ha ido muy pareja con la evolución del término locura, ya que se ha producido de manera circular alternándose etapas en las que existía una mayor tolerancia hacia la persona que padecía el trastorno mental, con etapas de persecución y acorralamiento.

Con la evolución y desarrollo del conocimiento aparecen diferentes corrientes que reflejan una forma de entender y tratar al trastorno mental y a quien lo padece. Estas

corrientes no siempre han ido paralelas a la comprensión de la locura y del trastorno mental. Lo que ha provocado una inestabilidad y el mantenimiento del estigma (Simon-Alonso, 2015).

Para poder lograr entender la evolución del estigma a lo largo de la historia, es necesario conocer los factores que intervinieron y la repercusión que tuvieron en la sociedad. Encontramos cuatro corrientes de pensamiento que han ido apareciendo a lo largo de la historia y que han ido marcando la evolución y el desarrollo del conocimiento.

En primer lugar encontramos el *dualismo cuerpo-mente*, relevante en la cultura griega, en el cual se enfatiza en la relación del cuerpo con la conciencia. Esta relación se puede dar bien desde la espiritualidad, desde la propia voluntad o bien desde una visión independiente entre ambas entidades. En función del origen de esta relación, el propio trastorno mental puede interpretarse como una dolencia, parecida a la física, o como un error o fallo de las capacidades superiores, es decir, un error o fallo moral.

La segunda corriente de pensamiento sería la relacionada con la *etiología natural contra la sobrenatural*. Esta corriente condicionará la posición que ocupa la persona enferma dentro de la sociedad ya que, si su característica diferenciada proviene de la intervención de fuerzas superiores, puede desde ser condenado a ser líder del grupo social.

La tercera corriente de pensamiento habla sobre el dualismo existente entre el *determinismo o la libre voluntad*. Esta corriente hablará del papel que juega la persona afectada en la responsabilidad por lo que le sucede. Ya que se puede considerar como pasivo o como responsable. Si los síntomas dependen de fuerzas naturales o biomédicas, el afectado se puede considerar al margen. Esto puede provocar sentimientos de resignación y pesimismo ya que no puede cambiar su situación. En cambio, si se considera que el afectado es dueño y responsable de su voluntad, es posible que aparezcan sentimientos de vergüenza y culpa por no cambiar la situación.

Por último, la cuarta corriente de pensamiento que influyó en la evolución del estigma hacia el enfermo mental, sería el tipo de tratamiento. El *tratamiento punitivo contra el tratamiento humanitario*. El estilo y tipo de tratamiento hacia el enfermo mental puede influenciar en la manera de tratarlos por la sociedad y el estigma existente sobre ellos. Ya que si el tratamiento es negligente, de castigo o de rechazo mediante el destierro y la expulsión, la sociedad los apartará e imposibilitará una integración y cuidado (Hinshaw, 2009).

A continuación iremos desglosando las etapas más importantes de la historia donde sucedieron hitos significativos para la evolución del término estigma asociado al trastorno mental.

### **2.2.1 Edad Antigua**

Durante este periodo, el trastorno mental se asociaba con características negativas y comportamientos violentos en diferentes contextos. Todo aquello que carece de una explicación racional, se atribuye a fuerzas sobrenaturales. Es cierto que estas fuerzas no siempre se han considerado malignas ya que en algunas ocasiones, estas posesiones se han atribuido a misiones especiales y se le ha otorgado, al “poseído” un papel superior dentro del grupo social.

Hipócrates (460 a.C.) fue el primero en asentar el origen de los trastornos psicológicos en la parte física, describiendo y clasificando por primera vez los trastornos mentales. Este autor otorga un papel principal al cerebro como causante del pensamiento, las emociones y la acción. En su teoría sobre los fluidos, Hipócrates menciona como origen de las aflicciones mentales al desequilibrio de los fluidos corporales por lo que se entendía que la recuperación y sanación de dicho equilibrio estaba relacionada con la corrección del equilibrio mediante el descanso, la abstinencia, el ejercicio, etc. Esta propuesta no fue aceptada de manera generalizada ya que autores posteriores como Platón (427 a.C.) continuaban atribuyendo el trastorno mental a desórdenes psicológicos y a la influencia de fuerzas y poderes sobrenaturales. Más adelante, Aristóteles (384 a.C) devuelve al corazón el mando y el poder principal (Hinshaw, 2009).

Años más tarde, autores como Asclepiades (124 a.C), médico griego, defienden el origen emocional del trastorno mental grave y que estas aparecen por la incidencia de partículas invisibles que entran en el cuerpo a través de los poros. Propone tratamientos de cuidado al cuerpo.

Con la llegada del Imperio Romano, todo avance de conocimiento impulsado por los griegos, sufre un frenazo y el concepto de trastorno mental retrocede a sus inicios donde vuelve a ser considerada con misticismo y superstición. Además los tratamientos vuelven a ser punitivos. En este tiempo, médicos como Celsus (25 a.C) defienden los castigos corporales, la reclusión o la inmovilización como tratamientos a la locura. La finalidad de estos castigos era la distracción de la mente mediante el miedo o la privación de los sentidos. Más adelante, Galeno (130 d.C), volvió a impulsar el estudio sobre los trastornos mentales otorgando, de nuevo, relevancia al cerebro (Hinshaw, 2009).

En Europa, la construcción de los primeros hospitales públicos surgen a finales del siglo IV. Estos hospitales contribuyeron a perpetuar el estigma asociado a la locura ya que asumían una visión muy negativa hacia la misma y carecían de vocación para el tratamiento. Es en Arabia donde aparece el primer centro hospitalario con una verdadera atención asistencial hacia las personas con trastornos mentales (Simon-Alonso, 2015).

### **2.2.2 Era Medieval**

Tras caer el Imperio Romano, la dicotomía entre el bien y el mal cobra mayor fuerza. Aparece un auge de la religión y el misticismo y crean un marco para juzgar el comportamiento humano. Desde este enfoque, el trastorno mental se sitúa en el lado de la maldad y su tratamiento parte de la religión a través de los exorcismos. Los médicos se sustituyen por monjes y el trastorno mental se identifica con la debilidad y la incapacidad para elegir lo correcto frente a lo incorrecto. Por tanto, declinan toda la responsabilidad al enfermo, aumentando de ese modo el estigma en la sociedad (Hinshaw, 2009).

En Europa, aun existiendo alguna excepción, la corriente dominante es el modelo de confinamiento y exclusión de las personas con trastornos mentales. Es entonces cuando aparecen los asilos especiales para ellos. Uno de los primeros en construirse se sitúa en Metz (Alemania) en el año 1100, donde se llevaban a cabo prácticas aberrantes. Sin embargo, uno de los primeros asilos con vocación protectora, lo encontramos en España en el Hospital de los Lunáticos, Insanos e Inocentes creado por el Padre Jofré en Valencia en el año 1410 (Simon-Alonso, 2015).

El estigma hacia las personas con trastornos mentales se fue agravando hasta tal punto que en el año 1484, con la publicación del “Malleus Maleficarum”, se acusaba de brujería a todos aquellos, en especial mujeres, con alguna característica que no se pudiera explicar racionalmente ni bajo los criterios de la religión. Durante esa época, numerosas mujeres con trastornos mentales, fueron acusadas de brujería y sometidas a escarnio público para acabar quemándolas en la hoguera (Simon-Alonso, 2015).

### **2.2.3 Los Asilos**

Durante el siglo XVII en Europa, aparecen cambios en la disciplina de la medicina, resurgiendo los principios de los autores griegos y avanzando de este modo el desarrollo de la revolución científica. Sin embargo, en cuanto al conocimiento de la salud

mental, el avance no es paralelo. Los tratamientos hacia las personas con trastornos mentales siguen siendo punitivos y se siguen considerando como poseídos por fuerzas sobrenaturales, ya que se entiende que el enfermo ha perdido su alma y su identidad. De este modo se justificaba la exclusión y el trato vejatorio así como los tratamientos basados en el dolor y el miedo.

Al llegar el Siglo de las Luces, los avances por los que esta época se caracteriza, no se trasladan a la realidad de los enfermos mentales. Los asilos abren sus puertas como si de teatros se trataran para que los aristócratas de la época pudieran ver, a modo de entretenimiento, a los enfermos que allí residían (Simon-Alonso, 2015).

#### **2.2.4 La reforma**

Esta época se caracterizó por el inicio de un movimiento de protesta cuya finalidad era establecer cambios a nivel político, económico y social. Con la Revolución Francesa, se exige la liberación de aquellos encarcelados y la devolución de su condición humana. Pinel, médico francés dedicado al estudio de los trastornos mentales, fue quien introdujo el tratamiento moral para la recuperación de estas personas. Él consideraba que el trastorno mental afectaba a las facultades morales pero que no conllevaba a la pérdida total del raciocinio de la persona. Por eso, el tratamiento debía ofrecer un cuidado al enfermo y no un castigo. Pero la realidad fue muy diferente, ya que un tratamiento basado en el cuidado exigía una mayor carga de trabajo para los profesionales y un mayor presupuesto para su atención óptima. Por eso, el tratamiento común seguía siendo la privación de libertad y el aislamiento de los enfermos. Esto reforzaba la idea de peligrosidad que acababa por la justificación de la segregación de las personas afectadas.

En Europa se van extendiendo las teorías evolutivas y hereditarias que instan por un determinismo genético y enfocan de manera pesimista el tratamiento para los trastornos mentales. La Teoría de la Degeneración creó un marco explicativo muy amplio en la profesionalización del tratamiento del trastorno mental ya que desaparecen las barreras taxativas entre la alineación y los desvíos físicos o morales. De este modo nace la Psiquiatría, la cual legitima a los profesionales como expertos en una ciencia específica y diferenciada. Durante este periodo, la profesión adquiere reconocimiento y se consolida como especialidad médica. Es por ello, cuando aparecen publicaciones como el Tratado de Griesinger en 1845 en las que se defiende el origen médico de los trastornos mentales.

A finales del siglo XIX, convivían diferentes modelos para el tratamiento de los trastornos mentales pero la mayoría de las personas seguían recluidas en lo que comúnmente se denominan “manicomios”. Estos no ocupaban un papel prioritario para las autoridades por lo que la distribución de recursos era escasa y era la propia estructura política la que estigmatizaba; conocido más adelante como estigma estructural (Simon-Alonso, 2015).

### **2.2.5 Siglo XX**

Durante este siglo, se van produciendo acontecimientos relevantes para los trastornos mentales y el estigma asociado. Los enfoques religiosos y morales cada vez van perdiendo fuerza y se afianzan concepciones biológicas y psicopatológicas relacionadas con la genética. Esta asociación, entre genética/herencia y trastorno mental, contribuye a liberar de culpa y vergüenza a la persona afectada pero pueden condicionarla al determinismo y pesimismo derivado de la inacción para su curación. Esto provoca el surgimiento del auto-estigma.

Las teorías psicológicas toman cuerpo y tratan de explicar el comportamiento humano más allá de lo físico. El Psicoanálisis contribuye a aumentar el estigma ya que refuerza el concepto de culpa y vergüenza hacia aquello que no se puede controlar, en este caso el trastorno mental. La importancia de los progenitores como agentes causantes de conflictos internos, a día de hoy, continúa teniendo peso en lo que se conoce como auto-estigma de las familias (Zilboorg & Henry, 1941)

Las puertas de los manicomios fueron abriéndose poco a poco gracias a la aparición de los primeros fármacos para tratar los trastornos mentales. Esto facilitó el tratamiento ambulatorio y la creación de centros más pequeños integrados en la propia comunidad.

A finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX se consideró que los trastornos mentales tenían un componente genético y por tanto se podían heredar. Por ello, la reproducción de los enfermos se constituyó como un riesgo de propagación del trastorno. Años después, a pesar de implantarse la Liga de Higiene Mental donde se impulsaron reformas asistenciales, la imagen de la persona con trastorno mental como peligroso para la sociedad, continuaba siendo un pilar básico.

Poco a poco fueron mejorando las condiciones de los hospitales psiquiátricos dando comienzo a una desinstitucionalización de los usuarios crónicos y al inicio de la integración social del enfermo en la sociedad (Simón-Alonso, 2015) con lo que se

denominó, en nuestro país, Reforma Psiquiátrica iniciada con la Ley General de Sanidad promovida en 1985 por Ernest Lluch.

### **2.2.6 Siglo XXI**

Hoy en día aún son muchas las personas con trastorno mental que padecen estigmatización y son víctimas de una sociedad que rechaza lo que no comprende o se asemeja a lo normativo. Es cierto que la atención al trastorno mental ha cobrado importancia en nuestra sociedad debido no solo al impacto que produce sino también a su aumento progresivo. Este aumento está acarreado un alto coste a nivel emocional y económico tanto a nivel individual como comunitario. Es por ello por lo que la sociedad clama una mejora en la asistencia.

La promoción de la salud y las campañas de prevención sobre el bienestar emocional, ayudan a eliminar las actitudes negativas hacia este tipo de población y por tanto, benefician la rehabilitación, la recuperación y la inclusión en la sociedad.

A pesar de todo, la concepción de peligrosidad ligada al trastorno mental, continúa siendo una lacra que provoca rechazo, miedo y exclusión. Esta idea de peligrosidad, en muchas ocasiones, viene alimentada por los diferentes medios de comunicación y las industrias literarias o cinematográficas que presentan a la persona con trastorno mental como peligroso. Otro factor que incrementa las actitudes negativas, es el desconocimiento sobre el tema, ya que el comportamiento social se basa tanto en la calidez como en la competencia. La primera, que tiene mayor peso, predice la valencia del juicio interpersonal positivo o negativo. Y la competencia, que sería la segunda, predice la intensidad de dicha impresión. Por tanto, ante el miedo y el desconocimiento, dicha calidez será mínima y alta será la competencia. De este modo, se incrementará el miedo y el rechazo (Martín – Balle, 2019).

## **2.3 Modelos teóricos**

Tal y como hemos visto en el anterior apartado, a lo largo de la historia, el estigma hacia la figura de las personas con trastorno mental ha ido evolucionando de una manera lenta y progresiva, aunque hoy en día perduran ciertas concepciones de peso que provocan el rechazo de la sociedad hacia estas personas. Diferentes modelos han intervenido en este proceso de evolución. Específicamente, tres corrientes de conocimiento han sido las más diferenciadas en el estudio del estigma

A continuación conoceremos los principales modelos y corrientes de conocimiento que han aportados sus investigaciones e ideas al estudio del estigma.

### **2.3.1 Modelos sociológicos**

Sabemos que la sociología es la ciencia que estudia los fenómenos colectivos producidos por la actividad del ser humano. Comprobamos como sus aportaciones complementan a la teoría de Goffman, ya que se centran en el papel del propio estigmatizado y analizan la figura del estigmatizador como grupo de poder (Link & Phelan, 2014)

Estos modelos se orientan hacia los componentes de discriminación y las consecuencias que estos acarrearán relacionados con la pérdida de derechos, tanto humanos como civiles. Además estudian el papel que esta estigmatización provoca dentro del grupo estigmatizante como elemento de cohesión o señal de identidad, basándose en los tres componentes responsables, tanto a nivel cognitivo, es decir la fácil identificación de grupo (entre iguales), a nivel emocional generando sentimientos de seguridad al formar parte del grupo de referencia, y a nivel conductual, ya que se predispone una actitud de amenaza hacia lo externo y diferente al grupo (López et al., 2008).

Dentro de este modelo, encontramos autores como Link y Phelan (2001) que proponen que la importancia en todo el proceso de estigmatización reside en el estilo de las relaciones interpersonales que surgen como reacción a una marca. Estos, añaden un cuarto elemento a la triada clásica (estereotipo, prejuicio y discriminación), el concepto de poder. Según estos autores el mero etiquetado y su asociación negativa no siempre tiene porque acabar en un rechazo o discriminación, sino que para que esto se de, es necesario e imprescindible que la persona que ejerce la estigmatización se encuentre en un contexto de superioridad o de poder ante el estigmatizado. Como consecuencia, el estigmatizado no sólo sufrirá una discriminación, sino que además, sufrirá una pérdida de estatus socioeconómico o de poder (Link & Phelan, 2001).

Los factores necesarios o componentes para que pueda dar el proceso de estigmatización son:

- El etiquetado: El grupo referencia selecciona una característica que les diferenciará del resto. Esta característica viene determinada por una serie de factores culturales y sociales propios del grupo.

- Asociación entre el etiquetado y el estereotipo: Es fundamental que la etiqueta o marca esté relacionada con características negativas y devaluadoras.
- La separación: A través de la etiqueta se consigue una diferenciación entre “ellos” y “nosotros” distanciándose de este modo del estigmatizado tanto a nivel conductual como emocional. En muchas ocasiones, esta etiqueta acaba convirtiéndose en la identidad del propio etiquetado. Despojándole de su propio individualismo y convirtiéndose en la propia característica que lo aleja del grupo.
- La discriminación y la pérdida de estatus (poder): Estos autores incorporan este factor como principal para que se dé la discriminación, ya que sin pérdida de poder, no tendrá lugar el verdadero perjuicio para el afectado. Es imprescindible que tanto el etiquetado como la separación se traduzcan en una pérdida de oportunidades a todos los niveles para la persona afectada y le imposibilite su correcto desarrollo autónomo e independiente.
- El contexto socio-cultural de poder: Para que el proceso de estigmatización pueda consolidarse, es imprescindible que el grupo estigmatizador posea poder social, económico y político.

### **2.3.2 Modelos psicosociales**

Dentro del proceso estigmatizador se encuentran implicadas diferentes estructuras cognitivas, emocionales y de comportamiento que pueden estar influidas y definidas según los cánones sociales establecidos. En estas secuencias de acontecimientos que se inician a partir de la identificación del portador estigmatizado, median factores culturales, personales y sociales. Por tanto, los modelos teóricos basados en el estudio del desarrollo tanto social como evolutivo del ser humano, analizan el comportamiento humano ante el trastorno mental.

A continuación plasmaremos las dos grandes corrientes de pensamiento y estudio que han elaborado un modelo aplicado al trastorno mental mediante sus aportaciones.

#### **2.3.2.1 Psicología social**

El ser humano es plenamente social, por tanto el proceso de estigmatización estará influenciado por las diferentes relaciones que tienen las personas con el mundo que les

rodea. La Psicología social busca entender los procesos psicológicos subyacentes en el funcionamiento de los grupos y su relación con el medio. La continua búsqueda de control y poder, y la eterna comparación por parte del ser humano, hace que estigmatizar se convierta en un proceso que recoge ambas necesidades. Esto no quiere decir que el ser humano no pueda frenar este deseo o que sea irreversible, ya que el hombre tiene la capacidad de autocontrol (Goffman, 2009).

El ser humano, como ente social, tiende a formar grupos sociales, y para que ello ocurra, es imprescindible que primero se dé el proceso de identificación, donde las personas buscan características similares entre ellos y así se agrupan. Una vez se produce esta agrupación, se identifican las características que los diferencian de los otros grupos para así consolidarse. Al mismo tiempo, esto facilita y ayuda a la cohesión interna del grupo. Todo aquel que no comparta dicha diferenciación, será excluido del grupo y se señalarán a los amigos y a los enemigos. Con esta distinción se consigue seguridad dentro del grupo pero una pérdida de derechos para todos aquellos que han sido excluidos (López et al., 2008).

Cada grupo elige tanto los atributos que les diferencian del resto, como aquellos que deben ser considerados como amenazas. En este aspecto, la cultura juega un papel muy importante en la distinción y elección de dichos atributos. Goffman ya hablaba del atributo desacreditador como defecto, rasgo o pertenencia a un grupo determinado desacreditado o desacreditable (Simon-Alonso, 2015). Esta elección marcará el inicio del proceso de estigmatización hacia una persona o grupo.

El primer autor que acuñó el término de atribución causal fue Heider en 1958, el cual consideraba como aspecto fundamental de las relaciones interpersonales, la percepción que se tiene sobre la persona y la acción propia en la que se encuentran (Suárez, 1982). Esto se sitúa dentro de un proceso activo cuya finalidad es la identificación y la comprensión del origen de la acción para así poder desarrollar y llevar a cabo una respuesta a dicha acción de manera adecuada.

Autores como Weiner, basándose en esta teoría, formularon apéndices de la misma centrándose en el papel de la motivación y de la emoción en la consecución de los objetivos a nivel personal (Weiner, 1985). Según este autor, la persona necesita comprender el comportamiento propio y el de los demás y recabar la información necesaria para poder realizar una correcta evaluación de dicha conducta así como de las consecuencias de la misma. Esta relación causal que se produce entre el esfuerzo que se realiza en la acción y los resultados alcanzados, sería la atribución causal. Por tanto, los

éxitos (consecuencias positivas) y los fracasos (consecuencias negativas) serán atribuidos a causas externas o internas dependiendo de tres dimensiones fundamentales. La primera de ellas es la dimensión relacionada con la estabilidad, la cual indica la susceptibilidad al cambio de la causa responsable del fracaso y por tanto el nivel de esperanza o predisposición a la solución (motivación). La segunda dimensión sería el control de la situación, ya que cuanto mayor control, mayor será la expectativa de éxito y la motivación para seguir. Por último, la dimensión relacionada con el origen ya que dependiendo de este puede provocar humillación y vergüenza (origen interno) o rebeldía y enfado (origen externo) (Simón-Alonso, 2015).

