

Núria Colom Nichols

**UNA MIRADA HACIA EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Dra. Anna Huguet Roselló

Grado de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2021

ÍNDICE

1.	<i>Introducción</i>	5
1.1.	Concepto de enfermedad mental	5
1.2.	Prevalencia de enfermedades mentales en los estudiantes universitarios 6	
1.3.	Obstáculos en la búsqueda de tratamiento: el estigma como barrera..	7
1.4.	Conceptualización del estigma	8
1.5.	Evaluación del estigma.....	9
1.6.	Variables personales en el respaldo del estigma	10
1.6.1.	El género	11
1.6.2.	La familiaridad con las enfermedades mentales	12
1.6.3.	Educación en el ámbito de la salud mental	13
1.7.	Objetivos e hipótesis del estudio	15
2.	<i>Metodología</i>	15
2.1.	Procedimiento.....	16
2.2.	Muestra	16
2.3.	Instrumentos.....	16
2.4.	Análisis de los resultados	19
3.	<i>Resultados</i>	20
3.1.	Descripción de la muestra	20
3.2.	Descripción de la variable de estigma.....	20
3.3.	Evaluación de la posible influencia del género en el respaldo del estigma 22	
3.3.	Evaluación de la posible influencia de la familiaridad en el respaldo del estigma23	
3.3.2.	Evaluación de la posible influencia del grado de familiaridad reagrupado en 3 grupos	27
3.	<i>Discusión</i>	30

4.1.	Evaluación del estigma hacia las personas con enfermedad mental entre estudiantes de grado de la Universidad Rovira i Virgili	31
4.2.	Efecto de la variable de género en el respaldo del estigma	33
3.3.	Efecto de la variable de familiaridad en el respaldo del estigma	35
4.	<i>Conclusiones</i>	38
5.	Limitaciones y fortalezas del estudio.....	38
6.	Futuras líneas de investigación	39
7.	Agradecimientos	40
8.	<i>Bibliografía</i>	40

Resumen/Abstract

Los estudiantes universitarios representan un grupo de la población con una elevada tasa de prevalencia de problemas de salud mental en comparación con la población general. A pesar de esto, muchos jóvenes siguen sin saber cómo manejar los síntomas y acceder al tratamiento. El conjunto de actitudes negativas por parte de la sociedad hacia las personas con enfermedades mentales es conocido como estigma público de la enfermedad mental, y la literatura ha demostrado que constituye una barrera esencial en la búsqueda y adhesión al tratamiento que ofrecen los servicios de salud mental. El presente estudio tenía como objetivo principal la evaluación del estigma de la enfermedad mental entre los estudiantes de grado de la Universidad Rovira i Virgili (URV) de Tarragona (España). El segundo objetivo era determinar la influencia de 2 variables personales de un sujeto en su nivel de respaldo del estigma público: el género y la familiaridad con las enfermedades mentales. Para ello se invitó vía correo electrónico a los estudiantes a participar en la investigación completando un cuestionario online que incluía las escalas Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI) y Level of Contact Report (LCR). Los resultados encontrados indicaron que los estudiantes de grado de la URV eran más propensos a mostrar comprensión y voluntad de acercamiento hacia las personas con enfermedades mentales que a considerarlas una amenaza para la sociedad y abogar por la coerción. Los estudiantes de género femenino mostraron un nivel de respaldo del estigma menor que los de género masculino. La relación encontrada entre estigma y familiaridad no fue concluyente.

College students represent a population group with a high prevalence rate of mental health problems compared to the general population. Despite this, many young people remain unaware of how to manage symptoms and access treatment. The set of negative attitudes on the part of society towards people with mental illness is known as public stigma of mental illness, and the literature has shown that it constitutes an essential barrier in seeking and adhering to treatment offered by mental health services. The present study had as its main objective the evaluation of mental illness stigma among undergraduate students at the Rovira i Virgili University (URV) in Tarragona (Spain). The second objective was to determine the influence of 2 personal variables of a subject on their level of public stigma endorsement: gender and familiarity with mental illness. To this end,

students were invited via e-mail to participate in the research by completing an online questionnaire that included the Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI) and Level of Contact Report (LCR) scales. The results found indicated that URV undergraduate students were more likely to show understanding and willingness to reach out to people with mental illness than to consider them a threat to society and advocate coercion. Female students showed a lower level of stigma endorsement than male students. The relationship found between stigma and familiarity was inconclusive.

Palabras clave

Enfermedad mental, estigma, estudiantes universitarios, género, familiaridad

[1. Introducción](#)

[1.1. Concepto de enfermedad mental](#)

Establecer una distinción precisa entre la normalidad y la psicopatología no es una tarea fácil. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) (American Psychiatric Association, 1952) ha sido elaborado con el fin de abordar esta cuestión, proporcionando una conceptualización de trastorno mental que ha ido evolucionando a lo largo de sus distintas versiones (Pierre 2010). Como parte del proceso de desarrollo de su última versión, el DSM-V, los investigadores han vuelto a explorar el concepto de trastorno mental y han destacado la necesidad de realizar trabajos adicionales en este ámbito (Rounsaville et al., 2002). En el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), el trastorno mental se define como un síndrome o patrón conductual o psicológico que ocurre en un individuo, las consecuencias del cual provocan un malestar clínicamente significativo o el deterioro del funcionamiento en una o más áreas importantes de la vida del sujeto. Es el reflejo de una disfunción psicobiológica subyacente (Stein, Phillips, Bolton, Fulford, Sadler y Kendler 2010).

Los trastornos mentales pueden afectar a cualquier persona independientemente de factores como: la edad, el género, la situación demográfica, el salario, el estatus social, la raza/etnicidad, la religión/espiritualidad, la orientación sexual; u otros aspectos de la identidad cultural. En el National Comorbidity Study Replication (Kessler et al., 2005) descubrieron que la mitad de los casos crónicos

tenían su inicio a la edad de 14 años y tres cuartas partes del total a la edad de 24 años. Estos trastornos pueden tomar diferentes formas. Algunos son leves mientras que otros interfieren de forma significativa en el día a día de la persona. Las enfermedades mentales graves conllevan un deterioro funcional significativo, que puede llegar a limitar substancialmente las principales actividades de la vida de la persona.

1.2. Prevalencia de enfermedades mentales en los estudiantes universitarios

Los años de universidad son un periodo álgido para la aparición de muchos trastornos mentales comunes, especialmente trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de abuso de sustancias (de Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi, y McGorry, 2012; Kessler et al., 2007). El periodo de formación universitaria suele transcurrir durante la edad adulta temprana, una etapa que se caracteriza según Sussman y Arnett (2014) por 5 dimensiones: (i) la exploración de la identidad, (ii) el sentimiento de encontrarse en un punto intermedio, (iii) las posibilidades de entretenimiento, (iv) el enfoque hacia uno mismo; y (v) la inestabilidad. Todas estas dimensiones son integrantes de un desarrollo normativo. Sin embargo, cada una de ellas conlleva implicaciones para la salud mental, especialmente durante un periodo en el cual existe una alta probabilidad de abandono del tratamiento (Auerbach et al., 2016; Stroud, Mainero, y Olson, 2013). La inestabilidad puede contribuir a la disminución del soporte social y al incremento del estrés, factores que pueden propiciar la aparición de trastornos mentales (Slavich y Auerbach, 2018). Por consiguiente, no es de extrañar que los estudios epidemiológicos muestren altos índices de prevalencia de estos trastornos entre la comunidad de estudiantes universitarios (Hunt y Eisenberg, 2010; Ibrahim, Kelly, Adams, y Glazebrook, 2013; Pedrelli, Nyer, Yeung, Zulauf, y Wilens, 2015). En 2018 se llevó a cabo un estudio como parte del proyecto World Mental Health International College Student Project (WMH-ICS), de la Organización Mental de la Salud (OMS), en el cual se administraron a estudiantes universitarios de primer año una serie de cuestionarios en 19 universidades de 8 países: Australia, Bélgica, Alemania, México, Irlanda del Norte, África del Sur, España y Estados Unidos. Al menos un tercio de los participantes declararon haber padecido al menos un trastorno común de ansiedad, del estado del ánimo o por sustancias del DSM-IV (Auerbach et al., 2018). Este hallazgo es ampliamente consistente con los resultados de encuestas

anteriores (Blanco et al., 2008; Cho et al., 2015; Eisenberg et al., 2007; Kendler et al., 2015).

1.3. Obstáculos en la búsqueda de tratamiento: el estigma como barrera

A pesar de que los adolescentes y los adultos jóvenes (de 16 a 24 años) presentan la mayor prevalencia de problemas de salud mental (Kessler et al., 2007), muchos jóvenes adultos siguen sin saber cómo manejar los síntomas y acceder al tratamiento (Mendenhall et al., 2014). Distintas investigaciones han arrojado luz a la cuestión de las barreras y los facilitadores en la búsqueda de tratamiento de salud mental entre los jóvenes, permitiendo identificar varios factores clave. En el estudio de Gulliver et al., (2010), el estigma y la vergüenza a la hora de buscar ayuda surgen como la barrera más destacada, mientras que la preocupación por la divulgación y la confidencialidad encabeza la lista de barreras en la investigación de Clément et al., (2015). Por otro lado, la escasa alfabetización en salud mental, es decir, la falta de conocimientos sobre el reconocimiento, la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales, es otra de las principales barreras encontradas (Gulliver et al., 2010; Rüsck et al., 2014; Bonavi et al., 2016). Existe evidencia creciente de que una mayor alfabetización en salud mental se asocia con actitudes positivas hacia la búsqueda de ayuda profesional y el uso de servicios de salud mental (Jorm et al., 2000). En el caso de los hombres, en particular, los estereotipos de género (masculinidad, estoicismo, emocionalidad restringida) pueden interactuar con los estereotipos de enfermedad mental (debilidad de carácter) para intensificar el efecto del estigma en la búsqueda de ayuda (Jud et al., 2008). Finalmente, las experiencias previas positivas con los servicios de salud mental y el apoyo social facilitan la búsqueda de ayuda, pues este último puede reducir el miedo a ser estigmatizado (Rickwood et al., 1994). En resumen, dichos estudios sugieren que el uso adecuado de los servicios de salud mental entre los estudiantes universitarios dependerá en gran medida de su grado de respaldo del estigma hacia las enfermedades mentales. De este modo, las intervenciones que persigan promover el acceso a los servicios de ayuda de salud mental entre los estudiantes universitarios deberán tener en cuenta las actitudes estigmatizadoras a la hora de diseñar programas eficaces, lo que nos lleva a considerar la evaluación del estigma de la enfermedad mental en la comunidad universitaria como un paso previo fundamental para poder diseñar a posteriori una actuación que pretenda modificar este conjunto de actitudes.

1.4. Conceptualización del estigma

Erving Goffman, en su obra *La Identidad Deteriorada* (1963), define el estigma como un atributo que convierte a su poseedor en una persona menos apetecible a ojos de la sociedad, provocando un amplio descrédito o desvalorización de esta persona (Goffman 1963; p. 3). Con la finalidad de abordar brevemente la conceptualización del estigma en la enfermedad mental, recogeremos los aspectos descritos en 2 trabajos, que han sido ampliados y desarrollados hasta la fecha: el de Link y Phelan (2001) en primer lugar y el de Corrigan y Watson (2002) en segundo. Desde la perspectiva de Link y Phelan (2001), el proceso de estigmatización ocurre cuando tienen lugar una serie de elementos en una situación de poder que permite su despliegue. Primero ocurre el elemento de etiquetado o "labeling", en el cual las personas identifican y etiquetan las diferencias existentes entre ellas. Existen muchas diferencias entre las personas, pero la sociedad selecciona cuáles de ellas son relevantes y susceptibles de etiquetamiento. A continuación, tiene lugar la creación de estereotipos, "stereotyping", pues las creencias culturales dominantes vinculan a las personas que poseen una etiqueta con ciertas características desagradables. El tercer componente consiste en ubicar a las personas etiquetadas en distintas categorías para lograr una separación del "nosotros" frente al "ellos". En última instancia, las personas etiquetadas experimentan una pérdida de estatus y discriminación. Corrigan y Watson (2002) introducen 3 elementos haciendo referencia a las dimensiones del estigma cognitiva, afectiva y conductual respectivamente: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. Los estereotipos son estructuras de conocimiento compartidas por la mayoría de los miembros de una sociedad, basadas en opiniones colectivas sobre determinados grupos de personas. Por otro lado, los prejuicios se pueden definir como las predisposiciones afectivas hacia una persona estigmatizada como resultado de la asimilación de los estereotipos. Las respuestas conductuales derivadas de los prejuicios conducen a la discriminación. Los estereotipos y los prejuicios por si solos no son condiciones suficientes para que se produzca el fenómeno del estigma, pues para estigmatizar es necesario tener poder social, económico y político. De esta forma, cuando un grupo de personas estigmatiza a otro colectivo, si el primero carece de poder en la estructura social, en la práctica no habrá consecuencias graves para el segundo.

1.5. Evaluación del estigma

Los componentes de la teoría de Link y Phelan (2001) que han sido evaluados de forma más frecuente son los estereotipos, seguidos por la expectativa de pérdida de estatus y discriminación (Link, Phelan y Collins 2004). Existen numerosos métodos para la medición del estigma social; sin embargo, la escala más usada a nivel internacional a día de hoy es la Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI, Taylor y Dear 1981), creada a partir de la Opinions about Mental Illness (OMI, Cohen y Struening 1962), y que en su momento fue también la más utilizada en la investigación del estigma. La OMI presenta importantes fortalezas, entre las cuales destaca la complejidad de sus ítems, que tienden a provocar cierta reacción emocional al participante debido a su patetismo. Otra ventaja de la OMI es su amplia cobertura de los aspectos que guardan relación con los componentes identificados por Link y Phelan (2001). La escala ha sido utilizada durante un largo periodo de tiempo en distintas poblaciones. Sin embargo, desde su creación salieron a la luz nuevos aspectos, como por ejemplo la política social de desinstitutionalización, y la creciente importancia de los factores genéticos en la etiología de las enfermedades mentales (Link, Phelan y Collins 2004). Este fue uno de los principales motivos que empujó a Taylor y Dear a elaborar la escala Community Attitudes towards Mental Illness, una versión abreviada, revisada y actualizada de la Opinions about Mental Illness. Usaron la OMI como base conceptual, con el objetivo de regenerar 3 de los 5 factores de esta: autoritarismo, benevolencia y restrictividad social. Además, crearon un cuarto factor para evaluar la ideología de la comunidad entorno la salud mental comunitaria (Taylor, Dear y Hall 1979; Taylor y Dear 1981). La CAMI constituye hoy en día la escala más usada a nivel internacional para valorar el estigma social hacia las personas con enfermedad mental en la comunidad.

Se pueden distinguir 3 niveles de estigma (Corrigan y Watson 2004, Livingston y Boyd 2010, Ritscher y Phelan 2004). El primero se trata del nivel estructural, refiriéndose a las instituciones y las cuestiones legales y sociopolíticas (Corrigan, Roe y Tsang 2011). El segundo consiste en el estigma público, que corresponde al que mantiene la población general. Por último, se encuentra el nivel de estigma internalizado, también conocido como "auto-estigma", derivado de la aceptación por parte de las personas estigmatizadas de las creencias estereotipadas sobre su condición, y que suelen causar autoestima y autoeficacia bajas (Yang et al 2013).

En el presente estudio se realizará un análisis a nivel de estigma público, pues son las opiniones de los estudiantes universitarios las que se usarán como objeto de medida.

1.6. Variables personales en el respaldo del estigma

El estigma se manifiesta de forma diferenciada en función de algunas variables personales. La investigación ha evidenciado la influencia del género, la edad, el nivel cultural y el conocimiento directo y contacto personal de los individuos con personas con trastornos mentales en el grado de respaldo del estigma. Así pues, parece ser que las actitudes suelen ser menos negativas en personas de género femenino (aunque los datos al respecto son contradictorios), con edades más jóvenes, mayor nivel cultural, y sobretodo, mayor conocimiento y contacto directos con personas con enfermedades mentales, dos aspectos que podrían englobarse bajo el concepto de familiaridad (Farina 1998; Corrigan y Watson 2002; Angermeyer y Dietrich 2006; Corrigan y Watson 2007; Angermeyer; Matschinger y Corrigan 2004; Anglin, Link y Phelan 2006; Couture y Penn 2003). También se ha encontrado un mayor respaldo del estigma en hogares con presencia de menores (Brockington, Hall, Levings y Murphy 1993).

A continuación, nos centraremos en las variables del género y la familiaridad con las enfermedades mentales. Se han escogido estos factores como variables de estudio por 3 razones: en primer lugar, porque los resultados en cuanto a la influencia del género son contradictorios (Farina 1998; Angermeyer y Dietrich 2006; Man y Himelein 2001; Watson, Miller y Lyons 2011). Por lo tanto, el presente estudio puede arrojar luz a fin de esclarecer la cuestión. En segundo lugar, porque la familiaridad aparece en todos los estudios como un factor clave en el respaldo del estigma (Angermeyer, Matschinger y Corrigan 2004; Corrigan et al., 2001; Couture y Penn 2003). Para probar la adecuación del modelo de la curva en forma de U propuesto por Pepet y Marieta. Para ver si a más familiaridad, menos estigma, hasta que la familiaridad es bastante elevada y entonces la relación se invierte y pasa a ser a más familiaridad más estigma.

1.6.1. El género

En el análisis de dos completas revisiones de la investigación sobre el efecto del género en el respaldo del estigma (Farina 1981; 1998), se concluyó que los resultados son poco claros y dependen de si las variables dependientes representan actitudes o conducta discriminatoria. De los 27 estudios que el autor examinó, 14 no mostraron diferencias significativas en el respaldo de las actitudes estigmatizadoras entre mujeres y hombres. Sin embargo, cuando las conductas discriminatorias eran incluidas en el diseño de la investigación, se encontraron 5 muestras diferentes en las cuales las mujeres tenían menos tendencia a respaldar este tipo de comportamiento que los hombres. Más adelante, un estudio realizado en población coreana mostró que los hombres y las mujeres no diferían en la expresión de prejuicios. Sin embargo, sin controlar los prejuicios, la distancia social aumentaba en las mujeres, en las personas mayores, en las personas con un alto nivel educativo y en las regiones con una comunidad de edad avanzada (Jang et al., 2012). Por otro lado, los resultados de un estudio realizado con profesionales de Enfermería en 5 países europeos mostraron que en Finlandia, Lituania, Irlanda, Italia y Portugal las mujeres presentaban más actitudes positivas hacia las personas con enfermedades mentales que los hombres (Chambers et al., 2010). Corrigan y Watson (2007) también encontraron que los hombres, en general, tenían una percepción más negativa de las enfermedades mentales que las mujeres, las cuales mostraban menos prejuicios y actos de discriminación. Tales resultados podrían ser explicados por una mayor sensibilidad de las mujeres a los efectos del estigma, debido a que también forman parte de un colectivo que experimenta prejuicios (Keough y García, 2000; LaFrance, Henley, Hall y Halberstadt, 1997). No obstante, en el mismo estudio de Corrigan y Watson se analizan las actitudes de personas pertenecientes a grupos étnicos minoritarios en Estados Unidos, y aunque estas personas también experimentan prejuicios en virtud de su pertenencia a un grupo, no demuestran ser menos propensas a respaldar el estigma; por el contrario, parecían ser más propensas en algunos puntos de la encuesta (Corrigan y Watson 2007). Como teoría alternativa, la menor tendencia a respaldar el estigma por parte de las mujeres puede ser debida a un índice generalmente más alto de empatía social (Schieman y Van Gundy 2000), por lo cual estas suelen mostrarse más abiertas a la integración de los colectivos estigmatizados, aunque a su vez manifiestan más sentimientos negativos como miedo o evitación (Ewalds-Kvist et al., 2013).

1.6.2. La familiaridad con las enfermedades mentales

La familiaridad con personas con trastornos psiquiátricos parece estar estrechamente relacionada con las actitudes hacia este colectivo (Angermeyer, Matschinger, Corrigan 2004). Originalmente, esta se medía como una variable dicotómica: sí o no, ¿conoce a alguien con una enfermedad mental? (Penn et al., 1994). Sin embargo, los índices binarios tienen una potencia estadística limitada. Por consiguiente, las medidas continuas de familiaridad parecen ser más convenientes. Sin embargo, hasta donde se sabe, no se ha desarrollado ni probado ninguna medida de este tipo (Corrigan y Nieweglowski 2019). La única escala estandarizada conocida hasta la fecha para evaluar el nivel de familiaridad con las enfermedades mentales es conocida en inglés como Level of Contact Report (LCR) o Level of Familiarity (LoF) (Corrigan, Green et al., 2001, Holmes et al., 1999). El LCR enumera 12 situaciones que varían en el grado de intimidad con personas con enfermedades mentales. Estas van desde la menor intimidad ("Nunca he observado a una persona que yo supiera que tenía una enfermedad mental grave"), hasta una intimidad media ("He trabajado con una persona que tenía una enfermedad mental grave en mi lugar de trabajo") y alta ("Tengo una enfermedad mental").