Esta teoría transcurre en paralelo con la teoría de Goffman sobre el estereotipo, el prejuicio y la conducta discriminatoria. Profundiza en el componente emocional ya que establece un nexo de unión entre el estereotipo, la emoción y en consecuencia, con la conducta. De este modo, cualquier estímulo funcionaría como señal activadora del componente cognitivo (estereotipos) desencadenando una reacción emocional llegando a la realización de una atribución mediadora en el comportamiento (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan & Kubiak, 2003).

### ***2.3.2.2 Psicología evolutiva***

Sabemos que la psicología evolutiva estudia el progreso de la persona conforme va creciendo y desarrollándose. Este progreso es un proceso continuo, flexible y global ya que a medida que se desarrolla, la persona va adquiriendo estados más complejos que le ayudaran a adaptarse al medio que le rodea. Por tanto, la capacidad de aprendizaje, condicionada por los rasgos personales, sería clave para la predisposición al proceso de etiquetado y estigmatización. En consecuencia, la respuesta será diferente en cada persona.

El proceso de estigmatización tiene un carácter adaptativo ya que cumple una función protectora para el grupo mediante las relaciones de cooperación e intercambio de sus miembros con el fin de conseguir un objetivo. En dicho intercambio se busca la complementariedad de habilidades. Por tanto, todo aquel que no aporte será evitado. Existen tres señales que indicarán a aquellos poco útiles y con tendencia a evitar. Estas señales serían los bajos recursos socioeconómicos, el comportamiento imprevisible y la potencialidad de engaño (Kurzban & Leary, 2001).

El trastorno mental reúne una serie de atributos negativos como la debilidad de carácter, la agresividad, la imprevisibilidad, etc, que hacen que se convierta en un agente

a evitar. Esto se conoce como el concepto de la “evitación del parásito”. Cualquier sospechoso de resultar nocivo será evitado. Este concepto hace hincapié en el temor al contagio, por ello, el grupo estará alerta y en busca de todas aquellas señales que hagan sospechar para así poder evitar y discriminar. Esto estaría estrechamente relacionado con el atributo desacreditador de Goffman (Hinshaw, 2009). En gran medida, el tipo de respuesta que dé una persona estará relacionada con la forma en la que éste se haya desarrollado evolutivamente. Ya que existe una importante influencia de contexto y la reacción del individuo con él.

### **2.3.3 Modelos integradores**

A modo de intentar dar sentido y coherencia a los diferentes elementos descritos en las anteriores perspectivas, aparece el planteamiento integrador en el cual se postula que dichas perspectivas no sólo son compatibles sino que además, son complementarias. De estas perspectivas se destacan tres aspectos principales. Por un lado la doble perspectiva del estigma en la que para el estigmatizado supone una pérdida de estatus y para el estigmatizador, un medio de poder (modelo sociológico). Por otro lado, la idea de identidad entendida como continuo extendido desde la individualidad hasta el grupo (modelo social). Por último, será clave el estilo de respuesta al estigma del estigmatizado y el estigmatizador y las consecuencias de esta a nivel emocional, cognitivo y comportamental.

## **2.4 Tipos de Estigma**

Entrando en la exploración de las actitudes concretas hacia la persona estigmatizada, podemos encontrar que existen cuatro tipos de estigmas diferenciados según la finalidad y la procedencia del mismo. En general, todas las tipologías que trataremos tienen consecuencias negativas para las personas objeto de estigmatización, produciendo desagradables y nocivas repercusiones sobre la autoestima y la conducta, tanto personal como social (López et al., 2008).

Para poder desgarnar las características y especificaciones de los tipos de estigma, trataremos de desarrollar cada uno a nivel individual para así, poder tener una visión más extensa de sus implicaciones y consecuencias.

### **2.4.1 Estigma público**

El estigma público es nuestro objeto de estudio en esta tesis, por tanto a continuación daremos una visión general para así más adelante, concretar y desgranar la información referente a este tipo de estigma.

Este estigma hace referencia a todas aquellas reacciones psicológicas y sociales por parte de la sociedad hacia alguien que se percibe como estigmatizado (Pérez-Garín, 2016). Este conjunto de reacciones se dan tanto a nivel cognitivo, emocional/afectivo, como conductual y pueden desarrollarse de manera implícita, es decir, de forma automática, o explícita, de forma controlada.

Este tipo de estigma es un hecho extendido en la sociedad, el cual actúa como barrera de protección a la hora de evitar cualquier tipo de nexo de unión con la persona estigmatizada. A partir de esto, se establece una distancia social que produce un rechazo y una discriminación conductual al estigmatizado. Esto provoca, lo que anteriormente se hemos explicado, la “evitación del parásito”, es decir, el temor al contagio y por tanto la sospecha y el posterior rechazo.

### **2.4.2 Autoestigma**

La literatura científica argumenta que el estigma público conduce al desarrollo del autoestigma (Vogel, Bitman, Hammer & Wade, 2013). El autoestigma está relacionado con el impacto social y psicológico del estigma ejercido por la sociedad (estigma público) en las personas estigmatizadas (Pérez-Garín, 2016) pudiendo resultar del propio conocimiento del mismo, ya que las personas estigmatizadas son conocedoras de dicha devaluación.

Por tanto, el autoestigma podría definirse como el proceso desadaptativo en el que el estigmatizado acepta e integra como parte de su persona, todas aquellas creencias y prejuicios hacia él o su característica desacreditable (Livingston & Boyd, 2010a).

Encontramos otra definición sobre este tipo de estigma que lo describe como la internalización de todos aquellos estereotipos, percepciones y/o actitudes negativas por parte de la sociedad hacia el grupo devaluado (Corrigan, 2004). Esta internalización supone que todos aquellos estereotipos negativos asociados, se incorporen a la identidad de las personas pertenecientes al grupo estigmatizado y queden supeditadas únicamente a dichas características (Boyd Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003; Corrigan, Watson, & Barr, 2006a).

Este tipo de estigma, al igual que el estigma público, abarca los tres componentes esenciales; el cognitivo, el emocional y el conductual (Mak & Cheung, 2008) e interviene tanto a nivel explícito como a nivel implícito (Rusch, Corrigan, Todd y Bodenhausen, 2011).

Además puede aparecer por tres vías diferentes pero relacionadas entre sí. La primera de ellas sería a través de un estigma experimentado o promulgado, es decir, a través de experiencias de rechazo y discriminación ya vividas a las que se haya visto sometida la persona estigmatizada en virtud de la característica descreditoria o el trato negativo hacia esa persona por su condición estigmatizada (Herek, 2007, 2009). Esta vía puede afectar a la forma en la que la persona pueda integrarse a nivel social, a su imagen pública así como a la aparición de barreras que le imposibiliten el acceso a los roles sociales.

Otra vía de aparición de este estigma es por anticipación o, también conocido, como estigma percibido o sentido. Esta vía se caracteriza por la existencia de una creencia sobre la discriminación por poseer la característica desacreditable. Esta creencia o conjunto de ellas hace que la persona estigmatizada se anticipe provocando conductas discriminatorias por sí mismo (Herek, 2007, 2009; Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillem, 2009; Simón-Alonso, 2015).

Por último, la tercera vía por la que puede aparecer este tipo de estigma es por asociación o a través de la internalización del estigma, es decir, la disminución de la autoestima y la aparición de la angustia psicológica que lleva asociada la experimentación del estigma por parte de aquellas personas con condiciones estigmatizadoras (Herek, 2007, 2009). Esta vía afectaría directamente a familias y allegados pudiendo provocar en ellos un sentimiento de culpabilidad (Muñoz, Pérez-Santos-Crespo y Guillem, 2009)

Por otra parte, este tipo de estigma se constituye de forma progresiva ya que aparecen varias fases en las que el estigmatizado se atribuye a sí mismo etiquetas socialmente perjudiciales. Internalizándolas y creando creencias de desprecio hacia su persona (Margetić, Jakovljević, Ivanec, Margetić, & Tošić, 2010; Yanos, Roe, & Lysaker, 2010).

Cuando aparece este proceso, no sólo se considera que el estereotipo es totalmente cierto, sino que hace referencia a sí mismo. Esto provoca una pérdida de autoestima y por tanto, un ataque hacia el propio respeto (Corrigan, Larson, & Rusch, 2009). Esto provoca también desconfianza ante la consecución de las propias metas y ante la actuación exitosa y eficaz. Por tanto, aparecen fracasos a nivel personal y laboral y la no consecución de

los objetivos vitales propuestos (Rüsch et al., 2014a). Es decir, la pérdida de motivación y la baja autoestima que provoca el autoestigma, se extiende de lo emocional a lo conductual, obteniendo un clima de desánimo generalizado (Corrigan, Bink, Schmidt, Jones, & Rüsch, 2016).

Autores como Corrigan y Rao (2012) hablan sobre el proceso de la autoestigmatización y concretan tres pasos para que se pueda dar este tipo de estigma. El primero de ellos sería la interiorización de los estereotipos del grupo al que pertenece el estigmatizado. En segundo lugar, la conformidad con dichos estereotipos y por tanto, su asunción y aceptación. Y por último, la aplicación de dicho estereotipo.

La elección del tipo o estilo de respuesta dependerá tanto de las variables personales como de las no personales. Dependiendo del grado de percepción, de la identificación con el grupo, de las estrategias de afrontamiento e incluso del grado de apoyo social e institucional, las consecuencias de este tipo de estigma serán diferentes. La forma en la que el afectado se relaciona con su atributo hará que estas consecuencias sean de mayor o menor gravedad. Cuanto mayor sea la visibilidad del atributo desacreditador, más altos serán las consecuencias negativas del auto-estigma (Simón-Alonso, 2015).

El impacto social que el estigma tiene en las personas que lo padecen, crea la aparición del efecto conocido como “*why try*” en el que, debido al estigma internalizado o experimentado, esta persona comienza a tener pensamientos autodestructores de incapacidad o incompetencia para alcanzar sus metas (Garín, 2016). Esto a su vez provocará una disminución de su autoestima, sentimientos de desesperanza, desvalorización, falta de confianza, ocultación, negación, conductas de evitación y aislamiento social (Simón-Alonso, 2015).

#### **2.4.3 Estigma estructural**

El estigma estructural hace referencia a todas aquellas formas en que las instituciones e ideologías dominantes de una sociedad, legitiman, mantienen y exacerbando una situación y un clima estigmatizado para así mantener el “equilibrio” entre las desigualdades y las diferencias de poder (Garín, 2016). Aquellas formas en que las ideologías sociales existentes así como las instituciones, mantienen una estigmatización por parte del estado (Corrigan & Lam, 2007).

Este tipo de estigma forma parte de un orden social que se constituye de forma independiente al de las voluntades individuales ya que se caracteriza por la asimetría existente entre los grupos sociales. Este orden se constituye como un proceso que se alarga de generación en generación y cuyas consecuencias van más allá del individuo instaurándose en un nivel macro-social (Solís, 2017).

Podemos decir, que este estigma es el resultado de una estratificación y una jerarquía social en la que existe un trato desigual dentro de ella, según al grupo social al que se pertenezca (Simón-Alonso, 2015). Por esto mismo, el estigma estructural constituye un concepto de gran interés para el estudio de los grupos sociales que presentan múltiples características de vulnerabilidad (Mora-Ríos & Bautista, 2014).

Este estigma puede darse de dos formas diferenciadas. La primera de ellas aparece de manera intencionada, es decir, la existencia del conjunto de normas y reglas ya establecidas por los grupos que forman la sociedad con el objetivo de privar de derechos a aquella minoría estigmatizada. Y el estigma no intencionado el cual es la consecuencia indirecta de aquellas normas que en un principio no pretenden limitar de derechos a una minoría pero acaban haciéndolo (Simón-Alonso, 2015 & Mora-Ríos & Bautista, 2014).

La literatura científica refiere que el estigma estructural reproduce todas aquellas desigualdades sociales existentes perpetuando de este modo la hegemonía del poder social, económico y político (Campbell y Deacon, 2006; Link y Phelan, 2001; Parker y Aggleton, 2003; Scambler y Paoli, 2008). Estas estructuras que promueven la estigmatización, varían entre culturas e históricamente según el tiempo y el contexto en el que se encuentran. Por ello, se requiere un examen del contexto social en el que se produce dicha estigmatización para así poder conocer a nivel local los sistemas que contribuyen a la estigmatización estructural (Bos, Pryor, Reeder, & Stutterheim, 2013).

#### **2.4.4 Estigma por asociación**

Este estigma está relacionado con todas aquellas reacciones sociales y psicológicas habitualmente de carácter negativo que existen hacia la gente relacionada con una persona que sufre estigmatización, es decir, familiares, amigos, profesionales, etc. (Garín, 2016). Este estigma también es conocido como *estigma de cortesía*, se describe como la degradación o pérdida de respeto por parte de la sociedad, hacia una persona que se asocia con alguien que está estigmatizado (Goffman, 2009). Por tanto, la

estigmatización no solo afecta a quien posee características devaluadoras, sino también a todos aquellos que se relacionan de manera estrecha con él (Hebl y Mannix, 2003; Neuberg, Smith, Hoffman y Russell, 1994) e incluso a aquellos que mantienen una relación parcial o de proximidad (Pryor, Reeder y Monroe, 2012).

Este tipo de estigma, al igual que el autoestigma y el estigma público, comprende los componentes tanto cognitivos, afectivos como conductuales (Mak & Cheung, 2008). E incluso puede darse de manera explícita o implícita (Pryor, Reeder & Monroe, 2012).

La literatura científica muestra que este tipo de estigma está estrechamente relacionado con una falta de autoestima y un aumento de la angustia psicológica por parte del estigmatizado ya que, en muchas ocasiones, este estigma desemboca en la ocultación de la propia relación con el estigmatizado (Phelan, Bromet y Link, 1998) o la ocultación de su condición o característica estigmatizadora (Stutterheim et al., 2009).

### **3. ESTIGMA PÚBLICO ASOCIADO AL TRASTORNO MENTAL GRAVE**

Sabemos que el estigma puede verse relacionado con del tipo de diagnóstico, la duración, el tratamiento y la funcionalidad de la persona estigmatizada. Este estigma público, genera etiquetas para poder diferenciar y marcar a todos los diferentes a la norma social, despojándoles de este modo de las oportunidades esenciales para el correcto y positivo desarrollo personal contribuyendo a la aparición de limitaciones que van más allá del propio trastorno (Arque García, 2016).

A continuación profundizaremos en el objeto de estudio de esta tesis tratando de definir qué es el estigma público hacia el TMG y cuáles son sus características, su proceso de formación así como sus consecuencias, no solo para el estigmatizado sino también para todas aquellas personas que lo ejercen.

Una vez tengamos la imagen general sobre el estigma público hacia el trastorno mental grave, nos centraremos específicamente en los profesionales de la salud mental. En aquellos profesionales que ya ejercen su profesión como en los que se están formando para hacerlo en un futuro, los estudiantes de psicología, ya que este estigma y la relación de los profesionales hacia él, está estrechamente relacionado con la falta de participación en la atención de la salud mental y con peores resultados en el tratamiento (Parcesepe & Cabassa, 2013).

#### **3.1 Definición y características del estigma público**

Conocemos el estigma público como el conjunto de creencias y actitudes de carácter negativo que inducen a las personas a temer, apartar, rechazar y evitar a las personas con trastorno mental (Corrigan y Penn 1999). Esto les limita el poder conseguir las oportunidades que les corresponderían para alcanzar los objetivos vitales básicos (Corrigan & Shapiro, 2010).

Este estigma se extiende en la sociedad y favorece a la discriminación y al distanciamiento social con las personas con trastorno mental (Simón-Alonso, 2015). Además sabemos que es un fenómeno de carácter social arraigado en todas las relaciones sociales y que ha sido moldeado tanto por la cultura como por la estructuración de la propia sociedad (Pescosolido, 2013).

Este fenómeno aparece cuando la sociedad, en su gran parte, está de acuerdo con los estereotipos (componente cognitivo) y con los prejuicios (componente emocional) relacionados con el trastorno mental. Esto provoca que exista una discriminación

(componente conductual) incluyendo la pérdida de oportunidades impidiendo a estos, el poder alcanzar objetivos vitales (Harper, 1987).

El estigma público se basa en las reacciones de la sociedad hacia el grupo estigmatizado en función de las características devaluadas de dicho grupo. No obstante, es cierto que existe una selección sobre qué características tienen mayor peso discriminatorio sobre otras o cuáles son susceptibles de etiquetamiento y cuáles no (Muñoz y Uriarte, 2006). Esto dependerá de las actitudes del proceso de estigmatización instaurado desde edades tempranas mediante la socialización (Tapia, Castro, Poblete & Soza, 2015).

Como hemos mencionado anteriormente, el estigma público aparece como barrera de protección para evitar el nexo de unión del grupo (sociedad) con el estigmatizado. Creando de este modo una distinción entre el “nosotros“ y el “ellos” según la característica que se quiera resaltar como nociva o desacreditable. Esta distinción proviene del temor al contagio de lo que resulta sospechoso de ser nocivo, y ha evolucionado al rechazo de lo que se considera diferente al grupo o desconocido (incontrolable) (Simón – Alonso, 2015).

Sabemos que los estereotipos son estructuras de conocimiento que la sociedad tiene, cuyo fin es categorizar a los grupos sociales dependiendo de sus características, basadas en las opiniones colectivas sobre dicho grupo social en cuestión. Estos estereotipos son eficaces ya que generan impresiones rápidas y firmes sobre el grupo estereotipado y las expectativas que se tendrán hacia él. Es cierto que el conocimiento de dichos estereotipos no obliga a llevarlo a cabo o a estar de acuerdo con él. Por ejemplo, se puede conocer los diferentes estereotipos existentes hacia un grupo racial, pero no considerarlos válidos.

El componente emocional serían los prejuicios que definen aquellas actitudes de las personas a la hora de actuar de manera tanto positiva como negativa hacia el grupo o característica estigmatizada. Esta actitud se elabora sin justificación y provoca, como consecuencia, una reacción emocional negativa.

Ambos componente llevan a un comportamiento hostil de rechazo y discriminación. Esta discriminación sería el componente conductual el cual completa la estigmatización ya que los anteriores por sí solos no son suficientes. Es necesario un comportamiento de exclusión con el aval del poder político, social y económico para que se puedan dar consecuencias discriminatorias (Muñoz y Uriarte, 2006).

### **3.2 Proceso de formación – Proceso de estigmatización**

El estigma no puede ser considerado como un proceso estático e inamovible, sino que es un concepto fluido, dinámico y eventual que varía según el contexto y el tiempo en el que se dé. Este proceso es el producto de varios subprocesos de carácter secuencial o simultáneos en el que los componentes, anteriormente descritos, aparecen en un contexto de poder asimétrico (Pedersen, 2009).

Al no ser un proceso lineal ni uniforme, existen diferentes variables que impactan tanto a nivel individual como a nivel social, pudiéndose instalar su origen en aquellas representaciones cognitivas que el grupo social tiene sobre la condición a estigmatizar (Dijker y Koomen, 2003; Weiner, Perry & Magnusson, 1988). Por tanto, estas representaciones cognitivas dependerán de variables que puedan sostener la condición estigmatizada.

Autores como Hinshaw (2009) consideraban la existencia de cuatro variables fundamentales que ejercen una influencia considerable en la formación del proceso de estigmatización. La primera variable sería la penetrabilidad del estereotipo, es decir todos aquellos estereotipos aprendidos en edades tempranas serán los más arraigados y los que mayor facilidad de expansión tendrán. La ambivalencia emocional como variable influenciadora, hace referencia a la certeza del merecimiento de oportunidades sin distinción alguna al mismo tiempo que aparece la justificación del estigma como consecuencia de un fallo cometido por dicha persona. También aparece la variable ansiedad como emoción dominante, y el autodesprecio y la vergüenza como consecuencias de gran impacto en el estigmatizado (Simón-Alonso, 2015).

Otra variable que aparece es el nivel de controlabilidad de la característica estigmatizada y su posterior carga de responsabilidad (Dijker y Koomen, 2003; Weiner, Perry & Magnusson, 1988).

En relación a las variables que modulan este proceso, también encontramos autores que hablan de la cultura, el diagnóstico, el género y la familiaridad como variables modificadores del proceso de estigmatización. La variable cultura hace referencia al papel que tiene el estigma como determinante en los valores imperantes de un grupo, es decir, es la atribución al origen del trastorno y el patrón de comportamiento del grupo dependiendo del grado de responsabilidad que se le otorgue al estigmatizado dentro de dicho proceso. Por ejemplo, si se considera que el trastorno viene dado por motivos cambiantes y controlables, aparecerá el sentimiento de culpa en el estigmatizado y de

rechazo y rabia por parte del grupo. En cambio, si este trastorno no es controlable para el estigmatizado, aparecerán sentimientos de indefensión y pena por parte del grupo.

Otra variable a tener en cuenta es el diagnóstico, ya que el trastorno se manifiesta a través de diferentes signos y síntomas que ayudan a identificar al enfermo. Para el imaginario social, es decir para el conjunto de normas, símbolos e instituciones que comparte el grupo social, el concepto de trastorno mental actúa como un todo. Por tanto es muy difícil poder separar el individuo del trastorno, y por tanto, la estigmatización actuará en el conjunto global de la persona.

El género como variable moduladora del proceso de estigmatización, hace referencia a la relación no lineal y desigual existente entre el componente del estigma, el tipo de estigma y las consecuencias resultantes para el afectado.