En una revisión reciente de 26 estudios que tenían la finalidad de determinar el tipo de relación entre las variables de familiaridad y estigma público (Corrigan y Nieweglowski 2019), 19 arrojaron correlaciones inversas: los sujetos que estaban más familiarizados con las enfermedades mentales eran menos propensos a respaldar el estigma. Sin embargo, otros 5 estudios hallaron relaciones significativas en la dirección contraria: a más familiaridad por parte de los sujetos, más propensión a respaldar el estigma. Los autores de la revisión propusieron el modelo de la curva en forma de U para explicar estos hallazgos. La literatura que ha encontrado una relación positiva entre familiaridad y estigma público es mucho menos sólida que la que defiende una relación negativa. Es por este motivo que el modelo de la curva tiene un valor más heurístico que empírico, pues su intención es la de estimular el estudio de este tipo de relación. De este modo, se propone que la pendiente descendente de la curva define la distribución que representa una relación negativa entre el estigma público y la familiaridad. El estigma público disminuye a medida que un sujeto pasa de no tener casi ninguna experiencia con

la enfermedad mental, a tener a conocidos, que, a un nivel aún más familiar, pueden ser compañeros de trabajo o amigos. Existe un punto de inflexión en el cual la correlación entre el estigma y la familiaridad se invierte y pasa a ser positiva. La familiaridad aumenta a medida que las relaciones interpersonales se vuelven más íntimas. Parece ser que hay dos grupos que mantienen relaciones aparentemente íntimas con las personas con enfermedades mentales: los miembros de la familia nuclear (padres, hermanos, cónyuges/parejas, hijos de la persona con enfermedad mental) y los proveedores de atención de salud mental (como los psicólogos clínicos). En el primer caso, la intimidad suele ser mutua, y se da en un intercambio bidireccional de información que se produce durante años de interacción conjunta. En el segundo caso, la intimidad es representada como una relación unidireccional entre cliente y terapeuta en el cual las necesidades del paciente son el objetivo de la relación. La diferencia entre la familia nuclear y la intimidad del proveedor es la falta de reciprocidad en esta última. Se proponen dos aspectos que podrían explicar la exacerbación del estigma en estos dos grupos: por un lado, la carga de vivir con personas con enfermedades mentales o atenderlas clínicamente, y por el otro, el estigma extendido a los miembros de la familia nuclear o a los proveedores de salud asociados a ellos.

1.6.3. Educación en el ámbito de la salud mental

Varios estudios transversales han demostrado que los miembros del público general que tienen más conocimientos sobre las enfermedades mentales son menos propensos a adoptar actitudes estigmatizadoras (Roman y Floyd 1981; Link y Cullen 1986; Link et al., 1987; Brockington et al., 1993). Los investigadores que estudian los fundamentos cognitivos sociales del estigma y del estereotipo creen que es menos probable que las personas respalden estas estructuras de conocimiento ante información contraria (Pruegger y Rogers, 1994). Keane (1990, 1991) realizó una investigación en estudiantes de enfermería y medicina con el objetivo de evaluar si se había producido un cambio en sus actitudes hacia las personas con enfermedad mental tras la asistencia a un curso sobre psiquiatría general. Los estudiantes de enfermería mostraron mejoras significativas en la escala de autoritarismo de la OMI (Keane 1991) y los estudiantes de medicina en la escala de benevolencia (Keane 1990). Otros estudios, en cambio, contradicen estos resultados. En una investigación de Penn y colaboradores (Penn et al.,

1994), se constató que los participantes que recibieron información sobre los síntomas psicóticos mostraban un aumento significativo de las actitudes negativas hacia la esquizofrenia. Esos autores asumieron que las opiniones negativas sobre la esquizofrenia provenían de la preocupación por la peligrosidad. Por lo tanto, proporcionaron hojas de información de una página sobre la tasa base de violencia en poblaciones de personas con enfermedad mental o la relación entre los síntomas psicóticos y la agresión (Penn et al., 1999). Los participantes que recibieron información sobre la violencia eran menos propensos a adoptar actitudes negativas que el grupo control sin información, aunque las diferencias no fueron significativas. Basándose en los hallazgos de las investigaciones anteriores, Holmes y colaboradores (Holmes et al., 1999) realizaron un estudio para determinar si los efectos de un curso sobre las enfermedades mentales graves estaban mediados por el conocimiento previo sobre estas enfermedades y el contacto con ellas. En primer lugar, encontraron que las actitudes sobre benevolencia y restrictividad social de la OMI habían mejorado después del curso, mientras que no se habían producido cambios en las actitudes de autoritarismo. Estos resultados eran contrarios a los de Keane (1991), dado que los estudiantes de enfermería mostraron cambios en las actitudes autoritarias después de un curso de psiquiatría. Parece ser que los efectos de la educación sobre factores actitudinales específicos pueden depender del grupo que participa en el programa (Holmes et al., 1999). En segundo lugar, el estudio de Holmes reveló unos datos sumamente interesantes: los participantes con más conocimiento y contacto previos que los demás sujetos mostraban una mayor mejora después del curso en las actitudes de benevolencia. En cambio, estos mismos participantes presentaban una menor mejoría en las actitudes de restrictividad social respecto a sus compañeros, fenómeno conocido como "efecto techo". Al tratar de dar explicación a estos hallazgos, los autores de la investigación recurrieron a la descripción del factor de benevolencia de la OMI (Cohen y Struening 1962). En dicha descripción se señala que la benevolencia es un tipo de actitud hacia la enfermedad mental relativamente más benigna comparada con la restrictividad social, una especie de bondad cristiana hacia los desafortunados" (p. 353). Las personas que conocen o están en contacto con enfermedades mentales graves probablemente están más sensibilizadas con las cuestiones relativas al estigma y por lo tanto son conscientes del perjuicio causado por la restrictividad social. De este modo, es poco probable que se beneficien de una mayor educación sobre esta actitud. Sin embargo, la

educación adicional, les puede mostrar la falta de respeto inherente a las actitudes de benevolencia que ven y tratan a las personas con trastornos mentales como niños. En este caso, su contacto y conocimiento preexistentes favorecen el cambio en la actitud de benevolencia.

En resumen, los estudiantes universitarios presentan una elevada tasa de prevalencia de trastornos mentales, y una de las principales barreras de acceso al tratamiento es el estigma de la enfermedad mental. Además, se ha visto que el género, el contacto con una persona diagnosticada un con trastorno mental y el conocimiento sobre estas enfermedades constituyen variables personales asociadas con un mayor o menor nivel de respaldo del estigma público.

1.7. Objetivos e hipótesis del estudio

Los objetivos del presente estudio son los siguientes:

- Objetivo primario: evaluar el nivel de estigma hacia las personas con enfermedades mentales entre los estudiantes de grado de la Universidad Rovira y Virgili (URV) de Tarragona (España), midiendo sus actitudes en los cuatro factores de la escala validada al español Community Attitudes Towards the Mentally Ill (CAMI): autoritarismo, benevolencia, restrictividad social e ideología de la salud mental en la comunidad.
- Objetivo secundario: determinar la influencia de 2 variables personales de los estudiantes de grado de la URV en los factores actitudinales de la escala CAMI. Las 2 variables son: el género y la familiaridad con las enfermedades mentales.

La primera hipótesis es que los participantes de género femenino presentarán un menor respaldo del estigma que los sujetos de género masculino. La segunda hipótesis es que el nivel de respaldo del estigma disminuirá en la medida en que los participantes reporten un índice mayor de familiaridad con las enfermedades mentales.

2. Metodología

El diseño de estudio es de tipo no experimental, descriptivo y transversal.

2.1. Procedimiento

Después de conseguir el permiso ético del Comité XXX de la URV, se elaboró un cuestionario online utilizando la plataforma Google Forms. El cuestionario fue enviado por correo electrónico a todos los estudiantes de grado de la universidad por medio de la plataforma de cada facultad. En el correo se informaba a los estudiantes del objetivo del estudio y se pedía que accedieran al link adjunto y rellenaran las preguntas de la encuesta. El tiempo medio de administración fue de 15 minutos. Se les informó al principio del cuestionario del carácter anónimo de las respuestas y de su uso exclusivo para la investigación. La recopilación de datos fue llevada a cabo durante el mes de abril de 2021. Finalmente se analizaron los datos con el programa informático de la plataforma Java SPSS Statistics.

2.2. Muestra

Los criterios de selección de la muestra fueron los siguientes:

- Primer criterio: que los sujetos fueran estudiantes universitarios de la Universidad Rovira y Virgili.
- Segundo criterio: que los sujetos estuvieran cursando unos estudios de grado o doble grado en cualquiera de las facultades o escuelas de la universidad.

2.3. Instrumentos

Se han utilizado los siguientes instrumentos:

- La versión española de la escala Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI) de Taylor y Dear (1981): es una versión revisada y actualizada de la escala Opinions About Mental Illness (OMI). Está compuesta por 40 ítems, valorados en una escala Likert de 5 puntos (desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo), y agrupados en 4 subescalas: Autoritarismo, Benevolencia, Restricción social e Ideología de la salud mental en la comunidad. Cada subescala contiene 10 declaraciones referentes a las opiniones sobre la forma de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental grave. De las 10 afirmaciones de cada subescala, 5 expresan un sentimiento positivo en relación con el

concepto subyacente, y las otras 5 están redactadas de forma negativa. Por ejemplo, en la subescala de Autoritarismo, 5 afirmaciones expresan un sentimiento pro-autoritario y 5 son antiautoritarias. La puntuación de cada subescala resulta de sumar los ítems en positivo y la inversa de los ítems en negativo. Puntuaciones más elevadas en los factores de Autoritarismo y Restrictividad Social, y puntuaciones más bajas en los factores de Benevolencia e Ideología de la salud mental, se asocian con un grado de respaldo mayor del estigma.

- Subescala Autoritarismo: evalúa opiniones sobre la creencia que las personas con trastornos mentales representan una clase inferior a los individuos sanos. Ítems positivos: 1, 9, 17, 25 y 33. Ítems negativos: 5, 13, 21, 29 y 37. Un ejemplo de ítem positivo es: "En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital". Un ejemplo de ítem negativo es: "Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra".
- Subescala Benevolencia: valora actitudes de acogida hacia los pacientes de salud mental, que pueden llegar a resultar paternalistas. Ítems positivos: 2, 10, 18, 26 y 34. Ítems negativos: 6, 14, 22, 30 y 38. Un ejemplo de ítem positivo es: "Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales". Un ejemplo de ítem negativo es: "Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad".
- Subescala Restrictividad social: evalúa la percepción de peligro que suponen las personas con trastornos mentales para la sociedad y la creencia de que se debe limitar la actividad de estas personas tanto antes como después de una hospitalización. Ítems positivos: 3, 11, 19, 27 y 35. Ítems negativos: 7, 15, 23, 31 y 39. Un ejemplo de ítem positivo es: "Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad". Un ejemplo de ítem negativo es: "Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente".

- Subescala de Ideología de la salud mental en la comunidad: evalúa las actitudes y creencias relacionadas con la inserción de personas con trastornos mentales en la comunidad y en la sociedad en general. Ítems positivos: 4, 12, 20, 28 y 36. Ítems negativos: 8, 16, 24, 32 y 40. Un ejemplo de ítem positivo es: "La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad". Un ejemplo de ítem negativo es: "La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio".

La CAMI fue validada al español en un grupo de población adolescente en 2 momentos (Ochoa et al., 2016). Se obtuvo una consistencia interna calculada con el alfa de Cronbach de 0,861 para la primera evaluación y de 0,909 para la segunda evaluación. En cuanto a la estabilidad temporal, los valores del coeficiente de correlación intraclase oscilaron entre 0,775-0,339 en el análisis de ítem por ítem, y entre 0,88-0,81 en las subescalas. En la segmentación por género se encontró que las puntuaciones en el coeficiente de correlación intraclase en el grupo de chicas estaban entre 0,797-0,863 y en los chicos entre 0,889-0,774. Así pues, se puede afirmar que la Community Attitudes towards Mental Illness es un instrumento fiable para la evaluación del estigma, aunque se han encontrado algunas diferencias en el análisis por género.

- Para medir la variable de género del sujeto se ha añadido el siguiente ítem: "¿Con qué género te identificas?; con 3 opciones de respuesta: hombre, mujer y no binario (no identificarse como hombre ni como mujer).
- Para medir la variable de familiaridad del sujeto con las enfermedades mentales se ha utilizado una versión traducida al español del Level of Contact Report (LCR), un instrumento desarrollado hace dos décadas para medir la familiaridad de forma continua (Holmes et al., 1999). El LCR enumera 12 situaciones que varían en función del grado de intimidad del sujeto con personas con enfermedades mentales. Estas situaciones fueron adaptadas de otras escalas utilizadas en la investigación sobre el estigma (Link et al., 1987; Penn et al., 1994). Tres expertos en enfermedades mentales graves y rehabilitación psiquiátrica clasificaron las situaciones en

función de la intimidad del contacto; la media de las correlaciones de orden de clasificación que resumen la fiabilidad entre los evaluadores fue de 0,83. Las puntuaciones van del 0 al 12, de menos a más familiaridad. El índice de familiaridad que se atribuye a cada sujeto es el que corresponde a la puntuación de la situación de más intimidad que ha reportado. Por ejemplo, si un participante en la investigación ha marcado las siguientes 2 situaciones en el cuestionario: "Un amigo de la familia tiene una enfermedad mental grave" (puntuación de 4) y "Vivo con una persona que tiene una enfermedad mental grave" (puntuación de 6), recibirá una puntuación de 6 en total, porque vivir con una persona que tiene una enfermedad mental grave es la situación más íntima de las 2 marcadas. Para la traducción de los ítems del cuestionario se realizó una back-translation, que consistió en el siguiente procedimiento: primero se tradujeron los ítems del inglés al español; a continuación, una segunda persona con un nivel de conocimiento elevado del inglés y el español, ajena a la investigación, tradujo los ítems en español al inglés, sin haber visto los ítems iniciales; y finalmente, una tercera persona con elevado nivel de inglés y español se aseguró que los ítems iniciales y los ítems traducidos del español al inglés fueran conceptualmente equivalentes.

2.4. Análisis de los resultados

Para describir la muestra, se han calculado las frecuencias y porcentajes de las variables de género, grado y curso.

Para evaluar el nivel de estigma, se han obtenido las puntuaciones de cada sujeto en el CAMI sumando los ítems en positivo y la inversa de los ítems en negativo de cada subescala. A continuación, se ha calculado la media aritmética de las puntuaciones de cada subescala.

Para determinar la influencia de la variable del género en el respaldo del estigma, se ha realizado un contraste de hipótesis mediante la prueba T de Student, debido a que se asume que la escala CAMI tiene propiedades de intervalo y que la variable de género está medida en una escala nominal dicotómica. Además, se ha calculado el tamaño del efecto con la d de Cohen.

Para determinar la relación entre el grado de familiaridad y el estigma se ha llevado a cabo una correlación de Spearman, pues la primera variable está medida

en escala ordinal, y la técnica de correlación adecuada es no paramétrica debido a que los resultados no siguen una distribución normal.

Como la correlación encontrada entre la variable de familiaridad y el nivel de respaldo del estigma ha sido atenuada, se han distribuido los ítems del CAMI en 3 grupos que según criterios de la autora evaluaban un grado de familiaridad similar, y se ha llevado a cabo nuevamente una correlación de Spearman.

3. Resultados

3.1. Descripción de la muestra

En total han participado en el estudio 453 sujetos. Los participantes son estudiantes de grado o doble grado de la Universidad Rovira y Virgili de Tarragona (España) de las siguientes facultades: Facultad de Química, Facultad de Letras, Facultad de Ciencias Jurídicas, Facultad de Enología, Facultad de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud y Psicología, Facultad de Turismo y Geografía, Escuela Técnica Superior de Arquitectura, Escuela Técnica Superior de Ingeniería y Escuela Técnica Superior de Ingeniería Química. Del total de participantes, un 76% se ha identificado con el género femenino, un 22'9% con el género masculino y un 1'1% como no binario. Los grados más representativos son: Grado de Enfermería (11'9%), Grado de Derecho (10'6%), Grado de Química (8,59) y Grado de Trabajo Social (7'49%). La mayoría de los participantes se encuentran cursando principalmente asignaturas de primero (27,21%) o cuarto (28,32%).

3.2. Descripción de la variable de estigma

En la tabla 1 se puede ver que el coeficiente de curtosis es positivo, lo cual indica que la distribución de las puntuaciones en cada subescala es de tipo leptocúrtica. La forma de la distribución es más puntiaguda que la de la distribución normal porque hay una mayor concentración de valores en torno a la media. Por otro lado, se da una asimetría negativa en las subescalas de Benevolencia e Ideología de la Salud Mental en la Comunidad, y una asimetría positiva en las subescalas de Autoritarismo y Restrictividad Social. En la prueba de Kolmogorov-Smirnov se ha obtenido un valor del nivel de significación inferior a 0'05. Por lo tanto, queda demostrado que la distribución de las puntuaciones no sigue una forma gaussiana. La media más alta se ha obtenido en la subescala de Benevolencia (media=43,68), seguida por la subescala de Ideología de la Salud Mental en la Comunidad

(media=40'94); la media de Autoritarismo se encuentra en tercer lugar (media=21,12); y finalmente, las puntuaciones más bajas se han obtenido en la subescala de Restrictividad Social (media=18'04).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las subescalas del cuestionario CAMI

		Benevolencia	Restrictividad Social	Autoritarismo	Ideología Salud Mental
N	Válidos	454	454	454	454
	Perdidos	0	0	0	0
Media		43'68	18'04	21'12	40'94
Mediana		44	18	21	41
Desviación estándar		4'42	4'19	4'04	4'21
Asimetría		-1'6	1'29	0'67	-0'68
Error estándar de asimetría		0'12	0'12	0'12	0'12
Curtosis		7'58	6'70	5	1'48
Error estándar de curtosis		0'23	0'23	0'23	0'23
Mínimo		10	10	10	14
Máximo		50	50	50	50
Percentiles	25	41	15	19	37
	50	44	18	21	41
	75	47	21	24	45

Figura 1

Distribución puntuaciones en Benevolencia

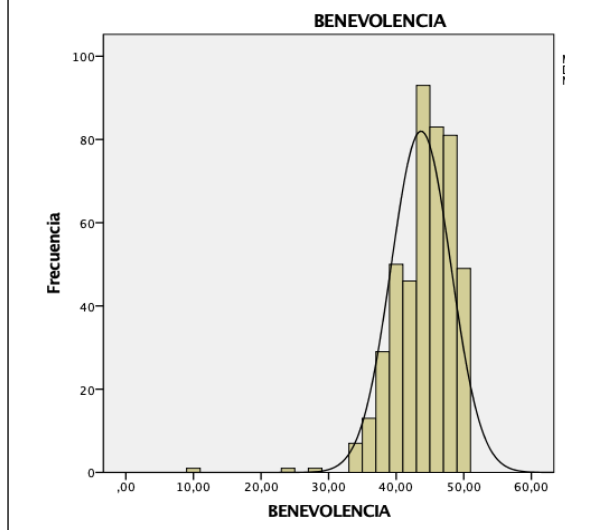


Figura 2

Distribución puntuaciones en Autoritarismo

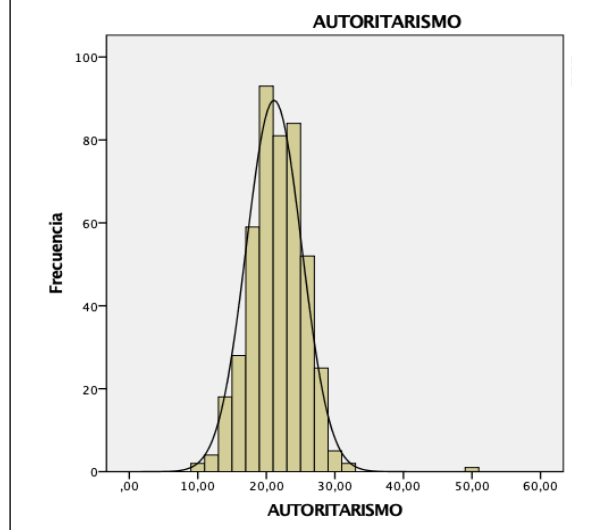


Figura 3

Distribución puntuaciones en Restrictividad Social

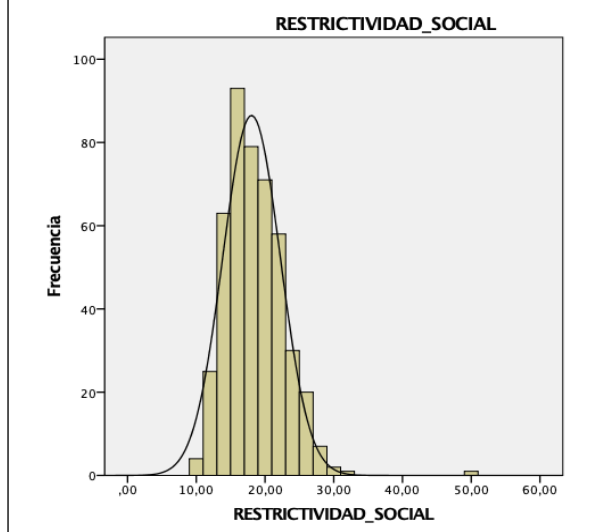
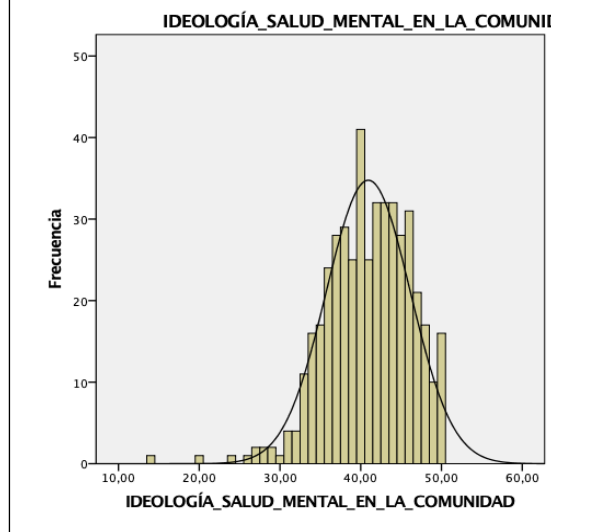


Figura 4

Distribución puntuaciones en Ideología



3.3. Evaluación de la posible influencia del género en el respaldo del estigma
En la subescala de "Benevolencia", los sujetos de género femenino presentan una media aritmética significativamente superior a la de los participantes de género masculino ($\bar{X}_{fem}=44'12$, $\bar{X}_{masc}=42'24$, $t_{146/24} = -3'38$, $p='001$).