Por último, la variable familiaridad facilitará, a través de las experiencias previas y directas con el trastorno mental, el conocimiento del mismo y por tanto, la reducción del grado de estigmatización (Simón-Alonso, 2015).

El proceso de estigmatización es un proceso dual ya que evoca dos tipos de reacciones hacia la persona o condición estigmatizada. Estas reacciones pueden ser tanto de carácter explícito como implícito. Estas reacciones explícitas se derivan de un sistema basado en normas y reglas que involucran respuestas menos controladas e impulsivas. En cambio, las respuestas implícitas implican un sistema más reflexivo y negativo hacia dicha estigmatización (Pryor, Reeder y Landau, 1999; Pryor, Reeder, Yeadon y Hesson-McInnis, 2004).

La literatura científica demuestra que esta dualidad manifiesta dos tipos de perceptores. Aquellos que, de una manera inmediata y automática (reacción explícita), muestran una aversión a la condición estigmatizada. O aquellos que muestran un mayor control y reflexión y pueden llegar a templar de forma inmediata cualquier reacción negativa hacia la condición estigmatizada, o por el contrario, polarizarla y hacerla más extrema (Bos, Pryor, Reeder & Stutterheim, 2013). Ambas desembocan en un impacto social, psicológico y económico en las personas estigmatizadas. Este impacto es muy perjudicial y provoca una relación negativa de las personas que lo padecen con la autoestima, el empoderamiento, la calidad de vida, el apoyo y la integración social (Eisenberg, Downs & Golberstein, 2012).

### **3.3 Consecuencias**

A continuación en los siguientes apartados, trataremos de mostrar las consecuencias que provoca el estigma social asociado a los trastornos mentales graves en los diferentes agentes que intervienen en el proceso o forman parte de él.

#### **3.3.1 Personas**

Sabemos que el estigma limita las posibilidades recuperación de todas aquellas personas que sufren un TMG ya que se convierte en un impedimento, no sólo para la adquisición de los derechos fundamentales sino que también para la búsqueda y adherencia al tratamiento. Por tanto, el estigma social asociado, se convierte en una barrera para lograr la inclusión en la sociedad de estas personas. Esto hace que la calidad de vida empeore lo que, en muchas ocasiones, desencadena un empobrecimiento de la familia así como la debilitación de la red social de apoyo (Aqqe García, 2016).

Este tipo de estigma, ayuda a incrementar la aparición de respuestas negativas como la discriminación, la reducción de la autonomía personal y la autoeficacia así como la aparición de la segregación (Corrigan y Shapiro 2010; Pescosolido et al. 2007a). Por ejemplo, las personas que sufren un TMG tienen más posibilidades de experimentar una discriminación en materia de empleo o vivienda que una persona sin trastorno mental (Corbiere et al. 2011; Corrigan et al. 2006a; Corrigan y Shapiro 2010). De este mismo modo, todas aquellas creencias negativas sobre la capacidad competencial de las personas con TMG, comprometen la autonomía financiera de los mismos y producen una disminución de las oportunidades así como una reducción de la independencia (Corrigan y Shapiro 2010; Pescosolido et al. 2007a).

En general, este tipo de estigma establece el contexto en el que la sociedad o grupo de personas responderá, de un modo u otro, ante la presencia del trastorno mental. Por tanto, el estigma público o social, tiene un papel fundamental en la conducta de la comunidad ante estas personas (Pescosolido et al., 2010).

Una de las consecuencias más importantes de este estigma en las personas con TMG , es la reacción negativa ante la búsqueda de ayuda profesional. La forma en que el afectado se relaciona con su trastorno, dependerá de la aceptación tanto de la imagen social negativa que se vincula a ella, como con su capacidad de adaptación ante dichas circunstancias (Pattyn, Verhaehge, Sercu & Bracke, 2014). Este miedo por reconocer de manera pública su trastorno mental, dificulta su inclusión en la sociedad ya que únicamente se centran en los estereotipos y prejuicios asociados al trastorno así como

anticipan un rechazo que favorece el aislamiento y la ocultación de los síntomas. Provocando de este modo, mayores dificultades sociales y laborales así como una baja autoestima y sentimientos de minusvaloración (autoestigma) (Muñoz et al., 2009).

### **3.3.2 Familia y cuidadores**

La familia o las personas que se hacen cargo de la persona con TMG, lidian no solo con el estrés del trastorno sino también con la preocupación constante que supone. Esta preocupación no solo es a nivel de salud sino también a nivel social y laboral, ya que los trastornos mentales afectan, tal y como hemos visto, a las relaciones sociales.

El TMG provoca cambios en las dinámicas familiares lo que correlaciona con una mayor sobrecarga del cuidador y la aparición de problemas de convivencia. Los cuidadores y familiares de estas personas, se enfrentan a la discriminación y al rechazo social no solo de aquellos que les rodean sino, en algunas ocasiones, de los suyos propios. Esto provoca sentimientos de culpa, desesperanza, preocupación e incluso vergüenza o miedo (Muñoz et al., 2009). Estas emociones negativas facilitan la aparición del estigma percibido, que aumentaría las probabilidades de ocultación del problema, o del estigma de cortesía por el cual, los familiares y cuidadores acaban siendo considerados parte del trastorno (Simón-Alonso, 2015).

Las familias con personas con TMG se ven afectadas por la asignación de culpas por parte de la sociedad y por ellas mismas además del aislamiento social no solo a la persona con el diagnóstico sino también, en consecuencia a la familia (Lacera et al., 2019). Diferentes estudios hablan de la existencia de un 70% de la población general que devalúa a la persona con TMG y el 43% también lo hace sobre el conjunto de la familia (Struening, Perlick, Link, Hellman, Herman & Sirey, 2001).

Esto puede traer como consecuencia la tendencia de las familias a ver al paciente como un niño. Como una persona con tantas limitaciones a nivel de autonomía que hacen que pierda el control de su propia vida. Esto se produce a causa del impacto que la sociedad (estigma público) ejerce (Restrepo, Mora y Rodríguez, 2007).

### **3.3.3. Medios de comunicación (idea peligrosidad)**

Sabemos que los medios de comunicación son la herramienta más directa de difusión de información y por tanto, serán una pieza clave en la visión que tenga la sociedad sobre aquello que se comunica a través de ellos. Esto hace que se consideren la

principal fuente de estigma ya que perpetúan las ideas negativas así como los estereotipos y prejuicios existentes sobre el TMG.

Los medios de comunicación exponen las circunstancias y hechos más llamativos, extremos, escalofriantes y sensacionalistas, potenciado los estereotipos de peligrosidad e impredecibilidad y reforzando la idea de rechazo (Mena Jiménez, Bono del Trigo, López Pardo y Díaz del Peral, 2010). Estos casos no son lo común de las personas que padecen un TMG. Además, se suele usar un lenguaje inadecuado y ofensivo falto de evidencia científica que otorgan una imagen violenta. Por tanto, los medios de comunicación son claves para la difusión negativa de la imagen de las personas con TMG (Muñoz et al., 2009; Simón-Alonso, 2015).

Es cierto que los medios de comunicación no crean el estigma sino que reproducen y reflejan lo que aparece en el medio social pero, contribuyen a difundirlo y a perpetuarlo en el tiempo generación tras generación (López, 2007). El TMG se identifica con dos polos muy diferenciados; el primero relacionado con los casos más extremos donde se presenta una imagen del enfermo mental como criminal, violento, depredador, etc. O una imagen basada en un modelo paternalista que resalta las características de minusvalía y carencias sociales de los enfermos mentales (Junta de Andalucía. Consejería de salud y familias, 2016).

Las ideas y representaciones incorrectas y negativas del TMG puede incrementar y perpetuar el estigma público, afectado de este modo al bienestar tanto de la persona como de su familia, dificultado la participación y adherencia del tratamiento.

### **3.4 Estigma público en los profesionales de la salud mental**

La literatura científica habla sobre las dificultades que el estigma social o público acarrea, no solo en los afectados sino en la población en general. Por tanto, aquellas personas o profesionales sanitarios que trabajan con personas con TMG, también se ven afectados a pesar de su deber profesional.

Es cierto que, tal y como hemos visto anteriormente, el conocimiento sobre el TMG y el contacto con el mismo, afecta y favorece una actitud más respetuosa y positiva con las personas (Simmons, Jones & Bradley, 2017). Por tanto, se podría llegar a pensar que aquellos profesionales de la salud que están en contacto con los TMG, no experimentarían los estigmas existentes en la sociedad hacia este grupo social o, si aparecen, lo hacen en menor intensidad. Pero esta afectación relacionada con las actitudes negativas estigmatizantes, surgen a pesar de la formación y contacto de los profesionales

con las personas con TMG (Chile, Stefanovics & Rosenheck, 2018). Es decir, que aun habiendo conocimiento de la materia por parte de estos profesionales de la salud mental, y que las intervenciones y tratamientos cada vez son más efectivos, continúan apareciendo respuestas negativas estigmatizadas hacia las personas con TMG y todo lo que le rodea (Tippin & Marazan, 2019). De este modo, en muchas ocasiones, las personas se tienen que enfrentar a un doble problema cuando acuden al profesional. Por un lado por la aparición de sintomatología propia del trastorno, y por otro lado por la estigmatización (Muñoz y Uriarte, 2006).

Esta estigmatización, aunque en la mayoría de casos se presenta en menor intensidad, puede aparecer y favorecer el mantenimiento en el tiempo de las ideas y conductas negativas tales como la negatividad, el tratamiento adverso, la evitación, etc. (Mannarini, Boffo, Rossi & Balottin, 2018).

#### **3.4.1 Características del estigma en los profesionales de la salud mental**

Los profesionales, en muchas ocasiones tienen que lidiar y hacer de barrera entre la sociedad y las personas con TMG para así, proteger a éstas de todas las ideas negativas y las conductas que la sociedad evoca sobre ellos.

Normalmente, las actitudes de estos profesiones son más positivas que las de la población general e incluso, en muchas ocasiones, las de los propios familiares. Estos tienen que trabajar contra el estereotipo de peligrosidad que genera miedo y por tanto irradia ideas totalmente erróneas, provocando el rechazo social por parte del grupo y la ocultación por parte de la familia y del propio enfermo. Al mismo tiempo, trabajan para desculpabilizar a las personas por su trastorno y retirarle cualquier carga de responsabilidad, lo que provocará una actitud más positiva a la hora de enfrentarse al tratamiento.

Es cierto que los profesionales, debido al conocimiento sobre la materia y al continuo contacto con el trastorno, poseen menor grado de estigmatización, pero eso no quiere decir que no lo experimenten (Medina-Mesa, Martínez-García, Morales-Sánchez, & Gil-Olarte, 2018). Las ideas y conductas estigmatizadoras por parte de los profesionales suelen relacionarse con una actitud negativa hacia el tratamiento y por tanto con muy bajas o irreales expectativas en su recuperación. Además suelen utilizar conductas paternalistas despojando a la persona de total autonomía y deshumanizando el trato hacia ella. También aparece la utilización de etiquetas para referirse a ellas así como un lenguaje poco profesional (Muñoz et al., 2009).

Otra característica del proceso de estigmatización que aparece en los profesionales de la salud es la distancia entre “ellos” y el “nosotros” lo que interfiere de manera negativa en los intereses comunes de recuperación de las personas. Este distanciamiento es una forma de tomar distancia y marcar roles dentro de la relación establecida (Simón-Alonso, 2015).

### **3.4.2 Consecuencias**

Una de las consecuencias más importantes que surge en los profesionales de la salud tras la influencia de la estigmatización social o pública sobre el TMG es la discriminación secundaria. Es decir, estos profesionales, al estar en continuo contacto con pacientes con TMG, son profesionales menos valorados que otros. Este tipo de estigmatización y discriminación se conoce, como ya hemos visto, como el estigma de cortesía, en el cual se llega a degradar o perder el respeto hacia el profesional, ya que se asocia con la persona estigmatizada (Goffman, 2009).

Otra consecuencia de esta estigmatización hacia los profesionales de la salud es la no confianza plena del tratamiento o del buen pronóstico del trastorno por tanto los familiares pueden considerar que existe una falta de interés por parte del profesional (Simón-Alonso, 2015). Se va produciendo una discriminación que limita en cierto grado el apoyo social existente e institucional, sobre el tratamiento a los TMG (Mora, 2007). Lo que supone que tanto los usuarios de los servicios de recuperación y rehabilitación, como los responsables de llevarlos a cabo, encuentren dificultades en su iniciación y desarrollo (Zárate et al., 2020).

### **3.4.3 Estigma hacia el trastorno mental grave en los profesionales de la psicología**

Concretamente, cuando los referimos a los profesionales de la psicología, vemos que aparecen pocos estudios que hablen y exploren el estigma de estos asociado a los TMG. Pero es cierto que aparece una visión mucho más optimista por parte de estos profesionales sobre los tratamientos, las intervenciones y los resultados de las mismas en comparación con otros profesionales del ámbito de la salud que trabajen con usuarios con TMG (Magliano et al., 2016).

Estos profesionales intervienen en el tratamiento y seguimiento de los pacientes y además también ofrecen recursos a las familias para mejorar las dinámicas familiares. Por esto mismo, pueden ser vehículos de transmisión de estereotipos positivos (Simón-Alonso, 2015).

Magliano et al. (2016) ha encontrado en su estudio que los futuros profesionales de la psicología, es decir, los estudiantes de psicología, muestran mayores creencias y conductas estigmatizadoras hacia el TMG que otros estudiantes de carreras del ámbito de la salud. Estos estudiantes, se manifiestan mayor distanciamiento social y son más pesimistas con el pronóstico del trastorno.

Es muy importante que a través de la formación se rompan los estereotipos y prejuicios ligados a fomentar la estigmatización de las personas con TMG sustentados por posiciones político-sociales que perpetúan actitudes negativas hacia las personas con estas características y promueven la sensación de inseguridad y miedo por la peligrosidad que suponen, ya que estos estudiantes serán los futuros profesionales que trabajen con este sector poblacional y deberán velar por el buen tratamiento y calidad de vida de sus pacientes y familiares.

Por estos motivos, los estudiantes de psicología serán nuestra población objeto de estudio. Consideramos importante conocer cuál es la situación cuando inician sus estudios y si existe una evolución en los distintos componentes del estigma asociado a los TMG cuando terminan sus estudios. Teniendo en cuenta si el conocimiento y la formación han sido suficientes para reducir dichas creencias, actitudes negativas, y comportamientos discriminatorios.

### **3.5 Estrategias y programas para combatir el estigma social**

Como hemos visto, la aparición del estigma provoca consecuencias importantes en las personas que los sufren y en sus familiares, parece pues muy importante el abordaje para intentar reducir o erradicar el estigma.

La Taula d'Entitats del Tercer Sector de Catalunya (2013) señala que el abordaje debe estar fundamentado en dos pilares fundamentales. El primero de ellos es la necesidad de la modificación del imaginario social, es decir, de todas aquellas ideas sociales que perpetúan los prejuicios y estereotipos que generan el estigma sobre las personas con trastornos mentales graves. El segundo pilar en el que se fundamente dicho abordaje es la creación de oportunidades de cambio de actitudes para que estas no se basen en relaciones meramente discriminatorias.

Las estrategias múltiples de acción se pueden clasificar dentro de dos grupos diferenciados. El primero sería el relacionado con las estrategias de formación y educación, las cuales intentan modificar y corregir las informaciones erróneas existentes

sobre los TMG. Y en el segundo grupo aparecen las estrategias de contacto, donde se promueven interacciones directas para así cambiar actitudes y creencias erróneas.

Es cierto que también existe la protesta como herramienta para modificar el estigma, ya que se modifica la representación negativa de aquello estigmatizado oponiéndose públicamente al trato inadecuado. De esta manera, se hace pública la existencia de un problema social (Simón-Alonso, 2015). A continuación desarrollaremos las dos primeras ya que son las más efectivas.

### **3.5.1 Estrategias de formación y educación**

Se ha demostrado en diferentes estudios que la formación y la educación facilitan el conocimiento para así disminuir la propensión a generar estigma asociado a los TMG (Simón-Alonso, 2015). El conocimiento sobre la materia permite la modificación del componente cognitivo y por tanto la eliminación o reducción de los estereotipos existentes (Medina-Mesa, Martínez-García, Morales-Sánchez, & Gil-Olarte, 2018).

Esta eliminación o reducción de los estereotipos sobre los TMG se produce porque se reemplazan por información veraz y objetiva (Corrigan & Shapiro, 2010). Por eso, son muchas las estrategias educativas de formación que se llevan a cabo en diferentes formatos, ya no solo a nivel profesional sino también a nivel social mediante páginas web, podcast, folletos, películas entre otros (Finkelstein, Lapshin & Wasserman, 2008). Estas estrategias de intervención no suponen un alto coste y su alcance puede llegar a ser muy amplio, por tanto, son una gran herramienta de visualización y erradicación o minimización del estigma (Corrigan, Green, Lundin, Kubiak & Penn, 2001) que mejora en gran medida y en un plazo de tiempo relativamente corto, todas aquellas actitudes estigmatizantes relacionadas con el trastorno mental grave y la idea de peligrosidad y culpa (Arboleda-Flórez & Sartorius, 2008).

Por lo general, las estrategias relacionadas con la educación tienen como objetivo contrarrestar aquellas creencias sobre la culpabilidad y las causa exógenas del TMG mediante la evidencia científica (Mann y Himelein, 2008) aunque por otro lado, la literatura científica también demuestra que en ocasiones el conocimiento sobre determinadas características de los TMG a nivel orgánico y biológico empeora las ideas de buen pronóstico del trastorno (Phelan, 2005).

### 3.5.2 Estrategias de contacto

Otra de las estrategias de reducción del estigma es el contacto directo con el grupo estigmatizado. Esta vía de intervención es la más importante y eficaz para que se produzca el cambio de actitudes y conductas (Simón-Alonso, 2015).

Las diferentes investigaciones han comparado las diferentes estrategias de minimización de la estigmatización concluyendo que el contacto muestra mejoras significativas en las actitudes y que estas se mantienen a lo largo del tiempo (Corrigan, Green, Lundin, Kubiak & Penn, 2001; Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan & Kubiak, 2003; Corrigan, Thompson, et al., 2003).

El contacto cambia las actitudes mediante lo que se conoce como la generalización de procesos. Esta progresión de lo concreto a lo general cuenta con tres pasos fundamentales. El primero estaría relacionado con la expectación del grupo general ante la idea de la interacción con un miembro del grupo estereotipado que cumpla con todos los tópicos establecidos. El segundo paso sería el ajuste, el cual el contacto cooperativo en igualdad de estatus, que facilita y propicia una impresión más positiva. Y por último, la generalización, ya que la experiencia positiva del contacto se expande a todo el colectivo en sentido amplio (Taula d'Entitats del Tercer Sector de Catalunya, 2013).

Diferentes estudios demuestran que aquella población que mantiene contacto estrecho con personas con TMG, tienden a mostrar menos conductas e ideas estigmatizantes hacia ellos (Corrigan & Kleinlein, 2005).

Esto no quiere decir que esta vía de estrategia siempre sea efectiva, ya que a pesar de tener un contacto directo continuo, agentes como los trabajadores de los servicios médicos de salud mental, se consideran como uno de los grupos más estigmatizantes (Schulze, 2007).

Sabemos que no todo el contacto es efectivo ya que dependerá no solo del contexto sino también de la naturaleza del mismo. Las condiciones en las que se pueda dar este contacto tienen que seguir una serie de características. En primer lugar sería la igualdad de estatus entre agentes, es decir, que los miembros que interactúen solo generen actitudes positivas cuando participen en dicho contacto. La interacción deberá favorecer la aproximación positiva entre miembros. El tercer aspecto o característica que deberá cumplir el contacto para que sea positivo será que la información que se intercambie ayude a crear una disconformidad con las creencias negativas y las conductas vinculadas al colectivo. Los dos últimos pasos hacen referencia a la consecución de objetivos

comunes y a la cooperación activa entre los miembros (Taula d'Entitats del Tercer Sector de Catalunya, 2013).

Es por este motivo por lo que los profesionales de la salud, en la gran mayoría de los casos y por mucho conocimiento que tengan en la materia, no minimizan ni erradican sus conductas estigmatizadoras ante los pacientes con TMG (Reinke, Corrigan, Leonhard, Lundin & Kubiak, 2004) ya que resulta necesario un contacto, con las características que describe la Taula d'Entitats del tercer Sector, para que se pueda dar esta disminución del estigma.

## **SEGUNDA PARTE: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

#### **4.1. Introducción**

Con la finalidad de llegar a conocer con mayor profundidad los resultados en los distintos componentes del estigma en la población objeto de nuestro estudio se ha llevado a cabo una revisión sistemática de las publicaciones sobre el estigma asociado al TMG en estudiantes de psicología. Además de la búsqueda en bases de datos, se realizará una búsqueda manual de la bibliografía incluida en los artículos previamente seleccionados de los obtenidos en la búsqueda, con el fin de localizar estudios adicionales.

En una revisión sistemática se integran de forma objetiva y sistemática los resultados de aquellos estudios que versan sobre un determinado tema (Meca, 2010). Para ello, en nuestro caso, se han seguido los pasos para su desarrollo de acuerdo a las directrices publicadas en la declaración PRISMA (Liberati et al., 2009).