En la subescala de "Restricción Social", los sujetos de género femenino presentan una media aritmética significativamente inferior a la de los participantes de género masculino ($\bar{X}_{fem}=17'75$, $\bar{X}_{masc}=18'91$, $t_{139/569}=2'09$, $p=.038$).

En la subescala de "Autoritarismo", los sujetos de género femenino presentan una media aritmética significativamente inferior a la de los participantes de género masculino ($\bar{X}_{fem}=20'73$, $\bar{X}_{masc}=22'41$, $t_{147/032}=3'32$, $p=.001$).

En la subescala de "Ideología de la Salud Mental en la Comunidad", los sujetos de género femenino presentan una media aritmética superior a la de los sujetos de género masculino. Sin embargo, las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($\bar{X}_{fem}=41'18$, $\bar{X}_{masc}=40'23$, $t_{145,430}=-1'42$).

Tabla 2

Prueba t de Student para muestras independientes en la variable de género

		N	X	Sx	t	gl	p	d
Benevolencia	Masculino	107	42'24	5'26	-3'384	146'424	0'001	0'4
	Femenino	345	44'12	4'03				
Restricción Social	Masculino	107	18'9	5'34	2'092	139'569	0'038	3'44
	Femenino	345	17'75	3'73				
Autoritarismo	Masculino	107	22'41	4'81	3'318	147'032	0'001	0'49
	Femenino	345	20'73	3'7				
Ideología Salud Mental	Masculino	107	40'23	6'35	-1,416	145'430	0'159	0'21
	Femenino	345	41'18	4'8				

3.3. Evaluación de la posible influencia de la familiaridad en el respaldo del estigma

Como se puede observar en la Tabla 3, las correlaciones entre la variable de familiaridad y las subescalas del CAMI son estadísticamente significativas. Sin embargo, el valor de los coeficientes se encuentra por debajo de 0'2, lo que nos indica que no son correlaciones fuertes. Descartando la posibilidad de que el factor del tamaño de la muestra pueda estar atenuando las correlaciones, pues el tamaño de la muestra en este caso es considerablemente grande, se han formulado dos suposiciones sobre los factores que podrían explicar esta atenuación. Una primera explicación es que la relación entre la variable de familiaridad y la puntuación en cada subescala del CAMI en realidad no sigue un modelo lineal como el que se plantea en las formulaciones teóricas. La segunda

explicación es que algunos ítems del instrumento de medida están ordenados de forma incorrecta, de forma que el grado de familiaridad que asumen evaluar no se corresponde con el que realmente miden. Por ejemplo, puede ser que el ítem número 8 del LCR (“Mi trabajo implica la prestación de servicios/tratamiento a personas con una enfermedad mental grave”) corresponda a un nivel de familiaridad superior al del ítem número 9 (“Un amigo de la familia tiene una enfermedad mental grave”), pues, pongamos por ejemplo, la frecuencia de contacto y el grado de confidencialidad de la información compartida puede ser superior en un estudiante que ha trabajado con pacientes de salud mental que en un estudiante el padre del cual tiene un amigo con una enfermedad mental que visita a la familia ocasionalmente. Esta hipótesis no ha sido planteada por ningún autor hasta la fecha, aunque Corrigan y Nieweglowski (2019) hayan señalado la necesidad de desarrollar un instrumento para evaluar la familiaridad en escala de intervalo que permita validar el LCR de forma cruzada.

Tabla 3

Correlación de Spearman familiaridad y las subescalas del CAMI

	Benevolencia	Restrictividad Social	Autoritarismo	Ideología Salud Mental
Familiaridad	‘15*	‘17*	‘13*	‘20*
*p<’01 N=454				

En los gráficos de cajas que se muestran a continuación, se puede comprobar que la relación entre estas dos variables no sigue una tendencia lineal, sino que más bien se acerca a una función constante.

En la figura 5 se puede observar que la mediana de las puntuaciones en la subescala de Benevolencia experimenta altos y bajos a medida que aumenta el grado de familiaridad, aunque las fluctuaciones son moderadas. El ítem 2 (“He observado, de pasada, a una persona que creo que puede haber tenido una enfermedad mental grave”) y el ítem 3 (“He visto una película o programa de televisión en el cual un personaje representaba a una persona con una enfermedad mental”) son los que han obtenido de mediana puntuaciones más bajas en el factor de Benevolencia. Por otro lado, el ítem 8 (“Mi trabajo implica ofrecer servicios/tratamiento a personas con una enfermedad mental grave”) tiene una

mediana superior al resto de grupos. Puede resultar curiosa la observación de que la mediana del ítem 7 ("Mi trabajo implica la prestación de servicios a personas con una enfermedad mental grave"), rompiendo con la tendencia de los ítems contiguos, decaiga casi al mismo nivel que las medianas más bajas. Partiendo de los supuestos teóricos, hubiera cabido esperar que el ítem 1 ("Nunca he visto a una persona que supiera que tenía una enfermedad mental grave") tuviera una mediana de puntuaciones inferior al resto, y que el ítem 12 ("Tengo una enfermedad mental grave") fuera el que obtuviera las puntuaciones más altas en el factor de Benevolencia. Sin embargo, no se ha cumplido este supuesto, y aunque si bien es cierto que los ítems 11 ("Vivo con una persona que tiene una enfermedad mental grave") y 12 han obtenido medianas más altas que los primeros grupos (exceptuando el primer grupo), las diferencias no son pronunciadas.

En la figura 6 se puede observar que el ítem con una mediana más alta es el 2 ("He observado, de pasada, a una persona que creo que puede haber tenido una enfermedad mental grave"). Siguiendo la tendencia de los gráficos anteriores, la mediana en las puntuaciones va disminuyendo hasta llegar a su punto más bajo en el ítem 8 ("Mi trabajo implica ofrecer servicios/tratamiento a personas con una enfermedad mental grave"). La tendencia se rompe en el ítem 7 ("Mi trabajo implica la prestación de servicios a personas con una enfermedad mental grave"). A partir del 8, la mediana de puntuaciones vuelve a subir, y disminuye en el ítem 12 ("Tengo una enfermedad mental grave").

En la figura 7 se pueden apreciar fluctuaciones en la mediana que siguen un patrón con cierto grado de semejanza con el patrón de Benevolencia, pero de forma invertida, tal y como cabría esperar teniendo en cuenta que la Benevolencia y la Restrictividad Social son dos factores que corresponden a actitudes opuestas. En primer lugar, los ítems que presentan una mediana más baja son el 8 ("Mi trabajo implica ofrecer servicios/tratamiento a personas con una enfermedad mental grave"), el 9 ("Un amigo de la familia tiene una enfermedad mental grave") y el 12 ("Tengo una enfermedad mental grave"). Estos resultados van en concordancia con los mencionados anteriormente, pues recordemos que el ítem 8 era el que mostraba puntuaciones más elevadas en Benevolencia. Además, las puntuaciones del ítem 8 son bastante homogéneas, tal y como queda representado en el tamaño

de la caja. Otra vez el ítem 7 (“Mi trabajo implica la prestación de servicios a personas con una enfermedad mental grave”) rompe con la tendencia a la baja de los ítems anteriores. La mediana más elevada corresponde al ítem 3 (“He visto una película o programa de televisión en el cual un personaje representaba a una persona con una enfermedad mental”). Del mismo modo que en el gráfico anterior, las diferencias entre ítems son moderadas.

En la figura 8, la mediana más alta, como cabe esperar teniendo en cuenta los gráficos anteriores, corresponde al ítem 8 (“Mi trabajo implica ofrecer servicios/tratamiento a personas con una enfermedad mental grave”), mientras que la mediana más baja pertenece al ítem 3 (“He visto una película o programa de televisión en el cual un personaje representaba a una persona con una enfermedad mental”). En la misma línea que en la subescala de Benevolencia y en la línea inversa que en la subescala de Autoritarismo y Restrictividad Social, la tendencia es que la mediana de las puntuaciones vaya subiendo hasta llegar a su máximo en el 8 (saliendo de esta línea el ítem 7), y a partir de este punto, las medianas vuelven a disminuir.

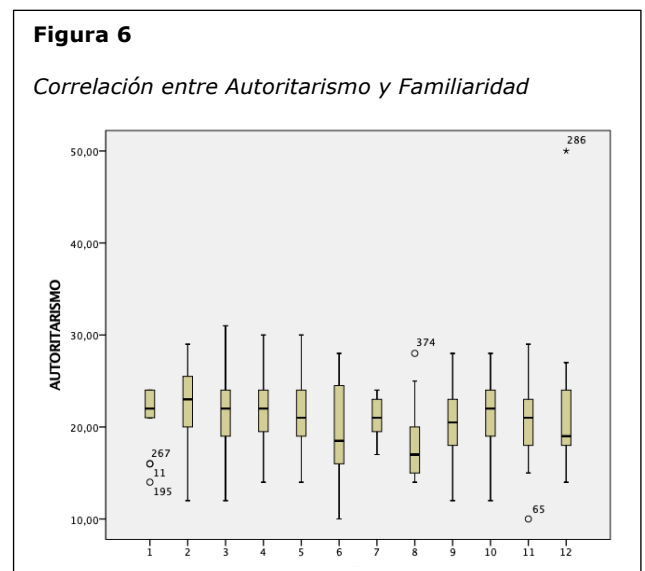
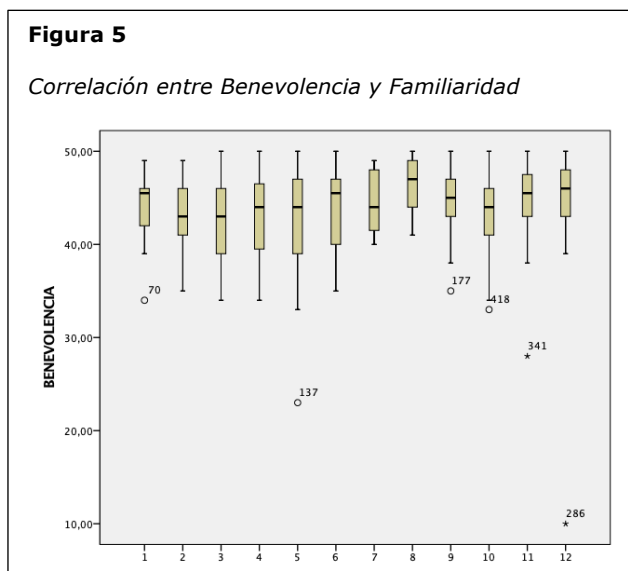


Figura 7

Correlación entre Restrictividad Social y Familiaridad

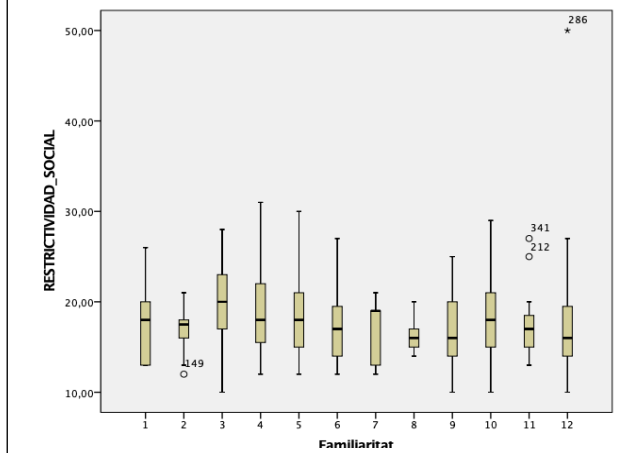
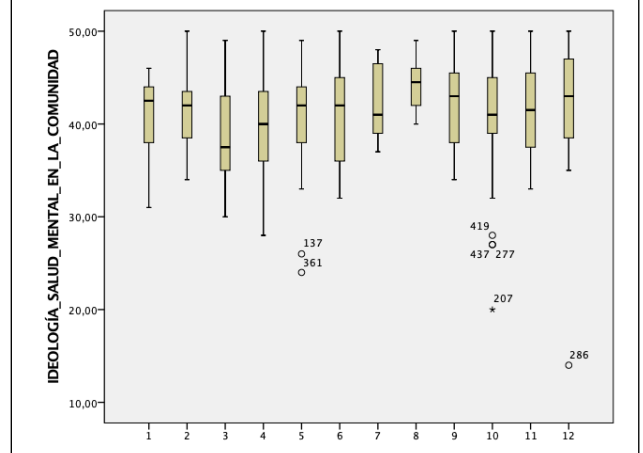


Figura 8

Correlación entre Ideología y Familiaridad



3.3.2. Evaluación de la posible influencia del grado de familiaridad reagrupado en 3 grupos

Una de las explicaciones de la aparente atenuación del efecto del grado de familiaridad en el respaldo del estigma es que el instrumento con el cual se ha medido la familiaridad, en este caso el Level of Contact Report (LCR), presente una ordenación de los ítems que no se ajuste a la gradación real del grado de familiaridad. Por ejemplo, un profesional de la salud mental como un psicólogo o psiquiatra, que suele tener contacto frecuente con enfermos mentales y disponer de información muy íntima de la vida de estos sujetos, podría tener una relación con los pacientes más familiar que la que mantiene una persona con un pariente lejano o amigo de la familia con una enfermedad mental, en la cual el contacto sea muy ocasional y la información compartida superficial. Por lo tanto, aunque el LCR presuponga que la situación del ítem 8 ("Mi trabajo implica ofrecer servicios/tratamiento a personas con una enfermedad mental grave") representa en general una relación menos familiar que la del ítem 9 ("Un amigo de la familia tiene una enfermedad mental grave"), en determinados casos puede que esto no se cumpla. Así pues, tras plantear un orden alternativo de algunos ítems del instrumento que según el criterio de la autora reflejaban un menor o mayor grado de familiaridad del que pretendían medir, se agruparon los ítems con una familiaridad similar en 3 grupos, de menos a más grado de familiaridad:

- Grupo 1: ítems 1, 2, 3 y 4.

- Nunca he visto a una persona que supiera que tenía una enfermedad mental grave.
- He observado, de pasada, a una persona que creo que puede haber tenido una enfermedad mental grave.
- He visto una película o programa de televisión en el cual un personaje representaba a una persona con una enfermedad mental.
- He visto un documental en la televisión sobre enfermedades mentales graves.

➤ Grupo 2: ítems 5, 6, 9 y 10.

- He observado con frecuencia a personas con una enfermedad mental grave.
- He trabajado con una persona que tenía una enfermedad mental grave en mi puesto de trabajo.
- Un amigo de la familia tiene una enfermedad mental grave.
- Tengo un pariente que tiene una enfermedad mental grave.

➤ Grupo 3: ítems 7, 8, 11 y 12.

- Mi trabajo implica la prestación de servicios a personas con una enfermedad mental grave.
- Mi trabajo implica ofrecer servicios/tratamiento a personas con una enfermedad mental grave.
- Vivo con una persona que tiene una enfermedad mental grave.
- Tengo una enfermedad mental grave.

De este modo, los ítems 7 ("Mi trabajo implica la prestación de servicios a personas con una enfermedad mental grave") y 8 ("Mi trabajo implica ofrecer servicios/tratamiento a personas con una enfermedad mental grave"), se han replanteado en esta ocasión como relaciones que implican más familiaridad que los ítems 9 ("Un amigo de la familia tiene una enfermedad mental grave") y 10 ("Tengo un pariente que tiene una enfermedad mental grave"). Por lo tanto, los dos primeros ítems mencionados se han incluido en el grupo 3, mientras que los dos segundos se encuentran en el grupo 2.

Tabla 4*Descriptivos y ANOVA de la familiaridad tricotómica*

		N	X	Sx	F	Sig
Benevolencia	1	155	42'88	3'97	5'772	0'003
	2	214	43'8	4'26		
	3	85	44'86	5'26		
	T	454	43'68	4'42		
Autoritarismo	1	155	19'02	4'02	7'362	0'01
	2	214	17'7	3'88		
	3	85	17'08	4'89		
	T	454	18'04	4'19		
Restrictividad Social	1	155	21'91	3'58	4'901	0'008
	2	214	20'83	3'91		
	3	85	20'41	4'9		
	T	454	21'12	4'04		
Ideología de la Salud Mental en la Comunidad	1	155	39'46	4'93	11'211	0'000
	2	214	41'4	5'07		
	3	85	42'46	5'43		
	T	454	40'94	5'2		

En la tabla 4 se puede apreciar que todas las correlaciones encontradas entre los 3 niveles de familiaridad y las subescalas del CAMI son estadísticamente significativas. La más estrecha es la de la subescala de Ideología de la Salud Mental en la Comunidad, seguida, en orden descendente, por las subescalas de Autoritarismo, Benevolencia y Restrictividad Social.

En la prueba de la diferencia honestamente significativa de Tukey se han obtenido los siguientes resultados: en la subescala de Benevolencia se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 y 3 (dif. -1'98, $p=0'002$). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 y 2 (dif. -0'91, $p=0'119$) ni entre los grupos 2 y 3 (dif. -1'07, $p=0'138$). En la subescala de Restrictividad Social se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 y 2 (dif. 1'32, $p=0'007$) y entre los grupos 1 y 3 (dif. 1'94, $p=0'002$). No se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 2 y 3 (dif. 0'62, $p=0'473$). En la subescala de Autoritarismo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 y 2 (dif. 1'08, $p=0'029$) y entre los grupos 1 y 3 (dif. 1'5, $p=0'016$). No se han obtenido diferencias estadísticamente significativas

entre los grupos 2 y 3 (dif. 0'42, $p=0'698$). En la subescala de Ideología de la Salud Mental en la Comunidad no se han encontrado diferencias significativas entre ninguno de los grupos: ni entre los grupos 1 y 2 (dif. -1'94, $p=0'537$), ni los grupos 1 y 3 (dif. -3, $p=0'688$), ni entre los grupos 2 y 3 (dif. -1'06, $p=0'653$).

Figura 9

Relación entre familiaridad tricotómica y Benevolencia

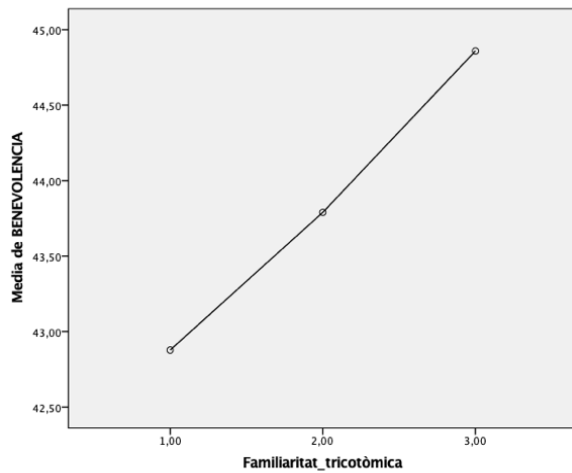


Figura 10

Relación entre familiaridad tricotómica y Autoritarismo

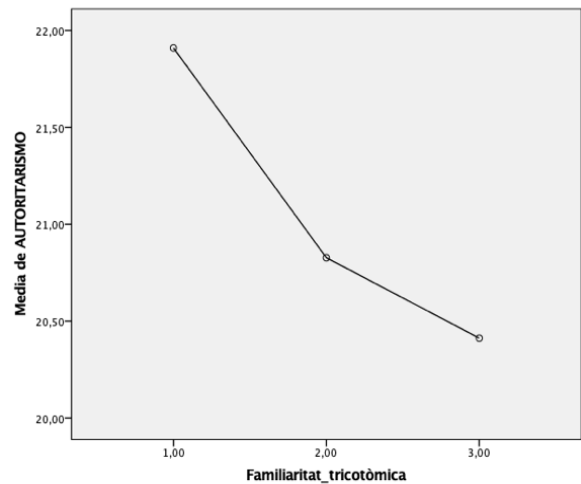


Figura 11

Relación entre familiaridad tricotómica y Restrictividad

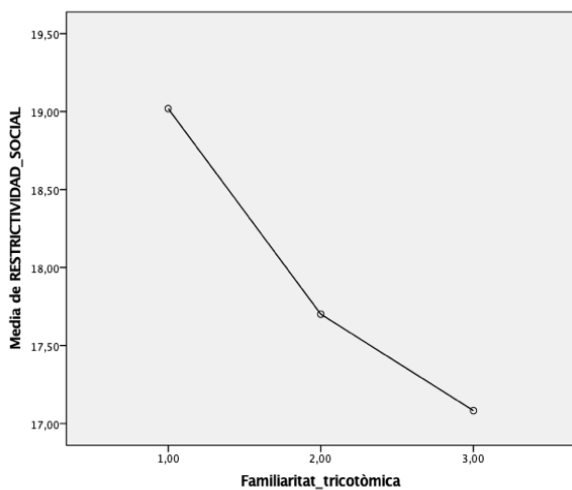
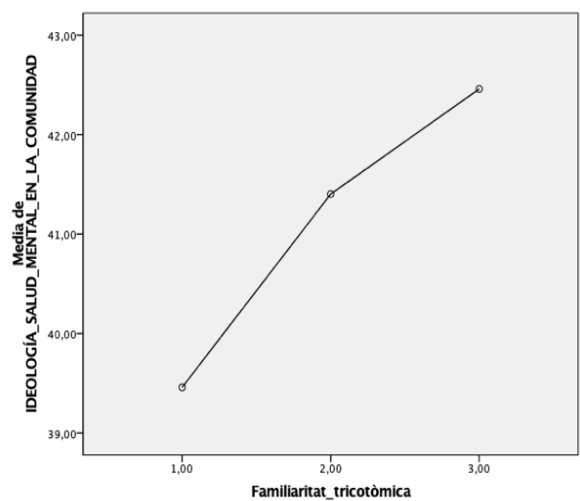


Figura 12

Relación entre familiaridad tricotómica e Ideología



4.1. Evaluación del estigma hacia las personas con enfermedad mental entre estudiantes de grado de la Universidad Rovira i Virgili

La muestra del estudio estaba formada por estudiantes universitarios de grado y doble grado matriculados en la Universidad Rovira y Virgili, por lo cual refleja las actitudes del estrato alfabetizado de la sociedad española. En general, los sujetos que han participado en el estudio tienen actitudes favorables hacia las personas con trastornos mentales, tal y como reflejan las medias obtenidas en los factores del CAMI. Las puntuaciones en Benevolencia e Ideología de la Salud Mental en la Comunidad fueron más altas que en Restrictividad Social y Autoritarismo, por lo cual los participantes mostraron una tendencia a ser más comprensivos y con voluntad de acercamiento a las personas con problemas de salud mental, y a responsabilizar a la comunidad de su inclusión y tratamiento.