#### **4.2. Análisis de contenidos**

La búsqueda sistemática de la literatura científica se realizó en cinco bases de datos: PsyINFO, PubMed, PSICODOC, PROQUEST y PubPsych. Se utilizaron los términos indicados en la Tabla 3 tomando como requisito su aparición bien en el título o en el abstract. No se realizaron restricciones ni filtros con respecto al idioma o país de publicación. La búsqueda en las diferentes bases de datos mencionadas también fue aumentada por una selección manual de la bibliografía de los artículos. Estas búsquedas se llevaron a cabo entre los meses de noviembre y diciembre de 2021 y enero de 2022. Tras la eliminación de los duplicados, se han analizado los resúmenes siguiendo los criterios de inclusión y exclusión fijados, para después seleccionar y examinar los textos completos de aquellos que cumplen todos los criterios, escogiendo los idóneos para nuestro análisis sistemático.

A continuación se plasma a través de la (Tabla3) las diferentes palabras clave y los conceptos de búsqueda utilizadas en la revisión sistemática:

Tabla 3: Términos clave utilizados en la búsqueda

Concepto	Palabras clave
<i>Estigma público hacia el trastorno mental grave</i>	“Mental illness stigma” OR “Public stigma” OR “Social stigma” OR “Mental illness discrimination” OR “Mental illness” OR “Mental disorder” OR “Patient psychiatric stigma” AND
<i>Estigma en estudiantes universitarios</i>	“University students” OR “Psychology students” OR “Sanitary students” OR “Spanish university students” OR “Spanish university psychology students”

#### 4.2.1. Criterios de inclusión

Esta revisión sistemática incluye todos los artículos de revistas que fueron:

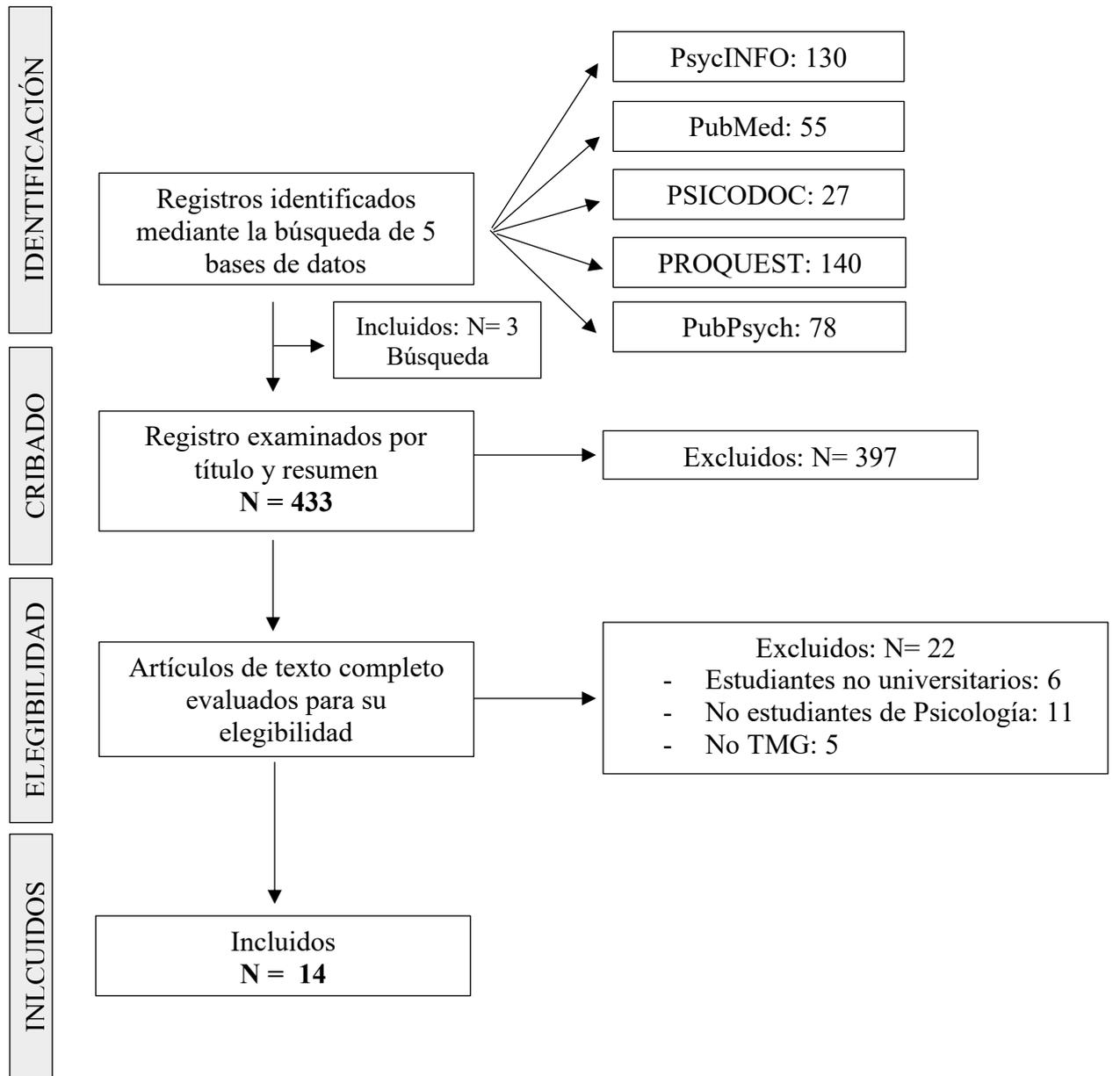
- (1) estudios empíricos
- (2) publicados durante los últimos 10 años
- (3) se encontraran como artículos completos
- (4) el foco central fuera el estigma social asociado a los TMG
- (5) la muestra estuviera constituida por estudiantes universitarios de psicología

#### 4.2.2 Extracción de datos

Una vez seleccionados los artículos siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, se lleva a cabo un análisis completo del mismo para comprobar si dicho artículo puede ser incorporado al estudio.

Siguiendo el proceso con las directrices publicadas en la declaración PRISMA (Liberati et al., 2009), se elabora un diagrama de flujo (Figura 1) a modo de resumen en el que se desgranar los pasos seguidos en la extracción de datos y selección de artículos para la realización del estudio.

Figura 1: Diagrama de flujo revisión sistemática



### **4.3 Resultados de la revisión sistemática**

Tras el análisis de los textos completos de los artículos seleccionados, se fueron excluyendo aquellos que no reunían las características deseadas. Finalmente, se seleccionaron 14 artículos con los cuales se han elaborado dos tablas resumen. La primera de ellas presentan los resultados informativos y descriptivos del estigma asociado a los TMG por parte de los estudiantes de psicología. Y, la segunda, se presentan los resultados de los estudios que han realizado estrategias de reducción del estigma en estudiantes de psicología.

Se hace pues una distinción al presentar los resultados de los 14 estudios que describen e informan del estigma asociado al TMG por parte de los estudiantes de psicología (Tabla 4) y de los 5 estudios en los que además se ha incorporado alguna estrategia de reducción del estigma en estudiantes de psicología (Tabla 5). Estas estrategias de reducción pueden ser bien por la comparativa entre estudiantes según el conocimiento adquirido sobre los TMG, o por estrategias de contacto con las personas con TMG. Esta distinción pretende ofrecer una visión más estructurada sobre el tema a tratar.

A continuación se presentan las dos tablas resumen (tabla 4 y 5) elaboradas a partir de la extracción de datos de la revisión.

Tabla 4: Resumen principales datos obtenidos de los estudios descriptivos sobre el estigma hacia el TMG en estudiantes de psicología

Autores, año y país	Objetivos del estudio	Diseño y método	Muestra	Instrumentos utilizados	Resultados
Smith & Cashwell (2010)  EEUU	Explorar la distancia social hacia los adultos con trastornos mentales entre los estudiantes y profesionales de salud mental y no mental	Investigación descriptiva	188 estudiantes: 17 counseling 20 trabajo social 21 psicología	Social Distance Scale.  Community Attitudes Toward the Mentally Ill  Marlowe-Crowne Social Desirability Scale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La actitud hacia las personas con TMG dependerá del grado de proximidad y de contacto que se tenga con ellas</li> <li>• Los profesionales y estudiantes de la salud mental desean una menor distancia social en comparación con la población general</li> <li>•</li> </ul>
Reddy et al. (2010)  EEUU	Conocer el papel de los psicólogos en un sistema orientado a la recuperación de las personas con TMG según su formación	Investigación descriptiva	1132 estudiantes inmersos en los programas de doctorado en psicología clínica	Encuesta en colaboración con el Grupo de Trabajo sobre TMG y Disturbios Emocionales Graves de la Asociación Estadounidense de Psicología, y su organismo patrocinador, el Comité para el Avance de la Psicología Profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento, desde principios de la década de 1990, de docentes clínicos con intereses hacia TMG</li> <li>• La falta de educación, formación y exposición en los programas de psicología clínica de postgrado es una barrera potencial para que los psicólogos elijan trabajos relacionados con TMG</li> <li>• La formación básica que reciben los psicólogos los equipa para trabajar tradicionalmente con esta población, pero hay pocos programas de formación completos dedicados a la población con TMG que proporcionen la intensidad de formación y tutoría necesarias para preparar a los psicólogos para asumir el liderazgo</li> </ul>

Tabla 4: (continuación)

Autores, año y país	Objetivos del estudio	Diseño método	Muestra	Instrumentos utilizados	Resultados
Fresán et al., (2012)  México	Comparar las actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con trastornos mentales graves de acuerdo a la agresividad y peligrosidad percibida de un paciente con esquizofrenia  Comparativa cursos primera y segunda mitad de la carrera	Investigación descriptiva	110 mujeres estudiantes de psicología	Escala de Opiniones sobre la Enfermedad Mental en Población (OMI)  Cuestionario de Concepto Público de Agresividad (CPA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El 59,1% de estudiantes consideró agresivo al paciente descrito pero solo el 12% lo consideró peligroso para la sociedad</li> <li>• La percepción de la persona con TMG como alguien con capacidades limitadas y comportamiento extraño parece promover la distancia social.</li> <li>• Tanto la percepción de agresividad como la de peligrosidad y las actitudes negativas asociadas en esta muestra nos hablan del poco entendimiento que pudieran tener los estudiantes de psicología en relación con las experiencias vividas por los pacientes</li> </ul>
Magliano et al., (2014)  Italia	Explora la influencia de una intervención educativa que aborda los prejuicios comunes y evidencia científica sobre la esquizofrenia en las opiniones de los estudiantes de medicina y psicología sobre este trastorno	Investigación experimental	211 estudiantes: 112 medicina 99 psicología	Se pidió a los estudiantes que leyeran una descripción clínica de la esquizofrenia de acuerdo con los criterios de la CIE-10 para la esquizofrenia (informados en la portada del cuestionario) y que completaran el Cuestionario de opiniones sobre enfermedades mentales (OQ) Retest a los 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los estudiantes de psicología mencionaron con más frecuencia las causas psicosociales de la esquizofrenia, y se cree más firmemente que la recuperación en la esquizofrenia es posible y que las personas con este trastorno no son impredecibles ni peligrosas en comparación con los estudiantes de medicina que se centran en la descripción clínica</li> <li>• Mayor relevancia dada a los factores psicosociales en la esquizofrenia puede haber contribuido al aumento del optimismo de los estudiantes sobre la posibilidad de recuperación en la esquizofrenia</li> </ul>

Tabla 4: (continuación)

Autores, año y país	Objetivos del estudio	Diseño método	Muestra	Instrumentos utilizados	Resultados
Tillman et al., (2018)  EEUU	Comprender mejor el concepto de distancia social entre los profesionales del área de ayuda (counseling, psicología y trabajo social)  Comparar la necesidad de distanciamiento social entre las personas con TM y los estudiantes y los profesionales	Estudio comparativo	305 estudiantes: - 87 counseling - 104 trabajo social - 111 psicología  95 profesionales: 34 counseling 23 trabajo social 38 psicología.	La Escala de Distancia Social fue creada para el propósito de este estudio basada en la escala de Distancia Social de Bogardus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los estudiantes de trabajo social y psicología y los profesionales de ayuda no difieren en su necesidad de distanciamiento social de las personas con trastornos mentales.</li> <li>• Los profesionales de ayuda informaron una distancia social significativamente mayor de las personas con problemas de salud mental en las relaciones personales cercanas, en comparación con sus relaciones sociales.</li> <li>• No se observaron diferencias significativas en la distancia social en función de la experiencia profesional.</li> </ul>
González - Sanguino et al., (2019)	Analizar la posible relación entre el estigma implícito y el explícito utilizando una muestra de estudiantes y personas de la población general.	Investigación experimental	102 personas: 49 Estudiantes 53 Población general	Cuestionario de atribución-9 (AQ-9)  Escala de distancia social (DS)  Versión en español del IAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se observó la presencia de estigma implícito y explícito en toda la muestra.</li> <li>• Se encontraron puntuaciones AQ-9 significativamente más bajas en el grupo de estudiantes en comparación con la población general</li> <li>• Un mayor deseo de distanciamiento social se relacionó con la edad avanzada, pertenecer al grupo de población general y no tener un familiar diagnosticado Mayor estigma implícito en las personas que tenían un familiar con diagnóstico</li> </ul>

Tabla 4: (continuación)

Autores, año y país	Objetivos del estudio	Diseño método	Muestra	Instrumentos utilizados	Resultados
Lien , Lin, Tsai, Lien & Wu (2019)  Taiwan	Aclarar si las actitudes de los profesionales sanitarios hacia los trastornos mentales se han vuelto más o menos positivas a lo largo de estas tres últimas décadas	Metaanálisis trans-temporal	N=15653 profesionales y estudiantes de 1996 a 2016 distribuidos en dos apartados según la escala utilizada:  SDS: 6061 profesionales, 3351 estudiantes, 1176  OMI/CAMI:2854 profesionales, 1605 estudiantes, 606	Escala de Distancia Social (SDS)  Opiniones sobre Enfermedad Mental (OMI)  Actitudes de la Comunidad hacia la Enfermedad Mental (CAMI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción significativa de la distancia social entre las personas con trastornos mentales y los profesionales de la salud</li> <li>• Las actitudes de los profesionales sanitarios hacia los trastornos mentales han mejorado en las últimas décadas tras la participación en programas contra el estigma y la modernización de la educación médica</li> </ul>
Mannarini, Rossi y Munari (2020)  Italia	Investigar la percepción de la esquizofrenia en diferentes categorías de personas (directa y / o indirectamente) involucradas con ella.	Estudio comparativo	577 participantes: 183 Estudiantes 102 profesionales 135 familiares 157 personas con TM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos: Viñetas CAMI AQ-27 OMI</li> <li>• Objetivo: Examinar distancia social, peligrosidad y evitación según la percepción del grupo junto con creencias causales y tratamientos recomendados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El conocimiento y el pensamiento de las personas sobre los trastornos mentales y, en particular, la esquizofrenia, están significativamente relacionados con la implicación de las personas con el trastorno mental</li> <li>• La educación, la experiencia y el contacto directo con el trastorno mental tienen relación con las creencias causales de tratamiento y las actitudes estigmatizantes sobre la esquizofrenia.</li> </ul>

Tabla 4: (continuación)

Autores, año y país	Objetivos del estudio	Diseño método	Muestra	Instrumentos utilizados	Resultados
Zimmerman, Riordan, Winter, Bartonicek y Sacarg (2020)  Nueva Zelanda	Comparar el impacto de las explicaciones biológicas (es decir, esencialistas) y psicosociales sobre el estigma asociado a los trastornos mentales en estudiantes que completan su carrera en psicología y estudios no psicólogos	Estudio comparativo	294 estudiantes Universidad de Otago  170 acabando sus estudios de psicología	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos: Viñetas. Cuestionario para evaluar diversas formas de estigma</li> <li>• Evaluación: Los participantes tuvieron que leer cuatro viñetas tomadas de Lebowitz y Ahn (2014), que describían a individuos ficticios que buscaban tratamiento para un trastorno. Completar 8 preguntas que evalúan diversas formas de estigma (estigma asociativo, peligrosidad percibida, distancia social y pronóstico pesimista)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las explicaciones biológicas conllevan una mayor creencia esencialista y estigmatización tanto para los estudiantes generales como para los de psicología</li> <li>• Para el estigma asociado y pesimismo en el pronóstico no aparecen diferencias entre los estudiantes evaluados</li> <li>• Puntuaciones más altas en creencia de peligrosidad así como un mayor deseo de distancia social en los estudiantes generales</li> <li>• Los estudiantes de psicología puntúan más bajo en los niveles de estigma que los estudiantes generales</li> </ul>

Tabla 4: (continuación)

Autores, año y país	Objetivos del estudio (PRE)	Diseño método	Muestra	Instrumentos utilizados	Resultados
Strassle (2018)  EEUU	Evaluar el estado de los estudiantes en cuanto a sus creencias sobre el TMG antes de impartir técnicas de reducción del estigma en su plan de estudios	Estudio comparativo	195 estudiantes de Psicología <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo control (38)</li> <li>• Educación</li> <li>• Educación + protesta</li> <li>• Educación + contacto</li> <li>• Educación + protesta + contacto</li> </ul>	Escala de Creencias hacia la Enfermedad Mental (IMC)	Los resultados de la pre-evaluación sobre las creencias en cuanto al TMG en los diferentes grupos, aparecen de manera muy similar. Por lo que no existen grandes diferencias entre ellos antes de iniciar la intervención.
Petraki (2017)  Emiratos Árabes	Examinar el estado de los estudiantes antes de realizar una intervención a través del contacto con TMG donde el contacto es limitado	Estudio comparativo	26 estudiantes de psicología en los Emiratos Árabes Unidos	Escala de Estigma de la mente abierta para proveedores de salud	Las dimensiones evaluadas en las escalas reflejan puntuaciones medias y similares
Cangas y Galván (2020)  España	Comprobar el estado y nivel de estigma en los estudiantes del MPGS que van a participar en una futura intervención con un programa de realidad virtual	Estudio experimental	12 Estudiantes universitarios del máster de PGS <ul style="list-style-type: none"> <li>- N=6 familiar, pareja o amigo íntimo</li> <li>- N=4 encuentro esporádico</li> <li>- N= 2 conocido o amigo</li> <li>- N=1 con TMG</li> </ul>	Evaluación pre: AQ27	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparecen puntuaciones medio-bajas en toda la muestra</li> <li>• Estas puntuaciones no muy altas pueden ser debidas a la formación previa de los propios estudiantes del master</li> </ul>

Tabla 4: (continuación)

Autores, año y país	Objetivos del estudio (PRE)	Diseño método	Muestra	Instrumentos utilizados	Resultados
Bizub y Davidson (2011)	Comprobar el nivel de estigma de los estudiantes de psicología que posteriormente se enfrentaran a un programa de contacto con el TMG	Investigación descriptiva	5 Estudiantes	<p>Entrevistas sobre la experiencia tras participar como voluntarios en el programa "Compeer"</p> <p>Métodos cualitativos basados en el de Giorgi el cual rompe la narrativa en unidades de significados para reflejar el flujo temporal de los acontecimientos e identificar los temas relevantes a evaluar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los estudiantes mostraban preocupación ante la posibilidad de un arrebato emocional del compañero que implicara ira y agresión</li> <li>• Mostraban dudas implícitas y explícitas sobre cómo manejar la situación (miedo y ansiedad)</li> <li>• El pensamiento más recurrente entre los estudiantes voluntarios fue que las personas que padecen un TMG eran imprevisibles y peligrosas</li> <li>• Aparecía la ansiedad ante lo desconocido</li> </ul>

Tabla 5: Resumen principales datos obtenidos de los estudios en los que se ha utilizado una estrategia de reducción del estigma

Autores y año	Objetivos del estudio	Diseño y método	Muestra	Instrumentos e intervenciones	Resultados
Bizub y Davidson (2011)	Comprobar si el contacto de los estudiantes de psicología con TMG reduce el estigma	Investigación descriptiva	5 estudiantes	Entrevistas sobre la experiencia tras participar como voluntarios en el programa "Compeer"  Métodos cualitativos basados en el de Giorgi el cual rompe la narrativa en unidades de significados para reflejar el flujo temporal de los acontecimientos e identificar los temas relevantes a evaluar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacerse amigo de una persona con un trastorno mental, incluso cuando se hace como un requisito para un curso universitario, puede ser una experiencia útil para exponer y desafiar las percepciones y expectativas estigmatizantes y para ofrecer a las personas información sobre la humanidad y las experiencias de vida de una persona con trastorno mental.</li> <li>• Mayor conciencia empática</li> <li>• Cambio en la percepción hacia el TMG</li> <li>• La seguridad en un factor clave para fomentar las creencias erróneas</li> </ul>
Magliano et al., (2016)  Italia	Comprobar el nivel de estigma de los estudiantes de psicología hacia los TMG dependiendo del curso en el que se encuentren	Estudio comparativo	566 estudiantes  235 estaban cursando su primer año de Psicología general  331 estaban en su primer o segundo año Master en Psicología Clínica o en Psicología	Cuestionario (QO, Magliano et al., 2004)  Autoinforme diseñado para explorar las opiniones de los encuestados sobre la esquizofrenia  Comparativa con investigaciones previas sobre puntos de vista sobre la esquizofrenia entre los estudiantes de medicina en el misma Universidad (Magliano et al., 2013, 2014).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las causas del TM citadas con mayor frecuencia fueron los traumas psicológicos (68%) y la herencia (54%).</li> <li>• El 33% de los estudiantes creía firmemente que las personas con la afección podrían recuperarse.</li> <li>• Informar sobre la herencia entre las causas e identificar la esquizofrenia, se asociaron con pesimismo pronóstico</li> <li>• Mayor confianza en los tratamientos farmacológicos y menor confianza en los tratamientos psicológicos.</li> <li>• El etiquetado de la esquizofrenia también se asoció con una mayor percepción de imprevisibilidad y peligrosidad.</li> <li>• En comparación con los estudiantes de primer año, los estudiantes de cuarto / quinto año informaron con mayor frecuencia la herencia, desequilibrio químico y consumo de alcohol entre las causas, fueron más pesimistas sobre la recuperación de la esquizofrenia y apostaron por un tratamiento farmacológico. Los temas del estigma deben incluirse en la educación de los futuros psicólogos.</li> </ul>

Tabla 5: (Continuación)

Autores y año	Objetivos del estudio	Diseño y método	Muestra	Instrumentos e intervenciones	Resultados
Petraki (2017) R.Unido	Examinar la efectividad de una intervención sobre el contacto con TMG en un lugar donde el contacto es limitado	Investigación descriptiva	18 estudiantes de psicología en los Emiratos Árabes Unidos que realizaron la pre-evaluación anterior	Métodos mixtos (evaluación en dos momentos) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Estigma de la Mente Abierta para Proveedores de Salud [OMS-HC] (T1-T2)</li> <li>• Preguntas cualitativas solo al final de la intervención</li> <li>• Visionado de películas Puestas en común</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se corroboraron cambios en algunas de las actitudes de los estudiantes, a saber, toma de decisiones, compasión y proximidad, pero no demostraron un cambio de actitud general.</li> <li>• Los estudiantes reconocieron el beneficio obtenido por su participación en lo que respecta a su experiencia de aprendizaje, señalando la importancia de combinar la teoría con ejemplos prácticos para generar conciencia y abordar el estigma.</li> </ul>
Strassle (2018) EEUU	Evaluar el cambio en las creencias de los estudiantes universitarios sobre los trastornos mentales después de impartir técnicas de reducción del estigma en el plan de estudios del curso	Estudio comparativo	195 estudiantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo control (38)</li> <li>• Educación</li> <li>• Educación + protesta</li> <li>• Educación + contacto</li> <li>• Educ+Prot+ Contac</li> </ul>	La Escala de Creencias hacia la Enfermedad Mental (IMC). Esta escala evalúa la mala relación interpersonal percibida, las habilidades sociales de las personas en relación con el trastorno mental y la sensación o creencia de peligrosidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las condiciones experimentales demostraron un cambio significativo en las creencias sobre el estigma, mientras que la condición de control no reveló ningún cambio.</li> <li>• También se encontró un cambio significativo para todas las subescalas de IMC en los estudiantes</li> <li>• El poder de la educación sobre el estigma en el aula universitaria no es significativo</li> <li>• El contacto como técnica es claramente una forma sólida de impactar en el estigma</li> </ul>

Tabla 5: (Continuación)

Autores y año	Objetivos del estudio	Diseño y método	Muestra	Instrumentos e intervenciones	Resultados
Cangas y Galván (2020)  España	Comprobar la eficacia de un programa de realidad virtual “Inclúyete VR” centrado en reducir el estigma hacia las personas con TMG	Estudio experimental	12 Estudiantes universitarios del máster de PGS - N=6 familiar, pareja o amigo íntimo - N=4 encuentro esporádico - N= 2 conocido o amigo - N=1 con TMG	Intervención: • Programa realidad virtual “Inclúyete VR”  Evaluación post: AQ27	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de 3,17 puntos (t=2,61 p&lt;0,005)</li> <li>• La reducción mayor se produjo en peligrosidad- miedo (1,91 puntos de diferencia), y, en Evitación (0,75 puntos),</li> <li>• La falta de solidaridad y Coerción fueron los cambios que se dieron en menor proporción (0,25 puntos) ya que puntuaciones iniciales de las que partían eran muy bajas ( 5,5 y 3,4 puntos respectivamente).</li> </ul>

#### 4.4 Conclusiones revisión sistemática

En este apartado trataremos de plasmar las conclusiones más relevantes de nuestra revisión sistemática sobre el estigma asociado a los TMG en los estudiantes de psicología.

De este modo, y para poder ordenar todas las ideas seleccionadas, en primer lugar describiremos los resultados más significativos de los sobre la descripción del estigma asociado al TMG en los estudiantes de psicología, presentados en Tabla 4 de resultados de revisión sistemática. En segundo lugar nos referiremos a los resultados de las estrategias antiestigma llevadas a cabo (Tabla 5). Intentaremos extraer las conclusiones más relevantes y las cuestiones más significativas sobre los diferentes estereotipos, prejuicios y discriminación que aparecen en los estudiantes de psicología asociadas a aquellas personas con TMG y, de este modo podemos plantear nuestro estudio empírico.

En el primer bloque de resultados obtenidos tras la revisión (Tabla 4), encontramos 13 artículos dirigidos a conocer cuál es el estado o el grado de estigma que los estudiantes de psicología muestran hacia el TMG. Ya que en esta tabla también incorporamos la evaluación inicial realizada en los artículos que han utilizado alguna estrategia de intervención la cual les otorgará una visión general del estado del estigma en los estudiantes para así poder hacer la comparativa una vez incorporada la estrategia. Es cierto que existe 1 artículo que desarrolla la intervención directa sin hacer una evaluación inicial sobre el estado del estigma en los estudiantes sino que utiliza la comparación de los mismos según el curso en el que se encuentren de sus estudios. Dicho estudio se encuentra únicamente en el segundo bloque de resultados (Tabla 5). Estos artículos presentado en el segundo bloque de resultados, utilizan instrumentos destinados a conocer las opiniones de estos sobre el TM (OMI), el grado de distancia social (SDS), las actitudes como parte de la comunidad (CAMI) y las diferentes atribuciones (AQ27) que se dan.

Todos estos instrumentos plasman la realidad sobre el estigma asociado al TMG que existe en la sociedad y en concreto, en los futuros profesionales de la psicología, como son los estudiantes.

Gracias a esta revisión, hemos podido comprobar cómo es urgente y necesario la aplicación de medidas y estrategias antiestigma en la formación académica de los estudiantes de psicología. Estos 13 artículos, reflejan que, a pesar de no existir una diferencia

significativa en la distancia social hacia los pacientes entre estudiantes y profesionales, sí que estos estudiantes, desean que esta distancia existente sea mucho menor. Se comprueba que la actitud hacia el paciente estigmatizado dependerá de la proximidad con él, por lo que la urgencia de un mayor contacto es aún más evidente. Es cierto, tal y como comprobamos gracias a los resultados en la Escala de Opiniones sobre enfermedad mental (OMI), que la actitud y la predisposición al mejor trato y a la erradicación del estigma hacia el trastorno mental, ha ido aumentando y existe una evolución positiva. Pero vemos en la escala de distancia social, que a pesar de la experiencia, la estigmatización aumenta conforme avanza la edad del profesional y la disminución del contacto con el paciente. Por tanto, ¿es efectiva la aplicación de una estrategia antiestigma de manera aislada o por el contrario es necesaria la aplicación de ambas (conocimiento y contacto) para que sea efectivo?.

Así mismo, en el estudio realizado por Fresán et al. (2012) con 110 mujeres estudiantes de psicología, vemos como las creencias negativas, los prejuicios y por tanto la discriminación es alta, ya que se considera que los pacientes con esquizofrenia son agresivos, con capacidades limitadas y con un comportamiento extraño. Esta estigmatización provoca un distanciamiento social evidente que, de no ser erradicado, les acompañará en el ejercicio de su futura profesión. Ante esta situación nos planteamos; ¿estas creencias y prejuicios dependerán del género del estudiante o por el contrario el género no es una variable a tener en cuenta?

Si comparamos los estudiantes de psicología con los de otras carreras del ámbito de la salud, los resultados son esperanzadores, ya que los futuros profesionales de la psicología valoran en mayor medida las causas psicosociales, por lo que existe un mayor optimismo en la recuperación de los pacientes con TMG.

En cambio, cuando aparece una medición del estigma tanto implícito como explícito mediante las escalas de distancia social (SDS) o el cuestionario de atribuciones (AQ-9), vemos como, a pesar de ser puntuaciones más bajas que la población general, aparecen tanto creencias, como prejuicios y discriminación en los estudiantes de psicología. Estos nos lleva a pensar que, a pesar de los conocimientos adquiridos a lo largo de sus estudios, es necesaria la implantación de estrategias antiestigma más certeras para erradicar, o al menos minimizar las creencias negativas así como los prejuicios y la discriminación que puedan surgir.

Todos los estudios seleccionados en esta primera agrupación, coinciden en la falta de experiencias vividas (contacto) de los estudiantes con los TMG y el poco entendimiento (conocimiento) real que se tiene.

Los estudios en los cuales realizaron primero una pre-evaluación (los 4 últimos de la tabla) para comprobar el estado inicial de los estudiantes, refieren que las puntuaciones obtenidas en la medición del estigma, extraídas con las diferentes escalas, son puntuaciones medio e incluso medio-bajas y se pueden atribuir a los conocimientos previos o al perfil del estudiante de psicología.

Es cierto que únicamente en el estudio de Bizub y Davidson (2011) aparecen resultados más contundentes, es decir, una preocupación ante la posibilidad de la inestabilidad emocional del compañero del programa de voluntariado, actitudes estigmatizadoras más evidentes a nivel tanto implícito como explícito, pensamientos más recurrentes de peligrosidad e incluso ansiedad. Esto puede ser debido a que la valoración se lleva a cabo a través de un método cualitativo basado en el análisis de la narrativa y/o por ser el único estudio de inmersión de contacto total y real con el TMG.

A continuación desglosaremos las conclusiones más relevantes de aquellos estudios en los que, una vez conocida la situación sobre el estigma en estudiantes de psicología, se aplican diferentes intervenciones a modo de estrategias antiestigma para comprobar si existe una disminución del mismo, y ver al mismo tiempo, cuál sería la fórmula o estrategia más idónea para que se pueda dar este cambio (Tabla 5). En estos cinco estudios vemos como las intervenciones son variadas pero se basan en las dos estrategias antiestigma más conocidas y efectivas, como son el conocimiento y el contacto.

Dentro de este bloque de estudios, haremos una distinción según el tipo de estrategia utilizada; conocimiento, contacto o conocimiento + contacto. Por tanto comenzaremos plasmando las conclusiones de aquellos estudios que utilizan el conocimiento como estrategia de intervención.

Encontramos un único artículo de este último tipo. Este artículo de Magliano et al., (2016) pretende comprobar el nivel de estigma de los estudiantes de psicología según el curso en el que se encuentren (primero o master en psicología clínica). Para ello utiliza

instrumentos que evalúan las opiniones sobre el TMG así como la comparativa con los resultados de otros estudios. En este artículo se comprueba que los estudiantes de primer curso consideran la herencia, el desequilibrio químico y el consumo de alcohol, como causas de los TMG y por tanto, son más pesimistas sobre la recuperación y el buen pronóstico del tratamiento. Así mismo tienen una menor confianza por el tratamiento psicológico y apuestan por un tratamiento farmacológico.

Los resultados ponen en evidencia que, a medida que los estudiantes poseen mayor conocimiento sobre psicología y sobre el TMG, las creencias y prejuicios vinculados a estos pacientes, disminuyen.

Los artículos que utilizan únicamente el contacto como estrategia antiestigma son tres y en todos, al igual que en el anterior artículo nombrado, hay una eficacia parcial ya que sí que se aprecian cambios pero estos no son suficientes para producir una erradicación casi completa del estigma hacia el TMG.

El primero de estos dos artículos es el presentado por Petraki (2017), que examina la efectividad de dicha intervención en alumnos de psicología de Emiratos Árabes donde además, es mucho más limitado el contacto hacia el TMG. En este estudio se observan cambios en algunas actitudes como la toma de decisiones, la compasión y la proximidad. Esto favorece la concienciación y la reducción del estigma asociado.

En el segundo artículo de Bizub y Davidson (2011) se comprobó mediante un programa de acompañamiento voluntario durante 4 horas mensuales, que los estudiantes involucrados reducían sus pensamientos estigmatizantes hacia las personas con TMG. Los resultados fueron positivos ya que se consideró la experiencia como útil para poder desafiar las creencias negativas y los prejuicios creados y ofrecer información veraz sobre la humanidad y las experiencias de vida de una persona con TMG. Este estudio se realizó únicamente con 5 estudiantes por lo que no podemos generalizar sus resultados.

El tercer de estos artículos es el de Cangas y Galván (2020). Este mediante un estudio experimental compara cuatro grupos de estudiantes de psicología dependiendo de la relación que se tuviera con el TMG. Se comprobó que el contacto directo, aporta un efecto positivo ya que aparece una reducción en las puntuaciones en lo referente a la peligrosidad, miedo y la evitación. Aunque también es cierto que esta reducción es mínima ya que se partían de puntuaciones ya bajas.

El tercer grupo dentro de estos artículos de la Tabla 5 estaría compuesto por un artículo que emplea ambas estrategias antiestigma para comprobar si existe una disminución del mismo. Este artículo que aúna las dos estrategias antiestigma es el presentado por Strassle (2018). En este se evalúa el cambio de creencias de los estudiantes sobre el TMG después de impartir técnicas de reducción el estigma dentro del plan de estudios. En este artículo se indica que todos los grupos experimentales demostraron un cambio excepto, aquel que se utilizó como control y no se impartió ninguna técnica. Se encontraron cambios significativos en todas las subescalas de IMC (Escala de creencias hacia la enfermedad mental) pero se constató que el contacto es la técnica más sólida para reducir el estigma.

Los estudios presentados dentro de la Tabla 5, destacan que la educación y el contacto directo son claves para una reducción del estigma asociado al TMG. Tal y como hemos visto, estos estudios evalúan las dos estrategias siendo la más efectiva el contacto, ya que la educación, por sí sola, no es suficiente ni causa un efecto significativo. Es cierto que las estrategias por sí solas reflejan una mejora de actitud en los profesionales y estudiantes de la psicología respecto a la población en general o a otras carreras o profesiones, pero se destaca, al mismo tiempo, la urgencia del empleo de estrategias más efectivas como las relacionadas con el contacto para que la reducción del estigma sea significativa.

## **TERCERA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO**

## **5.DISEÑO DEL ESTUDIO EMPÍRICO**

Se ha llevado a cabo un estudio empírico para conocer las creencias, prejuicios, actitudes y conductas estigmatizantes presentes en los estudiantes del grado de psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia. En este estudio se recogen y analizan los datos obtenidos de estudiantes de primero y de cuarto de grado de psicología.

### **5.1 Objetivo**

El objetivo central de este estudio empírico ha sido el siguiente:

Evaluar el nivel de estigma social hacia el TMG en estudiantes de primer curso y de cuarto curso del grado de psicología y analizar si existen diferencias en función del curso, del género y del hecho de conocer/convivir con personas con TMG.

### **5.2 Hipótesis de trabajo**

Este objetivo se concreta a nivel operativo en las siguientes hipótesis de trabajo:

- Primera hipótesis: Los estudiantes de cuarto curso del grado de psicología tendrán mayores conocimientos sobre el TMG que los estudiantes de primero al haber superado más cursos y adquirir más instrucción.
- Segunda hipótesis: Los estudiantes de cuarto mostrarán menor autoritarismo y una menor restricción social y una mayor benevolencia y opinión favorable hacia la integración comunitaria de las personas con TMG que los estudiantes de primero.
- Tercera hipótesis: Los estudiantes de cuarto de grado mostrarán menos creencias, prejuicios y conductas estigmatizantes asociadas a los TMG que los alumnos del primer curso del grado de psicología.
- Cuarta hipótesis: Las mujeres mostraran menos puntuaciones menos estigmatizantes en ambos cursos que los hombres.

- Quinta hipótesis: Los estudiantes que conocen o conviven con personas con TMG mostrarán menor grado de estigma social.
- Sexta hipótesis: Cuanto mayor conocimiento sobre el TMG menor será el nivel de estigma.

### **5.3 Metodología**

Se ha utilizado un diseño transversal de comparación de grupos en el que los grupos estaban definidos por el curso del grado de psicología en el que se encontraban los estudiantes, primero y cuarto.

#### **5.3.1 Participantes en el estudio**

En el presente estudio han participado un total de 91 estudiantes de primer curso y 67 estudiantes de cuarto curso del Grado de Psicología. El único criterio de inclusión para participar en el estudio fue el de ser estudiante de primero o de cuarto y no hubo criterios de exclusión. La tabla 7 muestra las características demográficas de los estudiantes. Los estudiantes de 1º de grado, pertenecientes a dos de los grupos de la asignatura de Estadística II, completaron la encuesta con los cuestionarios al inicio del segundo cuatrimestre del curso académico 2019-20, y los alumnos de 4º de grado, también pertenecientes a dos grupos de la asignatura Diseños de investigación en psicología, al inicio del primer cuatrimestre del curso académico 2020-21.

Los estudiantes de los dos cursos aceptaron y firmaron el correspondiente consentimiento informado para participar en el estudio.

#### **5.3.2. Instrumentos de evaluación**

Todos los estudiantes completaron un cuestionario online con el objetivo de evaluar las variables de interés para el estudio: Conocimiento sobre la enfermedad mental; familiaridad con personas con trastornos mentales; y actitudes, creencias, prejuicios y conductas hacia las personas con trastornos mentales. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- El Cuestionario de conocimientos sobre la enfermedad mental (KMI) (Anexo 1) de Watson et al. (2004). Este cuestionario explora de manera genérica los conocimientos que se tienen sobre los trastornos mentales. Este cuestionario tiene 13 ítems con respuesta de Verdadero (ítems 2, 3, 5, 6, 8, 9 y 11) – Falso (ítems 1, 4, 7, 10, 12 y 13)

- La Subescala de familiaridad con la enfermedad mental (FEM) (Anexo 2) del cuestionario de Comportamiento Informado y Previsto (RIBS) (Evans-Lacko et al., 2011). Esta escala evalúa si se tiene o se ha tenido contacto con personas que tienen un trastorno mental. Contempla 4 contextos evaluables diferentes: “vivir con”, “trabajar con”, “vivir cerca de” y “tener una relación con” alguna persona con un problema de salud mental.

- El Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental (CAMI) (Anexo 3) (Taylor y Dear, 1981). Este cuestionario evalúa el estigma social hacia las personas con trastorno mental. Está basado en la Escala de opiniones sobre la enfermedad mental (OMI) (Cohen & Struening, 1962). El CAMI consta de 40 ítems valorados con una escala tipo Likert de 5 puntos y tiene cuatro factores: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología hacia la integración de la rehabilitación de las personas con trastorno mental en el ámbito comunitario (Ochoa et al., 2016). Cada factor tiene diez ítems, con cinco afirmaciones en sentido positivo y cinco en sentido negativo. Por tanto la puntuación máxima en cada uno de los factores es de 50 (Grandón Fernández, Saldivia Bórquez, Cova Solar, Bustos & Turra Chávez, 2016). La versión española de la escala tuvo una  $\alpha$  de Cronbach de 0,86 (Ochoa et al., 2016).

El autoritarismo (ítems 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33 y 37) hace referencia a la visión de que las personas con trastorno mental requieren un trato coercitivo ya que son inferiores (Chambers et al., 2010). La segunda dimensión sería la benevolencia (B) (ítems 2,6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38), que comprende una visión protectora de quienes padecen un trastorno mental bajo un punto de vista superior (Chambers et al., 2010). La restricción social (RS) (ítems 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39) hace referencia a la consideración de las personas con TM como peligrosas y como una

amenaza (Chambers et al., 2010). Por último, el cuestionario sobre actitudes hacia el trastorno mental explora la dimensión relacionada con la ideología comunitaria hacia la salud mental (CMHI) (ítems 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36) que evalúa el valor terapéutico de la comunidad como grupo referencial y de aceptación (Chambers et al., 2010). Esta dimensión se mueve en la polarización del considerar que la persona con un TM tiene el derecho fundamental de poder vivir y relacionarse con la comunidad de forma positiva y el creer que es peligroso y por tanto debería permanecer alejada de la comunidad (Taylor & Dear, 1981).

- Cuestionario de atribuciones (AQ-27) de Corrigan et al. (2003) (versión de Muñoz et al., 2015) (Anexo 4). Esta prueba evalúa el estigma social hacia el trastorno mental grave. Este cuestionario fue diseñado por Corrigan et al. (2003) en EEUU con el objetivo de evaluar las creencias negativas, las actitudes y comportamientos estigmatizantes hacia el TMG. Muñoz et al. (2015) lo tradujeron y validaron al español. Los ítems se agrupan en 9 factores (3 ítems por cada factor), las puntuaciones en cada factor se obtienen a través de la suma de las puntuaciones de los ítems correspondientes. De esta manera, la puntuación para cada factor oscilará entre 3 o 27. El resultado se expresaría: cuanto mayor puntuación del ítem, mayor será el valor de ese factor para la persona, excepto en el Factor 9 (Evitación) ya que las puntuaciones se invierten. La versión española del cuestionario tiene un Cronbach a de 0,86 (Muñoz et al., 2015)

Los 9 factores son: Responsabilidad sobre el TMG (ítems 10, 11, 23); piedad es decir, grado de preocupación (ítems 9, 22, 27); ira o cantidad de malestar o irritación (ítems 1, 4, 12); peligrosidad, la cual hace referencia a la percepción de sentir como amenaza al enfermo (ítems 2, 13, 18); miedo como el nivel de terror expresado (ítems 3, 19, 24); predisposición de prestar ayuda (ítems 8, 20, 21); coerción, entendido como obligación a realizar un tratamiento adecuado (ítems 14, 25); segregación referido a la creencia del mejor tratamiento para la TMG es el aislamiento (ítems 6, 15, 17); y la evitación donde se prefiere vivir, trabajar o relacionarse alejado del TMG (ítems 7, 16, 26).