Estos resultados van en concordancia con los encontrados en una muestra de estudiantes de tres universidades de Lahore (Pakistán) y con los de una muestra de estudiantes universitarios de la región de Delhi-Capital Nacional (Waqas et al., 2014; Ahuja et al., 2017). Sin embargo, los estudiantes del presente estudio muestran actitudes más benevolentes hacia las personas con trastornos mentales y apoyan en mayor grado el valor terapéutico de la comunidad y la atención desinstitucionalizada, a la vez que presentan actitudes menos coercitivas y perciben a las personas con enfermedades mentales como menos amenazantes para la sociedad.

Las diferencias encontradas entre las actitudes de los estudiantes universitarios españoles y las de los paquistaníes e hindúes puede deberse a diferentes factores. A priori, cabe destacar dos factores explicativos: el género y el ámbito de estudios de los participantes de las distintas muestras. En la muestra española hay una mayor proporción de mujeres que en las muestras pakistaní e hindú, y como se comprobará más adelante, esta variable puede haber afectado al nivel de respaldo del estigma por parte de los sujetos, siendo mayor este en las muestras con mayor porcentaje de hombres. Además, en la muestra hindú ninguno de los participantes tenía conocimientos relacionados con el ámbito de la salud mental, hecho que

puede estar relacionado con un mayor nivel de respaldo del estigma. Otros factores explicativos de las diferencias actitudinales pueden estar relacionados con aspectos culturales como el papel de la religión en la realidad social de estos países, pues el sistema de creencias de una sociedad tiene implicaciones en el conocimiento y los estereotipos acerca de las enfermedades mentales. Un 80% de los participantes de las universidades de Lahore consideraban la religión como un aspecto muy importante de sus vidas, y en Pakistán la tendencia a recurrir a los recursos espirituales como medio para hacer frente a diversos problemas se muestra como un mecanismo eficaz (Voll, 1992). Del mismo modo, un estudio sobre los mitos y creencias acerca de los trastornos mentales llevado a cabo en la India reveló que un gran número de participantes creía que la oración podía aliviar la enfermedad mental (Kishore, Gupta, Jiloha y Bantman, 2011).

En cambio, si comparamos las medias de la muestra del presente estudio con las de una muestra de enfermeros y estudiantes de enfermería de la República de Irlanda (Linden y Kavanagh 2012), se puede observar que los estudiantes de la URV tienen actitudes menos favorables hacia las personas con trastornos mentales que los estudiantes y profesionales de enfermería irlandeses. En el estudio llevado a cabo en Irlanda, la mayoría de los participantes fueron mujeres, y mientras que las puntuaciones en Benevolencia e Ideología de la Salud Mental en la Comunidad son similares a las obtenidas en la URV, las puntuaciones en Autoritarismo y Restrictividad Social son más bajas que las de la muestra española. Este hecho puede explicarse porque la muestra del presente estudio, si bien está integrada por estudiantes de grados relacionados con el ámbito socio sanitario, también incluye estudiantes de otros ámbitos, mientras que en la muestra del estudio irlandés todos los participantes tenían estudios que incluían una formación en salud mental, y la mayoría de ellos trabajaban como profesionales en este sector.

Es interesante comparar las actitudes de estudiantes universitarios con las actitudes de los estudiantes de secundaria españoles que participaron en el estudio de Ochoa et al., (2016). Sus resultados difieren considerablemente de los obtenidos en la URV. Por lo que respecta a las actitudes relacionadas con el Autoritarismo, los estudiantes de secundaria presentan medias más elevadas que los de la universidad, aunque siguen estando por debajo de las obtenidas en la muestra con estudiantes universitarios paquistaníes. También presentan

puntuaciones más elevadas en la subescala de Restrictividad Social, por lo cual tienden a atribuir mayor peligrosidad a las personas con enfermedad mental y abogar por una limitación de sus derechos. A diferencia, sus medias en los factores de Benevolencia e Ideología de la Salud Mental en la Comunidad son remarcablemente menores. De hecho, la media en la subescala de Benevolencia de los estudiantes de secundaria llega a representar la mitad que la de los estudiantes universitarios. Esto puede deberse a que los estudiantes universitarios, al tener más años en edad y en educación, tienen más probabilidades de haber tenido contacto con personas que han padecido o padecen un trastorno mental, o haber recibido información sobre las enfermedades mentales, aspectos que favorecen la adopción de actitudes menos estigmatizadoras (Roman y Floyd 1981; Link y Cullen 1986; Link et al., 1987; Brockington et al., 1993).

4.2. Efecto de la variable de género en el respaldo del estigma

Partiendo de los resultados obtenidos, se puede confirmar la primera hipótesis del estudio, que defendía que los participantes de género femenino mostrarían un menor respaldo del estigma hacia las personas con enfermedades mentales que los sujetos de género masculino. Las participantes que se han identificado con el género femenino han obtenido puntuaciones más altas en la subescala de Benevolencia, por lo cual tienden a atribuir una mayor responsabilidad a la sociedad con respecto a las personas con trastornos mentales, a enfatizar la necesidad de actitudes más comprensivas y amables hacia estos sujetos, a mostrar una mayor voluntad de implicación personal y de acogida, y a tener sentimientos contrarios a la custodia, aunque estas actitudes pueden llegar a ser paternalistas, considerando a las personas con enfermedades mentales como "niños". Los sujetos de género femenino también presentan un mayor compromiso con la ideología de la salud mental comunitaria, lo cual implica dar un valor terapéutico a la convivencia en comunidad y abogar por el principio de atención desinstitucionalizada, aunque las diferencias encontradas con respecto a los individuos de género masculino no son sustanciales. Por el contrario, los participantes de género masculino han obtenido puntuaciones más elevadas en Autoritarismo, por lo que son más propensos a considerar que la hospitalización y la custodia de los enfermos mentales es necesaria, a percibir una mayor diferencia entre el "ellos" y el "nosotros" y a atribuir más responsabilidad a los pacientes

mentales de su propia enfermedad. También presentan puntuaciones más elevadas en Restricción Social, por lo cual son más propensos a considerar a las personas con enfermedades mentales como sujetos peligrosos e irresponsables y a mantener una distancia social con ellos.

Los resultados encontrados en el presente estudio van en una línea similar a los que obtuvieron los investigadores S. M. Taylor y M. J. Dear, responsables del desarrollo y la aplicación de la escala CAMI en una muestra de residentes del área metropolitana de Toronto (Taylor y Dear 1979). Estos autores descubrieron un efecto del género en tres de las cuatro subescalas del CAMI: Benevolencia, Autoritarismo e Ideología de la Salud Mental en la Comunidad. No encontraron diferencias significativas en Restricción Social. En nuestro estudio, en cambio, no hemos obtenido diferencias significativas en Ideología de la Salud Mental en la Comunidad y sí en Restricción Social. Otra diferencia es que los sujetos de la muestra poblacional de Toronto presentaron actitudes destacablemente más estigmatizadoras hacia los sujetos con enfermedad mental que los estudiantes de la URV. Cabe señalar que el estudio llevado a cabo en Canadá se publicó en la década de los 80, tras la cual se ha producido un avance en la sensibilización del público hacia los problemas que padecen las personas con trastornos mentales y su estigmatización por parte de la sociedad hasta la fecha de hoy. Finalmente, los sujetos que participaron en la muestra de Toronto formaban parte de distintos estratos sociales, mientras que este estudio se enfoca en el estrato culto de la sociedad.

Más recientemente, se llevó a cabo una investigación con estudiantes de medicina en Italia, en la cual los autores obtuvieron unos resultados que se encuentran bastante en consonancia con los hallados en la presente investigación (Pascucci et al., 2017). En el estudio italiano, se usó el CAMI adaptado al idioma para medir las diferencias de género en las actitudes hacia las personas con trastornos mentales, y encontraron diferencias significativas entre los estudiantes de género femenino y los de género masculino. Las alumnas obtuvieron resultados menos estigmatizadores en 9 de los ítems del CAMI, en las subescalas de Benevolencia y Restricción Social y en la puntuación total.

En resumen, los resultados encontrados están en consonancia con los obtenidos en la literatura científica, confirmando que los sujetos de género femenino tienden a mostrar una actitud más humanitaria hacia los enfermos mentales.

3.3. Efecto de la variable de familiaridad en el respaldo del estigma

La hipótesis de la presente investigación, basada en la literatura científica existente, esperaba una relación inversa entre el nivel de respaldo del estigma y la familiaridad. Es decir, que a medida que un sujeto tuviera más conocimiento y experiencia con todo lo relacionado con las enfermedades mentales y sus correspondientes intervenciones, presentaría menos actitudes estigmatizadoras hacia las personas con trastornos mentales. La autora del estudio también contemplaba la posibilidad, aunque menos probable, de encontrar una relación directa entre las variables de familiaridad y estigma, pues varias investigaciones recopiladas en la revisión de Corrigan y Nieweglowski (2019), mostraron un aumento del estigma en la medida en que el sujeto reportaba más familiaridad con las enfermedades mentales. Según el modelo de la curva en forma de U, los sujetos de la muestra que reportaran no conocer a nadie con una enfermedad mental presentarían unos niveles más elevados de estigma que aquellos que tienen algún conocido, compañero de trabajo o amigo con una enfermedad mental; y aquellos que reportaran trabajar ofreciendo servicios o tratamiento a pacientes de salud mental, o con familiares cercanos que padecen algún trastorno, presentarían un nivel más elevado de estigma que los que mantienen relaciones que no llegan a tales grados de intimidad.

Los resultados que se han obtenido indican, en primer lugar, que la familiaridad determina en cierta medida las actitudes del público hacia las personas con trastornos mentales, aunque la correlación encontrada entre estas dos variables es relativamente débil. Ante estos resultados pueden ofrecerse varias explicaciones: la primera, que en realidad la familiaridad no afecta en gran medida al respaldo del estigma; la segunda, que el tipo de relación entre familiaridad y estigma no es lineal; y la tercera, que el instrumento de medida que se ha utilizado presenta algunas limitaciones.