**Tabla 6: Instrumentos y variables del estudio**

Instrumento	Variable de estudio	Se explora
Subescala de familiaridad con la enfermedad mental (FEM)	Familiaridad	Vivir con Trabajar con Vivir cerca de Tener una relación
Cuestionario de conocimientos sobre la enfermedad mental (KMI)	Conocimiento	Conocimiento
Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental (CAMI)	Actitudes	Autoritarismo Benevolencia Restricción social Ideología comunitaria hacia la salud mental
Cuestionario de atribuciones (AQ-27)	Estereotipos	Responsabilidad Peligrosidad Piedad/culpa
	Prejuicios	Miedo Irritabilidad
	Discriminación	Coerción Segregación Evitación Ayuda

### **5.3.3 Procedimiento**

La administración de los instrumentos indicados en el apartado anterior, se llevó a cabo a través de un cuestionario online utilizando la plataforma “Lime Survey” de la Universidad de Valencia. Esta plataforma online permite gestión de manera anónima del pase de los cuestionarios quedando los datos obtenidos en los servidores propios de la Universidad.

Los participantes en el estudio contestaron a los cuestionarios durante una de sus clases. Los estudiantes de 1º de grado al inicio del segundo cuatrimestre del curso académico 2019-2020, y los alumnos de 4º de grado al inicio del primer cuatrimestre del curso académico 2020

La realización del estudio fue aprobada por el comité de ética de la Universitat de València (UV-INV ETICA-1266126). Todos los participantes de nuestro estudio recibieron una descripción clara del objetivo de la investigación así como se les indicó que dicha participación era totalmente voluntaria y anónima ya que los datos obtenidos se analizarían de manera agregada.

El consentimiento se adjuntó a la encuesta en su parte inicial para que pudieran firmarlo antes de contestar a la misma. La no aceptación de dicho consentimiento impidió el acceso a la encuesta. Los datos generados una vez finalizado el proceso fueron custodiados por la investigadora principal del proyecto para su posterior análisis estadístico.

### **5.3.4 Análisis estadístico**

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando del paquete estadístico IBM-SPSS v.26. El análisis descriptivo de los datos se realizó mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y mediante medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas. En el caso de las variables cuantitativas, además, se comprobó el supuesto de normalidad y se exploró la existencia de valores extremos.

Las diferencias entre los grupos en las variables cualitativas se analizaron utilizando Chi-cuadrado y el análisis de las diferencias entre los estudiantes de 1º y 4º, en función del género, y el conocimiento / convivencia, en las variables cuantitativas se realizó utilizando la prueba *t* de Student para muestras independientes. La correlaciones entre las puntuaciones en el KMI y las puntuaciones en las distintas dimensiones del CAMI y del AQ-27 se calcularon utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Características demográficas y conocimiento sobre la enfermedad mental.

La tabla 7 muestra las características demográficas de los participantes. Los dos grupos únicamente mostraron diferencias estadísticamente significativas en la variable edad. No hubo diferencias entre los grupos ni en la distribución de estudiantes en función del género ni en función del hecho de conocer o vivir/trabajar con alguna persona con enfermedad mental.

Hipótesis 1:

Los resultados no mostraron diferencias significativas entre los cursos en el test de conocimientos sobre trastornos mentales (KMI) (ver tabla 7)

**Tabla 7 Características demográficas y puntuaciones en el KMI en los dos grupos.**

	Primero (n=91)	Cuarto (n=67)	Estadístico
Edad, M (DT), años	20.73 (6,95)	23,72 (5,90)	$t = 2.85, p = 0,005$
Género, n (%)			
Hombre	12 (13,20)	11 (16,40)	$\chi^2 = 1,03, p < 0.596$
Mujer	78 (86,70)	56 (83,60)	
Otro	1 (1,10)	0 (0,00)	
RIBS-Conocer, n (%)			
Si	81 (89,00)	62 (92,50)	$\chi^2 = 0,56, p = 0,455$
No	10 (11,00)	5 (7,50)	
RIBS-Vivir/trabajar, n (%)			
Si	12 (13,20)	13 (19,49)	$\chi^2 = 1,12, p = 0,290$
No	79 (86,80)	54 (80,60)	
KMI M (DT)	10.93 (1,20)	11,04 (1,32)	$t = 0,55, p = 0,584$

RIBS: Familiaridad con personas con trastorno mental: Vivir/trabajar con una persona con enfermedad mental; Conocer a una persona con enfermedad mental.

KMI: Test de conocimientos sobre enfermedad mental

## 6.2 Hipótesis dos y tres: Diferencias entre cursos

Los análisis de las diferencias entre cursos en el cuestionario CAMI mostraron diferencias significativas en la dimensión de benevolencia, en la que los estudiantes de cuarto tuvieron una puntuación significativamente mayor a la mostrada por los de primero, y en las actitudes hacia la integración de la rehabilitación de los pacientes en la comunidad, dimensión en la que los estudiantes de cuarto mostraron una puntuación significativamente superior a la mostrada por los de primero (ver tabla 8). En el caso del AQ-27, las diferencias entre los dos grupos aparecieron en las dimensiones de responsabilidad y coerción. Los estudiantes de primero responsabilizaron en mayor medida que los estudiantes de cuarto a las personas con trastorno mental de su trastorno . Y también mostraron mayores puntuaciones en coerción que los estudiantes de cuarto (ver tabla 8)

**Tabla 8: Comparación entre las dimensiones de CAMI y AQ27 en los grupos**

		Primero (n=91)		Cuarto (n=67)		<i>t</i>	<i>p</i>
		media	desv. Típica	media	desv. Típica		
<b>CAMI</b>							
	Autoritarismo	20,66	3,65	19,55	3,65	1,88	0,062
	Benevolencia	44,59	3,18	45,78	3,21	-2,30	0,023
	Restric. Social	16,68	3,12	16,60	4,09	0,14	0,888
	Percep. Comunidad	42,63	4,39	44,00	4,07	-2,00	0,047
<b>AQ27</b>							
	Responsabilidad	8,87	2,98	7,64	3,29	2,45	0,016
	Piedad	17,46	3,74	17,19	3,77	0,44	0,658
	Ira	6,45	3,05	6,18	2,78	0,57	0,567
	Peligrosidad	8,82	3,85	8,01	4,02	1,28	0,202
	Miedo	7,03	4,06	6,10	3,40	1,52	0,131
	Ayuda	23,64	3,59	23,96	3,39	-0,56	0,574
	Coerción	18,07	4,44	15,93	5,25	2,77	0,006
	Segregación	7,51	4,00	6,96	4,33	0,83	0,410
	Evitación	11,08	5,00	10,96	5,64	0,14	0,886

La tabla 9 presenta los resultados en el cuestionario AQ-27 expresados como el porcentaje de estudiantes que están de acuerdo con el enunciado del ítem, puntuaciones entre 7 y 9 en el ítem (Crespo et al., 2008), y también la comparación en esos porcentajes entre los dos grupos.

Solo un pequeño porcentaje de estudiantes, en ambos grupos, piensa que las personas con un TMG son responsables de su trastorno. Sin embargo, el porcentaje de estudiantes de cuarto que consideran que es controlable la causa del trastorno es significativamente menor que el porcentaje de estudiantes de primero. El porcentaje de estudiantes que considera que las personas con TMG deberían estar separados de la comunidad también es pequeño en ambos cursos, así como el porcentaje que siente miedo o enfado hacia este grupo de personas o los percibe como peligrosas. En correspondencia con estos bajos porcentajes de estudiantes con actitudes estigmatizantes, un elevado porcentaje, también en ambos cursos, está dispuesto a ayudar a las personas con TMG y no muestra actitudes de evitación hacia ellas, aunque el porcentaje de estudiantes de cuarto que estaría dispuesto a “entrevistar a una persona con enfermedad mental para un puesto de trabajo” es significativamente menor que el de los estudiantes de primero. Finalmente, los resultados mostraron que entorno a un cincuenta por ciento de los estudiantes mostraron actitudes de comprensión y preocupación, con la puntualización de que el porcentaje de estudiantes de cuarto con actitudes de preocupación fue significativamente inferior al porcentaje con ese tipo de actitudes en primero.

**Tabla 9: Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en cada ítem del AQ-27 y porcentaje de estudiantes que está de acuerdo con el enunciado que aparece en cada uno de los ítems del AQ-27 en las dos muestras de estudiantes.**

	Estudiantes		Estudiantes		<i>p</i> <sup>1</sup>
	1º (n=91)		4º (n=67)		
	Mean (SD)	%	Mean (SD)	%	
<b>Responsabilidad*</b>					
10. Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual	1,21 (0,74)	1,10	1,43 (1,37)	2,99	0,805

11. ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación actual de José?	5,01 (2,02)	29,67	4,01 (2,31)	16,42	<b>0,027</b>
23. En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?	2,65 (1,68)	2,20	2,19 (1,50)	0,00	0,111
<b>Piedad</b>					
9. Sentiría pena por José	3,89 (2,27)	13,19	4,39 (2,30)	25,37	0,975
22. ¿Hasta qué punto comprende a José?	6,93 (1,75)	68,13	7,04 (1,58)	71,64	0,682
27. ¿Cuánta preocupación sentiría por José?	6,64 (1,97)	63,74	5,76 (1,98)	41,79	<b>0,003</b>
<b>Ira*</b>					
1. Me sentiría violentado a causa José	2,88 (1,64)	1,10	2,87 (1,68)	2,99	0,805
4. ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?	1,32 (0,76)	0,00	1,45 (1,17)	1,49	0,879
12. ¿En qué medida se sentiría irritado por José?	2,25 (1,52)	2,20	1,87 (1,28)	1,49	0,374
<b>Peligrosidad*</b>					
2. Me sentiría inseguro cerca de José	3,26 (1,65)	2,20	3,06 (1,71)	4,48	0,791
13. En su opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso?	3,48 (1,54)	4,40	2,97 (1,64)	2,99	0,323
18. Me sentiría amenazado por José	2,08 (1,33)	1,10	1,99 (1,20)	0,00	0,195
<b>Miedo*</b>					
3. José me aterraría	2,20 (1,41)	1,10	1,99 (1,22)	1,49	0,587
19. ¿Hasta qué punto José le asustaría?	2,60 (1,51)	1,10	2,25 (1,35)	1,49	0,587
24. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?	2,23 (1,59)	2,20	1,87 (1,24)	1,49	0,374

<b>Ayuda<sup>^</sup></b>					
8. Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema	8,24 (1,30)	91,21	8,28 (1,18)	92,54	0,618
20. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José?	7,89 (1,47)	86,81	7,96 (1,43)	88,06	0,592
21. ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José?	7,51 (1,46)	74,73	7,72 (1,38)	85,07	0,943
<b>Coerción*</b>					
5. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su medicación	7,37 (2,09)	79,12	7,16 (1,90)	67,16	<b>0,045</b>
14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?	6,51 (1,92)	57,14	5,34 (2,51)	32,84	<b>0,001</b>
25. Si estuviera a cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado	4,19 (2,28)	17,58	3,42 (2,02)	8,96	0,061
<b>Segregación*</b>					
6. Creo que José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza	2,88 (1,72)	3,30	2,88 (1,89)	2,99	0,456
15. Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico	2,25 (1,67)	3,30	2,07 (1,59)	1,49	0,238
17. ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José pudiera mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él?	2,37 (1,52)	1,10	2,00 (1,54)	1,49	0,587

<b>Evitación<sup>^</sup></b>						
7. Si fuera empresario, entrevistaría a José para un trabajo	6,45 (2,15)	61,54	5,96 (2,27)	46,27	<b>0,028</b>	
16. Compartiría el coche con José para ir al trabajo cada día	5,80 (2,36)	46,15	6,06 (2,30)	61,19	0,969	
26. Si fuera un propietario, probablemente alquilaría un apartamento a José	6,67 (2,11)	59,34	6,49 (2,22)	64,18	0,732	

\* Puntuaciones altas corresponden a valores altos en estigma.

<sup>^</sup> Puntuaciones altas corresponden a valores bajos en estigma.

<sup>1</sup> Valor de *p* para la prueba Z de diferencias entre dos proporciones.

### 6.3. Hipótesis cuatro: Diferencias de género

En las tablas 10 y 11 aparecen los resultados de la comparación entre hombres y mujeres en las distintas dimensiones del CAMI y del AQ-24 en los estudiantes de 1º y en los estudiantes de 4º. Los análisis solo mostraron diferencias significativas en el grupo de 1º en la dimensión de “coerción” del cuestionario AQ-27. Las mujeres puntuaron significativamente menos que los hombres en el nivel de coerción que estaban dispuestas a ejercer hacia las personas con trastorno mental en relación con su tratamiento.

**Tabla 10: Diferencias de género en primero**

	<b>Mujer (n=78)</b>		<b>Hombre (n=12)</b>		<i>t</i>	<i>p</i>
	media	desv. Típica	media	desv. Típica		
<b>CAMI</b>						
Autoritarismo	20,40	3,64	22,33	3,55	-1,72	0,089
Benevolencia	44,79	3,21	43,42	2,94	1,40	0,165
Restric. Social	16,54	3,04	17,75	3,67	-1,21	0,214
Percep. Comunidad	42,88	4,38	41,08	4,54	1,32	0,190

<b>AQ27</b>							
Responsabilidad	8,91	3,05	8,42	2,61	0,53	0,597	
Piedad	17,21	3,62	19,17	4,34	-1,70	0,092	
Ira	6,40	3,05	6,83	3,27	-0,46	0,649	
Peligrosidad	8,62	3,95	10,42	2,87	-1,52	0,133	
Miedo	7,09	4,14	7,00	3,67	0,07	0,944	
Ayuda	23,71	3,72	23,08	2,75	0,55	0,581	
Coerción	17,74	4,46	20,75	2,96	-2,25	0,027	
Segregación	7,37	3,96	8,75	4,16	-1,11	0,268	
Evitación	10,81	5,07	13,17	4,15	-1,53	0,129	

**Tabla 11 Diferencias de género en cuarto**

	<b>Mujer (n=56)</b>		<b>Hombre (n=11)</b>		<i>t</i>	<i>p</i>
	media	desv. Típica	media	desv. Típica		
<b>CAMI</b>						
Autoritarismo	19,61	3,55	19,27	4,34	0,28	0,874
Benevolencia	45,93	3,20	45,00	3,29	0,88	0,384
Restric. Social	16,55	4,15	16,82	4,00	-0,20	0,846
Percep. Comunidad	43,98	4,13	44,09	3,94	-0,08	0,936
<b>AQ27</b>						
Responsabilidad	7,96	3,31	6,00	2,72	1,84	0,070
Piedad	17,05	3,84	17,91	3,45	-0,69	0,495
Ira	6,16	2,87	6,27	2,41	-0,12	0,904
Peligrosidad	8,27	4,17	6,73	2,97	1,166	0,248
Miedo	6,32	3,59	5,00	1,95	1,18	0,242
Ayuda	24,04	3,47	23,55	3,05	0,44	0,664
Coerción	15,96	5,27	15,73	5,35	0,14	0,892
Segregación	7,29	4,42	5,27	3,50	1,42	0,160
Evitación	11,29	5,96	9,27	3,29	1,08	0,282

#### 6.4. Hipótesis cinco: Diferencias en función de “conocer”

La comparación de estudiantes que conocen a alguna persona con trastorno mental frente a los que no la conocen solo mostró diferencias significativas en el grupo de estudiantes de cuarto en la dimensión de “autoritarismo” del CAMI. Los estudiantes que no conocen mostraron actitudes más autoritarias que los estudiantes que sí conocían personas con trastorno mental (tablas 12 y 13).

**Tabla 12 Diferencias en función de “conocer” en primero**

		No (n=10)		Si (n=81)			
		media	desv. Típica	media	desv. Típica	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>CAMI</b>							
	Autoritarismo	21,50	4,38	20,56	3,57	0,77	0,443
	Benevolencia	43,80	2,57	44,69	3,25	-0,84	0,406
	Restric. Social	16,50	3,87	16,70	3,04	-0,19	0,847
	Percep. Comunidad	42,60	5,10	42,63	4,33	-0,02	0,984
<b>AQ27</b>							
	Responsabilidad	10,00	2,67	8,73	3,00	1,28	0,204
	Piedad	16,70	4,27	17,56	3,68	-0,61	0,498
	Ira	7,00	3,40	6,38	3,01	0,60	0,548
	Peligrosidad	9,40	4,84	8,75	3,74	0,50	0,619
	Miedo	8,10	4,84	6,90	3,97	0,88	0,382
	Ayuda	24,10	3,81	23,58	3,58	0,43	0,668
	Coerción	17,00	5,52	18,20	4,31	-0,80	0,424
	Segregación	7,50	4,40	7,51	3,98	-0,01	0,996
	Evitación	9,60	5,91	11,26	4,88	-0,99	0,324

**Tabla 13 Diferencias en función de “conocer” en cuarto**

	<b>No (n=5)</b>		<b>Si (n=62)</b>			
	media	desv. Típica	media	desv. Típica	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>CAMI</b>						
Autoritarismo	22,00	1,58	19,35	3,71	3,11	0,014
Benevolencia	43,80	4,09	45,94	3,11	-1,44	0,154
Restric. Social	17,40	4,34	16,53	4,10	0,45	0,652
Percep. Comunidad	42,40	4,22	44,13	4,07	-0,91	0,365
<b>AQ27</b>						
Responsabilidad	7,60	4,56	7,65	3,21	-0,03	0,977
Piedad	18,00	4,53	17,13	3,74	0,50	0,623
Ira	6,40	2,19	6,16	2,84	0,18	0,855
Peligrosidad	6,60	1,95	8,13	4,13	-0,82	0,417
Miedo	6,20	1,10	6,10	3,53	0,07	0,949
Ayuda	23,60	3,85	23,98	3,38	-0,24	0,809
Coerción	16,80	7,09	15,85	5,14	0,39	0,701
Segregación	10,80	5,63	6,65	4,11	2,12	0,038
Evitación	11,60	4,88	10,90	5,73	0,26	0,793

### 6.5. Hipótesis cinco: Diferencias en función de “convivir/trabajar”

El análisis de las diferencias en las distintas dimensiones del estigma evaluadas entre estudiantes que convivían o trabajaban con personas con TM mostró diferencias significativas, en primer curso, en todas las dimensiones del CAMI. Los estudiantes que vivían o trabajaban con personas con TM mostraron mayores puntuaciones en benevolencia y percepción positiva hacia la integración de su rehabilitación en la comunidad, y, al mismo tiempo, menores puntuaciones en autoritarismo y restricción social. Por su parte, los estudiantes de cuarto solo mostraron diferencias significativas en la dimensión de percepción positiva hacia la integración de su rehabilitación en la comunidad y en el mismo sentido que los estudiantes de primero (tabla 14).

Los análisis centrados en el AQ-27 también mostraron que el hecho de vivir o trabajar con una persona con TMG marcaba diferencias frente a aquellos estudiantes en los que no se daba esa convivencia. En los estudiantes de primero aparecieron diferencias significativas en las dimensiones de ira, miedo, ayuda y coerción. En todos los casos los estudiantes que no indicaron tener esa convivencia mostraron más actitudes estigmatizantes que los que sí tenían esa convivencia. En el caso de los estudiantes de cuarto solo aparecieron diferencias en la dimensión de coerción. Los estudiantes que no convivían o trabajaban con personas con TMG mostraron mayores puntuaciones en coerción que los estudiantes que sí tenían esa experiencia de convivencia (tabla 15).

**Tabla 14: Diferencias en función de “convivir/trabajar” en primero**

		<b>No (n=79)</b>		<b>Si (n=12)</b>		<i>t</i>	<i>p</i>
		media	desv. Típica	media	desv. Típica		
<b>CAMI</b>							
	Autoritarismo	20,97	3,58	18,58	3,60	2,16	0,034
	Benevolencia	44,32	3,22	46,42	2,23	-2,18	0,032
	Restric. Social	17,01	3,10	14,50	2,35	2,69	0,009
	Percep. Comunidad	42,11	4,27	46,00	3,79	-2,98	0,004
<b>AQ27</b>							
	Responsabilidad	9,01	3,01	7,92	2,68	1,19	0,237
	Piedad	17,39	3,78	17,92	3,55	-0,45	0,653
	Ira	6,77	3,13	4,33	0,98	5,39	<0,001
	Peligrosidad	9,08	3,89	7,17	3,27	1,61	0,110
	Miedo	7,41	4,19	4,58	1,68	4,18	<0,001
	Ayuda	23,28	3,68	26,00	1,48	-4,58	<0,001
	Coerción	18,51	4,22	15,17	4,95	2,50	0,014
	Segregación	7,80	4,08	5,58	2,91	1,81	0,074
	Evitación	11,46	5,03	8,58	4,10	1,88	0,063

**Tabla 15 Diferencias en función de “convivir/trabajar” en cuarto**

	<b>No (n=54)</b>		<b>Si (n=13)</b>			
	media	desv. Típica	media	desv. Típica	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>CAMI</b>						
Autoritarismo	19,89	3,76	18,15	2,91	1,55	0,125
Benevolencia	45,65	3,22	46,31	3,25	-0,66	0,510
Restric. Social	17,02	4,16	14,85	3,41	1,74	0,086
Percep. Comunidad	43,50	4,21	46,08	2,66	-2,76	0,010
<b>AQ27</b>						
Responsabilidad	7,28	3,29	9,15	2,91	-1,88	0,064
Piedad	17,50	3,75	15,92	3,71	1,36	0,177
Ira	6,31	2,81	5,62	2,69	0,81	0,419
Peligrosidad	7,98	4,05	8,15	4,02	-0,14	0,891
Miedo	6,24	3,60	5,54	2,47	0,67	0,508
Ayuda	24,06	2,86	23,54	5,16	0,49	0,625
Coerción	16,59	5,24	13,15	4,45	2,18	0,033
Segregación	7,30	4,45	5,54	3,57	1,32	0,191
Evitación	11,22	5,19	9,85	7,38	0,79	0,434

### **6.6. Hipótesis seis: Correlaciones entre conocimientos (KMI) y dimensiones del CAMI y del AQ-27**

El análisis de las correlaciones entre el nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental medido a través de KMI y las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones de estigma valoradas en el estudio no mostró resultados significativos ni en primero ni en cuarto en ninguna de las correlaciones calculadas (tabla 16).

**Tabla 16: Correlaciones KMI y dimensiones del CAMI y el AQ-27 en primero y en cuarto**

		1° (n=91)		4° (n=67)	
		Corr.	<i>p</i>	Corr.	<i>p</i>
<b>CAMI</b>					
	Autoritarismo	-0,13	0,221	-0,09	0,468
	Benevolencia	0,04	0,710	-0,05	0,680
	Restric. Social	0,08	0,449	-0,09	0,473
	Percep. Comunidad	0,12	0,276	0,150	0,218
<b>AQ27</b>					
	Responsabilidad	0,01	0,925	0,01	0,909
	Piedad	-0,06	0,572	-0,10	0,424
	Ira	0,08	0,479	-0,09	0,474
	Peligrosidad	0,05	0,652	0,08	0,520
	Miedo	-0,01	0,952	0,00	0,993
	Ayuda	0,05	0,665	0,04	0,741
	Coerción	0,06	0,577	-0,09	0,462
	Segregación	0,03	0,760	-0,15	0,214
	Evitación	-0,04	0,720	-0,10	0,423

## 7. DISCUSIÓN

El objetivo del estudio empírico fue el de evaluar el nivel de estigma social hacia el TMG en estudiantes de primer curso y de cuarto curso del grado de psicología y analizar si existen diferencias en función del curso, del género y del hecho de conocer/convivir con personas con TMG.

En relación con la primera hipótesis; “los alumnos de cuarto de grado tendrán mayores conocimientos sobre el TMG que los estudiantes de primero de grado al haber superado más cursos y adquirir más instrucción” vemos que los resultados del cuestionario que evalúa los conocimientos sobre la Enfermedad mental (KMI) (Tabla 7) muestran que no hay diferencias entre los estudiantes de cuarto y de primero. Esto hace que no se cumpla nuestra primera hipótesis, no podemos decir que exista un aumento de conocimiento de los estudiantes de cuarto sobre el TMG con respecto a los estudiantes de primero. Este resultado es cuanto menos llamativo porque es difícil asumir que, a lo largo de la carrera, los estudiantes no acumulan conocimientos sobre el trastorno mental, lo que hace pensar que el instrumento de evaluación utilizado no es adecuado, al menos en población de estudiantes universitarios. De hecho, en los dos cursos, parece que existe un efecto techo.

Los resultados obtenidos coinciden en parte con lo esperado en la segunda y tercera hipótesis, ya que tal y como hemos visto a lo largo del presente trabajo, el conocimiento sobre el trastorno mental grave y el contacto con personas con TMG, pueden afectar al cambio de actitud respecto al TMG de manera positiva (Simmons, Jones & Bradley, 2017). El conocimiento sobre la enfermedad mental se considera fundamental en el componente cognitivo del estigma, ya que un mayor conocimiento sobre la materia, puede facilitar el cambio en dicho componente y por tanto la reducción o minimización de aquellos estereotipos, creencias erróneas que se puedan tener (Medina-Mesa, Martínez-García, Morales-Sánchez, & Gil-Olarte, 2018). Esta evidencia hacía suponer que el paso por la carrera de psicología, que implica la adquisición de conocimientos específicos sobre el trastorno mental, podría conllevar una reducción en el estigma y por tanto mejores puntuaciones en las dimensiones evaluadas en los estudiantes de cuarto. Eso ha ocurrido en

las dimensiones de “benevolencia”, “integración de la rehabilitación de las personas con trastorno mental en el ámbito comunitario”, “responsabilidad” y “coerción”.

En la dimensión de Benevolencia, los alumnos de cuarto tienen una actitud más tolerante hacia el TMG y hacia quienes lo padecen y además son más propensos a pensar que es responsabilidad de todos proporcionar el mejor cuidado posible. Esta diferencia también señala que los alumnos de cuarto poseen una actitud más comprensiva que los alumnos de primero.

En estas diferencias significativas resaltan la visión protectora y de simpatía hacia la persona con trastorno mental. Aunque debemos recordar que estas actitudes podrían desembocar en el paternalismo, bajo un punto de vista de superioridad para con la persona que padece TMG. En cuanto a la dimensión de integración en el ámbito comunitario, también son los alumnos de cuarto de grado quienes muestran una mayor preocupación por el valor terapéutico de la comunidad y una mayor aceptación de la desinstitucionalización, ya que supone ayudar a las personas a tener o recuperar el control sobre sus vidas y a integrarse dentro de la sociedad.

En el caso de la dimensión de “responsabilidad” las puntuaciones en los estudiantes de cuarto es menor que en los de primero. Este hecho lo hemos podido ver a lo largo del presente trabajo cuando se hablaba de las diferentes corrientes de pensamiento dualistas, donde se debatía la dicotomía entre el determinismo o la libre voluntad en relación al grado de responsabilidad del propio TMG. Esta “responsabilidad” es parte fundamental del proceso de estigmatización ya que aparece como el nivel de controlabilidad de la característica estigmatizada (Dijker y Koomen, 2003; Weiner, Perry & Magnusson, 1988). Esta variable se muestra en menor grado en los estudiantes de cuarto, por lo que los estudiantes de último curso responsabilizan en menor grado a las personas de su trastorno o su situación en comparación con los estudiantes de primero.

Finalmente, en la dimensión de “coerción”, los estudiantes de cuarto también muestran diferencias frente a los de primero. Tienen menores actitudes coercitivas hacia las personas con TMG. En este sentido, se muestran menos restrictivos en la obligatoriedad de su tratamiento.

Los resultados no esperados en relación con lo propuesto en las hipótesis dos y tres incluyen la ausencia de diferencias entre primero y cuarto en dos de los cuatro factores de CAMI y en 7 de los nueve factores del AQ-27, en concreto en autoritarismo, restricción social, peligrosidad (creencias), piedad, ira, miedo (prejuicios), ayuda, segregación y evitación (conductas).

En el análisis más detallado del grado de acuerdo con los enunciados expresados en cada uno de los ítems del AQ-27, solo en el caso de la dimensión de “coerción” los tres ítems del dominio mostraron diferencias significativas o próximas a la significación entre los estudiantes de cuarto y los de primero. En los tres ítems los alumnos de cuarto se muestran más favorables a no obligar a las personas con TMG a seguir determinados tratamientos. En el resto de ítems solo aparecen diferencias en uno de la dimensión de responsabilidad (ítem 11), en otro de la dimensión de piedad (ítem 27) y en uno de la dimensión de evitación (ítem 7). Obviamente este análisis más detallado del AQ-27 muestra resultados coincidentes con los que aparecen al comparar los dos cursos en las puntuaciones de las diferentes dimensiones del cuestionario. Estos resultados podrían compararse también con los resultados obtenidos en los diferentes estudios a través de nuestra revisión sistemática, ya que encontramos estudios como el de Magliano et al. (2014) en el que los estudiantes de psicología, al centrarse en las causas psicosociales del TMG, son más positivos en la recuperación del mismo y aparece un menor deseo de distancia social con respecto a la población general. En el mismo sentido se manifiestan en otro estudio de la revisión, el realizado por Smith & Cashwell (2010). Otro estudio que nos habla sobre la dimensión de evitación es el de Cangas y Galván (2020) en el que los estudiantes tras una intervención de contacto, reducen el deseo de mantener una distancia social con las personas con TMG además, de mostrar bajas puntuaciones en la dimensión relacionada con la coerción.

En relación con la cuarta hipótesis, centrada en las diferencias entre hombres y mujeres, los resultados no coinciden con lo esperado inicialmente, a excepción de la diferencia encontrada en la dimensión de coerción del AQ-27 en el grupo de primero. En esa dimensión y en ese grupo, las mujeres muestran una menor actitud coercitiva hacia las personas con TMG que los hombres. La literatura ha mostrado que sí que hay diferencias en

estereotipos, en prejuicios y en comportamientos entre mujeres y hombres. Las mujeres muestran puntuaciones menos estigmatizantes (Farina, 1981; Petkari, Masedo-Gutierrez; Xavier & Moreno-Küstner, 2018; Ruiz et al., 2022). La razón por la que en los dos cursos del grado de psicología no aparecen las diferencias indicadas en la literatura podría estar en el hecho de que los hombres que eligen estudiar esta carrera, de partida, tienen menos actitudes estigmatizantes. Otra razón que también podría explicar de diferencias entre hombres y mujeres podría ser el pequeño tamaño muestral del grupo de hombres en ambos cursos.

Las hipótesis quinta y sexta exploraban el efecto que puede tener el hecho de conocer o convivir con personas con TMG sobre el estigma. La literatura ha mostrado que conocer o no a alguna persona con TMG no implica diferencias en estigma. Sin embargo, convivir con alguna persona con TMG sí que está asociado a menores niveles de estigma (Dasí, Fuentes-Durá, Blasco, Balanzá, y Ruiz, 2022). Los datos del estudio realizado muestran esas diferencias en todas las dimensiones del CAMI y en cuatro de las nueve dimensiones del AQ-27 y marginalmente en otras dos si nos centramos en los estudiantes de primer curso. En los estudiantes de cuarto el número de dimensiones en las que aparecen diferencias se reducen en comparación con los de primero. Solo hay diferencias en una de las dimensiones del CAMI, percepción positiva hacia la integración de su rehabilitación en la comunidad, y en una de las del AQ-27, coerción, aunque en este último cuestionario también hay una diferencia marginalmente significativa en otra dimensión, responsabilidad. Podría hipotetizarse que los estudiantes de cuarto, que posiblemente llevan más tiempo de convivencia con esa persona con TMG, se han sensibilizado, en el sentido de que esa convivencia ha producido más ira, más miedo y menos comportamientos de ayuda, que son dimensiones en las que aparecían diferencias en primero pero en las que han desaparecido esas diferencias en cuarto. Eso mismo ha ocurrido con las dimensiones de autoritarismo, benevolencia y restricción social del CAMI.

Finalmente, en relación con la última de las hipótesis planteadas, hay que comentar que no se obtuvieron los resultados esperados, el nivel de conocimientos sobre los trastornos mentales, pedido con el KMI, no correlaciona con ninguna de las dimensiones de estigma

evaluadas. Al igual que se ha comentado en relación con la primera de las hipótesis, este resultado podría deberse a que ese instrumento no es el más adecuado en la población de estudiantes universitarios para evaluar ese conocimiento. En la mayoría de los casos los alumnos, independientemente de su curso, puntúan alto en el cuestionario. La baja variabilidad de sus puntuaciones minimiza las posibilidades de encontrar correlaciones con las distintas dimensiones de estigma.

## 8. CONCLUSIONES

- Tal y como hemos visto a lo largo de la introducción, existe un aumento en el porcentaje de la tasa de aparición y diagnóstico de problemas relacionados con la salud mental en nuestro país. Esta tendencia al alza hace evidente la importancia de la formación de profesionales sin o con el menor grado posible de estereotipos, actitudes negativas, prejuicios y conductas discriminatorias hacia las personas con TMG.

- En los estudios que han formado parte de la revisión sistemática los resultados indican que los estudiantes de psicología en comparación con la población en general obtienen puntuaciones menos estigmatizantes.

- Tras la revisión sistemática realizada se puede concluir que es necesaria la implantación de estrategias antiestigma de contacto para que las creencias, actitudes negativas, prejuicios y conductas estigmatizantes de los estudiantes de psicología se vean reducidas y así puedan desarrollar su futura carrera profesional con la menor carga estigmatizante posible.

- El estudio empírico realizado con los estudiantes de primero y de cuarto ha mostrado que los cambios entre ambos cursos son limitados pero en las dimensiones en las que aparecen siempre implican una reducción en el nivel de estigma:

- Tanto en benevolencia como en percepción comunitaria aparece un aumento de las puntuaciones en los estudiantes de cuarto. Este aumento significativo indica una actitud más tolerante y comprensiva hacia las personas con TMG así como una mayor preocupación por el valor terapéutico que tiene la comunidad en su recuperación.

- El grado de responsabilidad y la coerción aparecen con una reducción significativa en los estudiantes de cuarto.

- A nivel comportamental es donde se encuentran las mayores diferencias entre los cursos.

## PROSPECTIVA DE LA INVESTIGACIÓN

Tras la investigación desarrollada vemos que existen diferentes puntos a tener en cuenta de cara a líneas futuras de trabajo:

- Uno de los aspectos a tener en cuenta de cara a un futuro sería la posibilidad de comparar los resultados de los mismos estudiantes de primero una vez lleguen al cuarto curso. De este modo tendríamos una comparativa más real sobre los cambios producidos en los estudiantes.

- El género, según diferentes autores, es una variable que modula el proceso de la estigmatización ya que podría modificarlo influyendo en las creencias, actitudes y conductas (Holzinger, Floris, Schomerus, Carta y Angermeyer, 2012). De forma tradicional se ha tendido a pensar que los hombres mantienen una conducta más estigmatizadora que las mujeres (Crisp et al., 2005). Por ello, una de las líneas futuras de trabajo podría dirigirse a obtener más respuesta de hombres que estudien el grado de psicología y así comprobar si se reproduce lo que aparece en la literatura para la población general.

- A pesar de obtener apoyo parcial a la mayoría de las hipótesis, sería conveniente considerar la posibilidad de comprobar si, tal y como se comenta en la literatura científica, es necesaria la implantación de una estrategia antiestigma basada en el contacto directo con las personas con TMG además de proporcionar información o conocimiento para reducir o eliminar estereotipos, actitudes negativas, prejuicios y comportamientos estigmatizantes.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Arboleda-Flórez, J. (2003). Considerations on the Stigma of Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 645-650.
- Arboleda-Flórez, J., & Sartorius, N. (Eds.). (2008). Understanding the stigma of mental illness: theory and interventions. John Wiley & Sons.
- Arque Garcia, L. (2016). Estigma y violencia contra las personas con trastornos mentales. La atención de la salud mental y los derechos humanos. *Serie Justicia y Derechos humanos*. Academia. Edu.
- Bizub, A. L., & Davidson, L. (2011). Stigma-busting, compeer, and the psychology student: A pilot study on the impact of contact with a person who has a mental illness. *The Humanistic Psychologist*, 39(4), 312-323.  
<http://dx.doi.org/10.1080/08873267.2011.618039>
- Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9.
- Boyd Ritsher, J., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Campbell, C., & Deacon, H. (2006). Unravelling the contexts of stigma: From internalization to resistance to change. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16, 411–417.
- Cangas, A. J., & Galván, B. (2020). Estudio preliminar de la utilidad de un programa de realidad virtual contra el estigma en salud mental. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 45–52.  
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1760>

- Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M. A. R., Scott, A., Staniulienė, V., & Zanotti, R. (2010). Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. *International journal of nursing studies*, 47(3), 350-362.
- Chiles, C., Stefanovics, E., & Rosenheck, R. (2017). Attitudes of students at a US medical school toward mental illness and its causes. *Academic Psychiatry*, 41(3), 320-325.
- Chiles, C., Stefanovics, E., & Rosenheck, R. (2018). Attitudes of US psychiatry residents and fellows towards mental illness and its causes: A comparison study with medical students. *Psychiatric Quarterly*, 89(3), 581-588.
- Cohen, J., & Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64(5), 349.
- Conejo Cerón, S., Moreno Peral, P., Morales Asencio, J. M., Alot Montes, A., García-Herrera, J. M., González López, M. J., ... & Moreno Küstner, B. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 37, No. 2, pp. 223-233). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Corbiere, M., Zaniboni, S., Lecomte, T., Bond, G., Gilles, P. Y., Lesage, A., & Goldner, E. (2011). Job acquisition for people with severe mental illness enrolled in supported employment programs: A theoretically grounded empirical study. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(3), 342-354.
- Corrigan, P. W., & David, L. Penn (1999), "Lessons From Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma,". *American Psychologist*, 54(9), 765-77.

- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48–67.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(7), 953-958.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 162-179.
- Corrigan, P., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J. G., & Campbell, J. (2003). Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 54(8), 1105-1110.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W., & Kleinlein, P. (2005). The Impact of Mental Illness Stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 11–44). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10887-001>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006a). The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Corrigan, P., & Lam, C. (2007). Challenging the structural discrimination of psychiatric disabilities: Lessons learned from the American disability community. *Rehabilitation Education*, 21, 53–58.

- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Ruesch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry*, 8(2), 75.
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical psychology review*, 30(8), 907-922.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsck, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10-15.
- Crespo M, Pérez-Santos E, Muñoz M, Guillén AI. Descriptive Study of Stigma Associated with Severe and Persistent Mental Illness Among the General Population of Madrid (Spain). *Community Ment Health J.* (2008) 44:393–403. doi: 10.1007/s10597-008-9142-y
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: A follow-up study within the changing minds campaign of the royal college of psychiatrists. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 4(2), 106-113.
- Crocker, J., Major, B. and Steele, C. (1998) Social Stigma. In: Gilbert, D.T., Fiske, S.T. and Lindzey, G., Eds., *The Handbook of Social Psychology*, 4th Edition, Vol. 2. Academic Press, New York, 504-553.
- Dasí, C., Fuentes-Durá, I., Blasco, P., Balanzá, V, y Ruiz, J.C (2022). Estigma público en Salud Mental: Resultados de aprendizaje de una intervención breve en el aula con estudiantes de máster. *XIX Foro Internacional sobre la evaluación sobre la calidad de la investigación y la educación superior (FECIES)* (Virtual).

- Dijker, A. J., & Koomen, W. (2003). Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill persons. *Basic and Applied Social Psychology*, 25(1), 51-68.
- Eisenberg, D., Downs, M. F., & Golberstein, E. (2012). Effects of contact with treatment users on mental illness stigma: Evidence from university roommate assignments. *Social Science & Medicine*, 75(6), 1122-1127.
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the reported and intended behaviour scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263-271.
- Finkelstein, J., Lapshin, O., & Wasserman, E. (2008). Randomized study of different anti-stigma media. *Patient Education and Counseling*, 71(2), 204-214.
- Fresán Orellana, A., Robles García, R., Cota, M., Berlanga, C., Lozano, D., & Tena, A. (2012). Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Mental*, 35(3), 215-223
- Fuster Ruiz de Apodaca, M. J. (2011). La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología Social y de las Organizaciones. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Garín, D. P. (2016). *Perceived discrimination, internalized stigma and well-being in people with mental illness* (Doctoral dissertation, UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia (España)).
- Gilaberte, I., Failde, I., Salazar, A., & Caballero, L. (2012). Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental. *Educación Médica*, 15(4), 227-233.

- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster
- González-Sanguino, C., Muñoz, M., Castellanos, M. A., Pérez-Santos, E., & Orihuela-Villameriel, T. (2019). Study of the relationship between implicit and explicit stigmas associated with mental illness. *Psychiatry Research*, 272, 663-668. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.172>
- Grandón Fernández, P., Saldívia Bórquez, S., Cova Solar, F., Bustos, C., & Turra Chávez, V. (2016). Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. *Universitas Psychologica*, 15(2), 153-162. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.apae>
- Harper, D. C. (1987). Review of Social stigma—The psychology of marked relationships [Review of the book *Social stigma—the psychology of marked relationships*, by E. Jones, A. Farina, A. Hastorf, H. Marks, D. Miller, R. Scott & R. French]. *Rehabilitation Psychology*, 32(1), 62–64.
- Hebl, M. R., & Mannix, L. M. (2003). The weight of obesity in evaluating others: A mere proximity effect. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 28–38.
- Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63, 905–925.
- Herek, G. M. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework. In *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities* (pp. 65-111).
- Hinshaw, S. P. (2009). *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*

Holzinger, A., Floris, F., Schomerus, G., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: A systematic review of population studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(1), 73. doi:10.1017/S2045796011000552

Instituto Nacional de Estadística (20 de octubre, 2022). *Psicólogos con especialización sanitaria en España*. [Fichero de datos]. Recuperado de [https://www.ine.es/buscar/searchResults.do?searchString=psicólogos+2021&Menu\\_botonBuscador=&searchType=DEF\\_SEARCH&startat=0&L=0](https://www.ine.es/buscar/searchResults.do?searchString=psicólogos+2021&Menu_botonBuscador=&searchType=DEF_SEARCH&startat=0&L=0)

Instituto Nacional de Estadística (20 de octubre, 2022). *Psicólogos con especialización sanitaria en l Comunidad Valenciana*. [Fichero de datos]. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=53293>

Junta de Andalucía. Consejería de salud y familias. (2016, 25 enero). *Cómo se crea el estigma: Medios de comunicación*. Estrategia Andaluza contra el estigma en salud mental. Recuperado 8 de noviembre de 2021, de <https://www.1decada4.es/mod/page/view.php?id=15>

Kosyluk, K. A., Al-Khouja, M., Bink, A., Buchholz, B., Ellefson, S., Fokuo, K., ... & Corrigan, P. W. (2016). Challenging the stigma of mental illness among college students. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 325-331.

Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127(2), 187.

Lacera, M. B., Hernández, Y. M., Camacho, D. P., Cervantes, P. A., Alvarado, A. B., de los Angeles Bacigalupe, M., ... & Quintero, J. C. (2019). Estigma familiar percibido por los cuidadores primarios de personas con enfermedad mental. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 16(2), 103-123.

- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., ... & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, *62*(10), e1-e34.
- Lien, Y. Y., Lin, H. S., Tsai, C. H., Lien, Y. J., & Wu, T. T. (2019). Changes in attitudes toward mental illness in healthcare professionals and students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(23), 4655. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234655>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*(1), 363-385.
- Link, B. G., & Phelan, J. (2014). Stigma power. *Social science & medicine*, *103*, 24-32.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010a). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *71*(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- López, M., & Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *27*(1), 187-223.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *28*(1), 48-83.

- López M. (2007) Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable. *L'Information psychiatrique*, 83(10), 793-799.
- Magliano, L., Read, J., Sagliocchi, A., Oliviero, N., D'Ambrosio, A., Campitiello, F., . . . Patalano, M. (2014). "Social dangerousness and incurability in schizophrenia": Results of an educational intervention for medical and psychology students. *Psychiatry Research*, 219(3), 457-463. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.002>
- Magliano, L., Read, J., Rinaldi, A., Costanzo, R., De Leo, R., Schioppa, G., & Petrillo, M. (2016). The influence of causal explanations and diagnostic labeling on psychology students' beliefs about treatments, prognosis, dangerousness and unpredictability in schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 361-369.
- Magliano, L., Rinaldi, A., Costanzo, R., De Leo, R., Schioppa, G., Petrillo, M., & Read, J. (2016). Improving psychology students' attitudes toward people with schizophrenia: A quasi-randomized controlled study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(3), 253-264. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/ort0000161>
- Mak, W. W. S., & Cheung, R. Y. M. (2008). Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 532-545
- Mann, C. E., & Himelein, M. J. (2008). Putting the person back into psychopathology: an intervention to reduce mental illness stigma in the classroom. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(7), 545-551.
- Mannarini, S., Boffo, M., Rossi, A., & Balottin, L. (2018). Etiological beliefs, treatments, stigmatizing attitudes toward schizophrenia. What do Italians and Israelis think?. *Frontiers in Psychology*, 8, 2289.

- Mannarini, S., Rossi, A., & Munari, C. (2020). How do education and experience with mental illness interact with causal beliefs, eligible treatments and stigmatising attitudes towards schizophrenia? A comparison between mental health professionals, psychology students, relatives and patients. *BMC Psychiatry*, 20, 11. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/s12888-020-02580-6>
- Margetić, B. A., Jakovljević, M., Ivanec, D., Margetić, B., & Tošić, G. (2010). Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 603-606.
- Martín Balle, M. (2019). Presencia de estigma frente el Trastorno Mental Grave en estudiantes de la Universitat de les Illes Balears.[Tesis de doctorado, Universitat de les Illes Balears]. UBIREpositori
- Medina-Mesa, Y., Martínez-García, C., Morales-Sánchez, L., & Gil-Olarte, P. (2018). Las actitudes del alumnado universitario frente a las personas con trastorno mental. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 209-218.
- Meca, J. S. (2010). Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. *Aula Abierta*, 38(2), 53-64.
- Mena Jiménez, Á. L., Bono del Trigo, Á., López Pardo, A., & Díaz del Peral, D. (2010). Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(4), 597-611.
- Michaels, P. J., Corrigan, P. W., Kanodia, N., Buchholz, B., & Abelson, S. (2015). Mental health priorities: Stigma elimination and community advocacy in college settings. *Journal of College Student Development*, 56(8), 872-875.

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. (2018). *Encuesta Nacional de Salud de España 2017*. Madrid.
- Mora, O. (2007). Voces del estigma: Percepción del estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Medica*, 48(3), 207-220.
- Mora-Ríos, J., & Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, 37(4), 303-312
- Muñoz, A. A., & Uriarte, J. J. U. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6(26), 49-59.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M y Guillem, A.I, (2009). *Estigma y enfermedad mental análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense.
- Neuberg, S. L., Smith, D. M., Hoffman, J. C., & Russell, F. J. (1994). When we observe stigmatized and “normal” individuals interacting: Stigma by association. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 196–209.
- Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., ... & Haro, J. M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150-157.
- Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales (2021) Recuperado en 29 de enero de 2021, de [https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)
- Parcesepe, A. M., & Cabassa, L. J. (2013). Public stigma of mental illness in the United States: A systematic literature review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(5), 384-399.

- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, 57, 15–24.
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C., & Bracke, P. (2014). Public stigma and self-stigma: Differential association with attitudes toward formal and informal help seeking. *Psychiatric Services*, 65(2), 232-238.
- Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis e investigación. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1, 39-50
- Pérez Garín, D. A. (2016). Perceived discrimination, internalized stigma and well-being in people with mental illness. Tesis de doctorado, Escuela Internacional de Doctorado EIDUNED. Fundación Dialnet
- Pescosolido, B. A., Perry, B. L., Martin, J. K., McLeod, J. D., & Jensen, P. S. (2007). Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatric Services*, 58(5), 613-618.
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). “A disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1321-1330.
- Pescosolido, B. A. (2013). The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1), 1–21. <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>
- Petkari, E. (2017). Building beautiful minds: Teaching through movies to tackle stigma in psychology students in the UAE. *Academic Psychiatry*, 41(6), 724-732. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s40596-017-0723-3>

- Phelan, J. C., Bromet, E. J., & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 115–126.
- Phelan, J. C. (2005). Geneticization of deviant behavior and consequences for stigma: The case of mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(4), 307-322.
- Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Landau, S. (1999). A social-psychological analysis of HIV-related stigma: A two-factor theory. *American Behavioral Scientist*, 42(7), 1193-1211.
- Pryor, J. B., Reeder, G. D., Yeadon, C., & Hesson-McInnis, M. (2004). A dual-process model of reactions to perceived stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(4), 436.
- Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Monroe, A. E. (2012). The infection of bad company: Stigma by association. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 224–241.
- Real Academia Española. (s.f). Estigma. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 29 de enero de 2021, de <https://dle.rae.es/estigma>
- Real Academia Española. (s.f). Estereotipo. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado 6 de junio de 2021, de <https://dle.rae.es/estereotipo#otras>
- Real Academia Española. (s.f). Prejuicio. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado 6 de junio de 2021, de <https://dle.rae.es/prejuicio?m=form>
- Real Academia Española. (s.f). Discriminar. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado 6 de junio de 2021, <https://dle.rae.es/discriminar?m=form>
- Real Academia Española. (s.f). Marca. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado 6 de junio de 2021 <https://dle.rae.es/marca?m=form>

- Reddy, F., Spaulding, W. D., Jansen, M. A., Menditto, A. A., & Pickett, S. (2010). Psychologists' roles and opportunities in rehabilitation and recovery for serious mental illness: A survey of Council of University Directors of Clinical Psychology (CUDCP) clinical psychology training and doctoral education. *Training and Education in Professional Psychology, 4*(4), 254.
- Reinke, R. R., Corrigan, P. W., Leonhard, C., Lundin, R. K., & Kubiak, M. A. (2004). Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(3), 377-389.
- Restrepo, M. U., Mora, O. L., & Rodríguez, A. C. C. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica, 48*(3), 207-220.
- Ruiz, J. C., Fuentes-Durá, I., López-Gilberte, M., Dasí, C., Pardo-García, C., Fuentes-Durán, M. C., ... & Balanza-Martínez, V. (2022). Public stigma profile toward mental disorders across different university degrees in the University of Valencia (Spain). *Frontiers in Psychiatry, 13*, 1846.
- Rusch, N., Corrigan, P. W., Todd, A. R., & Bodenhausen, G. V. (2011). Automatic stereotyping against people with schizophrenia, schizoaffective and affective disorders. *Psychiatry Research, 186*, 34–39.
- Scambler, G., & Paoli, F. (2008). Health work, female sex workers and HIV/ AIDS: Global and local dimensions of stigma and deviance as barriers to effective interventions. *Social Science and Medicine, 66*, 1848–1862.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry, 19*(2), 137-155.

- Serrano, M. Á. B. (2010). Requisitos éticos en los proyectos de investigación. Otra oveja negra. *Seminarios de la fundación Española de Reumatología*, 11(1), 7-13.
- Simmons, L., Jones, T., & Bradley, E. (2017). Reducing mental health stigma: the relationship between knowledge and attitude change. *European Journal of Mental Health*, 1(12), 25-40.
- Simón Alonso, L. D. (2015). *Modificación del estigma asociado a la enfermedad mental: Evaluación de una intervención en institutos de enseñanza secundaria obligatoria en Navarra*. [Tesis Doctorado, Universidad Autónoma de Madrid]. UAM Repositorio
- Smith, A. L., & Cashwell, C. S. (2010). Stigma and mental illness: Investigating attitudes of mental health and non-mental-health professionals and trainees. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 49(2), 189-202.
- Solís, P. (2017). Discriminación estructural y desigualdad social. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Conapred. Mexico
- Strassle, C. G. (2018). Reducing mental illness stigma in the classroom: An expanded methodology. *Teaching of Psychology*, 45(4), 351-357. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0098628318796922>
- Struening, E. L., Perlick, D. A., Link, B. G., Hellman, F., Herman, D., & Sirey, J. A. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric services*, 52(12), 1633-1638.
- Stutterheim, S. E., Pryor, J. B., Bos, A. E., Hoogendijk, R., Muris, P., & Schaalma, H. P. (2009). HIV-related stigma and psychological distress: The harmful effects of specific stigma manifestations in various social settings. *AIDS*, 23, 2353–2357.

- Suárez, E. C. (1982). Los procesos de atribución causal. *Estudios de psicología*, 3(12), 33-45.
- Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. (2013). Estrategias de lucha contra el estigma. *Dossier del Tercer Sector*, 26
- Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M., & Soza, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.
- Tillman, D. R., Hof, D. D., Pranceviciene, A., Endriulaitienė, A., Markšaitytė, R., & Žardekaitė-Matulaitienė, K. (2018). Social distance from mental illness among counseling, social work, and psychology students and helping professionals. *Journal for Social Action in Counseling & Psychology*, 10(1), 24-37.
- Tippin, G. K., & Maranzan, K. A. (2019). Efficacy of a Photovoice-based video as an online mental illness anti-stigma intervention and the role of empathy in audience response: A randomized controlled trial. *Journal of Applied Social Psychology*, 49(6), 381-394.
- Taylor, S., & Dear, M. (1981). Scaling community attitudes toward mental ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 225-240.
- Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H., & Wade, N. G. (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 311.
- Watson, A. C., Otey, E., Westbrook, A. L., Gardner, A. L., Lamb, T., Corrigan, P. W., & Fenton, W. S. (2004). Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 563-572. Recuperado de <http://0-dx.doi.org.fama.us.es/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007100>

- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548.
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5), 738.
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 73-93.
- Zárate, J., Davila, A., Illanes, M., Gioacchini, C., Sananez, G., Hunziker, C., ... & Denti Castañón, F. (2020). Salud Mental Y Estigma: Análisis Sobre La Formación Profesional En Psicología. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5(6), 153-167.
- Zilboorg, G., & Henry, G. W. (1941). *A history of medical psychology*. W W Norton & Co.
- Zimmerman, H., Riordan, B. C., Winter, T., Bartonicek, A., & Scarf, D. (2020). Are new zealand psychology students more susceptible to essentialist explanations for mental illness? neuroessentialism and mental illness stigma in psychology and non-psychology students. *New Zealand Journal of Psychology (Online)*, 49(3), 16-22. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/are-new-zealand-psychology-students-more/docview/2500512428/se-2?accountid=14777>

## ÍNDICE ABREVIATURAS

<b>a.C</b>	Antes de Cristo
<b>AQ9</b>	Mental Illness Stigma Attribution Questionnaire. <b>Reduced versión</b>
<b>AQ27</b>	Cuestionario de Atribución de estigma hacia las enfermedades mentales
<b>CAMI</b>	Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental
<b>CIE-10</b>	Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud
<b>COVID-19</b>	Coronavirus disease – 19
<b>CPA</b>	Cuestionario de Concepto Público de Agresividad
<b>CV</b>	Comunidad Valenciana
<b>d.C</b>	Después de Cristo
<b>DS</b>	Escala Distancia Social
<b>TMG</b>	Trastorno Mental Grave
<b>ENSE</b>	Encuesta Nacional de Salud de España
<b>FEM</b>	Cuestionario sobre la familiaridad con la enfermedad mental
<b>IAT</b>	Implicit Association Test
<b>IMC</b>	Escala de Creencias hacia la Enfermedad Mental

<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>OMI</b>	Escala de Opiniones sobre la Enfermedad Mental en Población
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OMS-HC</b>	Escala de Estigma de la Mente Abierta para Proveedores de Salud
<b>OR</b>	Operador de búsqueda bibliográfica booleana referido a comparación
<b>PRISMA</b>	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
<b>PROQUEST</b>	Biblioteca de bases de datos
<b>PSICODOC</b>	Base de datos internacional de psicología
<b>PSYCINFO</b>	Base de datos publicada por la American Psychological Association
<b>PUBMED</b>	Motor de búsqueda de libre acceso que permite consultar principal y mayoritariamente los contenidos de la base de datos MEDLINE
<b>PUBPSYCH</b>	Sistema de recuperación de información de acceso abierto vertical para recursos psicológicos
<b>RAE</b>	Real Academia Española de la lengua
<b>RIBS</b>	Reported and Intended Behavior Scale
<b>SDS</b>	Escala de distancia social
<b>QO</b>	Cuestionario opiniones sobre la enfermedad mental

## ÍNDICE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

**Tablas:**

- Tabla 1: Datos ENSE en España
- Tabla 2: Psicólogos con especialización sanitaria en 2019 en España
- Tabla 3: Términos clave utilizados en la búsqueda
- Tabla 4: Resumen principales datos obtenidos de los estudios descriptivos sobre el estigma hacia el TMG en estudiantes de psicología
- Tabla 5: Resumen principales datos obtenidos de los estudios en los que se ha utilizado una estrategia de reducción del estigma
- Tabla 6: Instrumentos y variables del estudio
- Tabla 7: Características demográficas y puntuaciones en el KMI en los dos grupos.
- Tabla 8: Comparación entre las dimensiones de CAMI y AQ27 en los grupos
- Tabla 9: Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en cada ítem del AQ-27 y porcentaje de estudiantes que está de acuerdo con el enunciado que aparece en cada uno de los ítems del AQ-27 en las dos muestras de estudiantes
- Tabla 10: Diferencias de género en primero
- Tabla 11: Diferencias de género en cuarto
- Tabla 12: Diferencias en función de “conocer” en primero
- Tabla 13: Diferencias en función de “conocer” en cuarto
- Tabla 14: Diferencias en función de “convivir/trabajar” en primero
- Tabla 15: Diferencias en función de “convivir/trabajar” en cuarto
- Tabla 16: Correlaciones KMI y dimensiones del CAMI y el AQ-27 en primero y en cuarto

**Gráficos:**

- Gráfico 1: Personas diagnosticadas con Enfermedad Mental Grave en España
- Gráfico 2: Nuevos psicólogos con especialización sanitaria en 2021 en la Comunidad Valenciana

**Figuras:**

- Figura 1: Diagrama de flujo de la revisión sistemática

## **ANEXOS**

### Anexo I: RIBS – Subescala FEM

Instrucciones: Las siguientes cuestiones preguntan sobre sus experiencias y visión en relación a la gente que tiene problemas de salud mental (por ejemplo, gente atendida por personal sanitario).

Para cada cuestión 1-4 por favor conteste marcando sólo una casilla. (Sí - No - No lo sé)

		SI	NO	NO SE
1	¿Está actualmente, o ha vivido alguna vez con alguien con un problema de salud mental?			
2	¿Está actualmente trabajando, o ha trabajado alguna vez con alguien con un problema de salud mental?			
3	¿Tiene actualmente, o ha tenido alguna vez un vecino con un problema de salud mental?			
4	¿Tiene actualmente, o ha tenido alguna vez un amigo cercano con un problema de salud mental?			

## **Anexo 2: Cuestionario de conocimientos sobre la enfermedad mental (KMI)**

Lo que dicen las siguientes frases, ¿qué crees que es, verdadero (V) o falso (F)? Rodea tu respuesta con un círculo.

1. La depresión es lo mismo que estar triste.

V - F

2. La enfermedad mental es como otras enfermedades porque una persona que la tiene presenta síntomas que un médico puede diagnosticar.

V - F

3. Las personas que tienen un familiar con una enfermedad mental tienen más probabilidades de tener una enfermedad mental.

V - F

4. El cerebro de una persona sana funciona igual que el de una persona con enfermedad mental.

V - F

5. Una persona que no recibe tratamiento para la depresión puede sentirse mejor después de un tiempo, pero puede haber algunos efectos duraderos.

V - F

6. La gravedad de la enfermedad mental de una persona depende de muchas cosas, incluidos sus genes y el entorno familiar.

V - F

7. Una persona usa su cerebro para aprender, pero el corazón controla sus sentimientos.

V - F

8. La mayoría de las personas con enfermedades mentales pueden hacer cosas normales como ir a la escuela o tener un empleo.

V - F

9. Tratar las enfermedades mentales puede cambiar la forma en que funciona el cerebro.

V - F

10. Las personas con depresión no necesitan ver a un médico, simplemente lo superan.

V - F

11. La depresión es una enfermedad.

V - F

12. No existen tratamientos que funcionen para la mayoría de las enfermedades mentales.

V - F

13. Los estudiantes y otras personas que tienen una enfermedad mental no pueden aprender.

V - F

### Anexo 3: Escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental - CAMI

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. El concepto de personas con enfermedades mentales se refiere a personas que necesitan tratamiento para trastornos mentales, pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital. Debes marcar con un círculo la respuesta que refleja más adecuadamente tu reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante. No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente. Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.

1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

#### Anexo 4: Cuestionario de atribución AQ27

#### **POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ACERCA DE JOSÉ:**

José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Vive solo en un piso y trabaja como empleado en un importante bufete de abogados. Ha sido hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad.

**AHORA CONTESTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE JOSÉ. RODEE CON UN CIRCULO EL NUMERO DE LA RESPUESTA MÁS ADECUADA A CADA PREGUNTA.**

1. Me sentiría violentado a causa José.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En absoluto								Muchísimo

2. Me sentiría inseguro cerca de José.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
No, en absoluto								Sí, muchísimo

3. José me aterraría.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En absoluto								Muchísimo

4. ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En absoluto								Muchísimo

5. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su medicación.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
En absoluto							Muchísimo	

6. Creo que José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
En absoluto							Muchísimo	

7. Si fuera empresario, entrevistaría a José para un trabajo

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
No es probable							Muy probablemente	

8. Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
En absoluto							Muchísimo	

9. Sentiría pena por José.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Ninguna en absoluto							Muchísima	

10. Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
No, en absoluto							Sí, totalmente	

11. ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación actual de José?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
No hay ningún control personal							Completamente bajo control personal	

12. ¿En qué medida se sentiría irritado por José?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
En absoluto							Muchísimo	

13. En su opinión, ¿hasta que punto es José peligroso?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
En absoluto							Muchísimo	

14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
En absoluto							Muchísimo	

15. Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
En absoluto							Muchísimo	

16. Compartiría el coche con José para ir al trabajo cada día.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
No es probable							Muy probablemente	

17. ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José pudiera mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
En absoluto							Muchísimo	

18. Me sentiría amenazado por José.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
No, en absoluto							Sí, muchísimo	

19. ¿Hasta qué punto José le asustaría?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
En absoluto							Muchísimo	

20. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Definitivamente no ayudaría							Definitivamente ayudaría	

21. ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Ninguna certeza							Absoluta certeza	

22. ¿Hasta qué punto comprende a José?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
En absoluto							Muchísima	

23. En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
No es responsable en absoluto								Muy responsable

24. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
En absoluto								Muchísimo

25. Si estuviera a cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
En absoluto								Muchísimo

26. Si fuera un propietario, probablemente alquilaría un apartamento a José.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
No es probable								Muy probablemente

27. ¿Cuánta preocupación sentiría por José?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Ninguna, en absoluto								Muchísima