Al observar el tipo de función que describe la relación entre las dos variables, se puede apreciar que es más parecida a una función constante que a una función lineal. Las puntuaciones que han obtenido los grupos con menor grado de familiaridad no difieren en gran medida de las puntuaciones obtenidas por los grupos con mayores niveles de contacto y conocimiento con las enfermedades mentales, si bien es cierto que se ha observado una moderada tendencia a la baja por lo que respecta al respaldo del estigma a medida que aumenta la familiaridad, y que llega en su punto culminante en los sujetos que reportan trabajar ofreciendo tratamiento a personas con trastornos mentales graves. Un aspecto que resalta son las actitudes de las personas que reportan trabajar ofreciendo servicios (no tratamiento) a pacientes de salud mental. Este grupo, a diferencia de los otros profesionales, presenta un nivel de estigma más elevado, que rompe con la tendencia a la baja del estigma a medida que hay más familiaridad. Sin embargo, como ya se ha comentado, las puntuaciones no difieren en gran medida unas de otras y se producen fluctuaciones que reflejan muy bien la atenuación de las correlaciones obtenidas por la falta de linealidad en la relación.

La tercera explicación que se ha planteado para dar respuesta a la atenuación de la correlación obtenida entre la variable de familiaridad y el respaldo del estigma es que los ítems del instrumento que se ha usado para medir la familiaridad, el LCR, están ordenados de forma incorrecta. Cuando se elaboró el LCR, tres expertos en enfermedades mentales graves y rehabilitación psiquiátrica clasificaron las situaciones en función de la intimidad del contacto. El orden de clasificación fue validado en una investigación posterior (Holmes et al., 1999). Sin embargo, observando los ítems del cuestionario uno puede darse cuenta fácilmente de que a algunos de ellos les falta precisión. Por ejemplo, el ítem "Tengo un pariente que tiene una enfermedad mental grave" puede estar representando al mismo tiempo relaciones con distintos grados de familiaridad. No es lo mismo, por poner un ejemplo, tener como pariente a un tío que vive cerca de la familia y la visita con frecuencia, que a un tío que reside en otra ciudad y con el cual apenas hay contacto. Otro ejemplo de la falta de precisión se encuentra en el ítem "Un amigo de la familia tiene una enfermedad mental grave". Imaginémosnos que el padre del sujeto que ha respondido el cuestionario tiene un amigo con un diagnóstico de esquizofrenia. Aunque la relación entre el padre del sujeto y el amigo hubiera sido estrecha, no implica que la relación entre el amigo

del padre y el sujeto en cuestión lo sea, por lo cual el grado de familiaridad se verá implicado. Además, los dos ítems mencionados anteriormente ocupan un lugar en el LCR por encima del ítem "Mi trabajo implica ofrecer servicios/tratamiento a personas con una enfermedad mental grave", por lo cual podría haberse dado el caso de que un sujeto con un pariente lejano o un amigo de la familia con el cual se tiene poco contacto hubiera obtenido un grado más elevado de familiaridad en el LCR que ha estudiado y trabajado como profesional de la salud mental. Estos planteamientos fueron los que indujeron a la autora a reestructurar los ítems del LCR con una familiaridad similar en 3 grupos. Por ejemplo, el grado de familiaridad de una persona que ha visto una película sobre enfermedades mentales no difiere mucho del que no sabe nada sobre este tema. Tampoco cambia significativamente entre el de una persona que ha tenido un compañero de trabajo con una enfermedad mental y el de otra que ha tenido contacto frecuente con esta. Al fin y al cabo, la primera implica la segunda. Así pues, se agruparon los ítems siguiendo este criterio, y los resultados indican que existen diferencias significativas entre los grupos de familiaridad y las actitudes. De esto modo, los sujetos del grupo que reportaron haber trabajado ofreciendo servicios y/o tratamiento a personas con enfermedades mentales, y aquellos que convivían con ellas o padecían un trastorno ellos mismos, presentaron actitudes más comprensivas hacia las personas con enfermedades mentales que aquellos individuos que tenían escaso conocimiento y experiencia, aunque sus "buenas intenciones" pueden llegar a ser paternalistas como se ha comentado anteriormente. Por lo que respecta a la percepción de las personas con trastornos mentales como una amenaza para la sociedad, se ha encontrado una gran diferencia entre los sujetos que no estaban familiarizados en modo alguno con las enfermedades mentales y los sujetos que habían reportado tener a conocidos como amigos, compañeros de trabajo o familiares con trastornos mentales, fueran estas relaciones de menor o mayor intimidad. Así pues, en este aspecto, los sujetos que no tienen conocimientos de salud mental ni conocen a nadie de su entorno que haya padecido un trastorno son más propensos a establecer una distancia entre el "ellos" y el "nosotros", a atribuir más responsabilidad a los pacientes mentales de su propia enfermedad y a abogar por su hospitalización en instituciones, y son en general menos partidarios de favorecer la participación estas personas en la vida social y comunitaria.

4. Conclusiones

Los estudiantes de grado de la Universidad Rovira y Virgili de Tarragona presentan, en general, actitudes favorables hacia las personas con trastornos mentales, hecho que puede atribuirse a dos características de la muestra: en primer lugar, a que los sujetos que han participado representan la facción más alfabetizada de la población general; y, en segundo lugar, a que la mayoría de las personas que han participado en el estudio se han identificado con el género femenino. Se ha descartado la posibilidad de que el ámbito de estudios de los sujetos de la muestra sea una variable que explique el nivel de respaldo del estigma, pues, aunque el grado de Enfermería es el más representativo, la mayoría de los participantes se encuentra cursando estudios que no tienen relación alguna con el ámbito socio sanitario, y por lo tanto, sus conocimientos y experiencia con las enfermedades mentales no tienen relación, en un gran porcentaje de casos, a sus estudios universitarios.

Por lo que respecta a las variables analizadas en el estudio, se ha confirmado que los sujetos que se identifican con el género femenino son menos propensos a respaldar actitudes estigmatizadoras que los sujetos de género masculino. En lo que se refiere a la familiaridad, los resultados encontrados no han sido concluyentes. Parece ser que los distintos niveles de familiaridad afectan al grado de respaldo del estigma público, aunque está por determinar el tipo de relación existente entre estas dos variables, entre otras cosas, por la falta de operacionalización de esta variable y la inexistencia hasta la fecha de un instrumento de medida que permita su evaluación de forma continua.

5. Limitaciones y fortalezas del estudio

En primer lugar, hay que tener en cuenta el contexto de desarrollo de la presente investigación, que forma parte de un Trabajo de Final de Grado de Psicología. Si bien es cierto que se ha conseguido una muestra relativamente grande teniendo en cuenta los recursos disponibles, la representación de cada género ha sido bastante desigual, así como la representación de los diferentes grados. Además, no se ha conseguido la representación esperada en los grados que pertenecen al ámbito de la salud, como la Medicina o la Psicología, por lo cual no se han podido valorar posibles diferencias en el respaldo del estigma entre grados que pertenezcan al ámbito sanitario y grados que no tengan ninguna relación con este.

Sin embargo, es importante mencionar que, hasta la realización de esta investigación, solo se había llevado a cabo un estudio en España sobre las actitudes hacia las personas con enfermedades mentales utilizando la escala CAMI, y fue con población adolescente (Ochoa et al., 2016). Por lo tanto, este estudio ha significado un paso más adelante hacia el conocimiento del estigma de la enfermedad mental en la sociedad española. Se ha podido corroborar la hipótesis de las diferencias de género en el respaldo del estigma, por lo que estos resultados pueden tener implicaciones prácticas a la hora de diseñar intervenciones de reducción del estigma, teniendo en cuenta que las actitudes, con una elevada probabilidad, no serán las mismas en un género que en otro. Así pues, las intervenciones en los sujetos de género masculino podrían dirigirse a reducir actitudes relacionadas con el autoritarismo y la restrictividad social, mientras que, en los sujetos de género femenino, las intervenciones podrían centrarse más en aspectos negativos de las actitudes benevolentes. Por otro lado, este estudio ha permitido cuestionar la validez del LCR y la solidez de la correlación entre familiaridad y respaldo del estigma público.

Aun queda mucho camino por recorrer y la investigación en este ámbito en el terreno español sigue estando muy por detrás de otros países a nivel europeo e internacional, pero el hecho de disponer de la escala CAMI validada al español, el instrumento usado de forma más frecuente a nivel internacional para medir el estigma, permitirá que prolifere la investigación en esta línea y se puedan comparar los resultados de la población española con otros países para promover intervenciones en esta área.

6. Futuras líneas de investigación

Tal y como se ha comentado en el apartado de *Introducción*, la familiaridad con las enfermedades mentales fue medida inicialmente con la pregunta dicotómica de si el sujeto conocía o no a alguien con una enfermedad mental. Más adelante, hace aproximadamente dos décadas, se desarrolló el LCR, un instrumento que definió la familiaridad en términos de roles, des de una persona que no conoce a nadie con una enfermedad mental, hasta la persona que padece ella misma un trastorno. Des del punto de vista de la autora, aunque la validez del modelo de roles discretos esté apoyada en estudios anteriores (Holmes et al., 1999;

Corrigan, Green et al., 2001), el instrumento carece de criterios bien claros y definidos que justifique la jerarquía de sus ítems. Además, parece ser que un mismo rol podría estar representando distintos grados de familiaridad. Así pues, con el objetivo de mejorar la evaluación de este constructo y determinar su relación con el nivel de respaldo del estigma, es fundamental, en primer lugar, establecer un marco conceptual sólido que permita definir la variable, y, en segundo lugar, desarrollar una medida continua de familiaridad que se pueda superponer a los papeles discretos del LCR. Esto permitiría además validar de forma cruzada el LCR y corroborar el modelo de la curva en forma de U o proponer modelos alternativos de relación entre estigma y familiaridad.

7. Agradecimientos

La autora agradece la implicación de la Dra. Anna Huguet Roselló de la Universidad Rovira y Virgili por haber marcado las directrices necesarias para el correcto planteamiento de la investigación y haber seguido su desarrollo de forma rigurosa, poniendo a disponibilidad de la autora su amplia formación científica. También quiere mostrar su agradecimiento a Laia González, por su amplio apoyo en lo que respecta a la parte de análisis de datos del estudio.

8. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)* (First Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* (Fifth Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Pierre, J. M. (2010). The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: past, present, and future. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(6), 375-386.

- Rounsaville, B. J., Alarcón, R. D., Andrews, G., Jackson, J. S., Kendell, R. E., & Kendler, K. (2002). Basic nomenclature issues for DSM-V. *A research agenda for DSM-V*, 1-29.
- Stein, D., Phillips, K., Bolton, D., Fulford, K., Sadler, J., & Kendler, K. (2010). What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological Medicine*, 40(11), 1759-1765.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 21(1), 47.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359.
- Sussman, S., & Arnett, J. J. (2014). Emerging adulthood: developmental period facilitative of the addictions. *Evaluation & the health professions*, 37(2), 147-155.
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., ... & Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization world mental health surveys. *Psychological medicine*, 46(14), 2955-2970.
- Stroud, C., Mainero, T., & Olson, S. (2013). *Improving the Health, Safety, and Well-Being of Young Adults: Workshop Summary*. National Academies Press.

- Slavich GM, & Auerbach RP (in press). Stress and its sequelae: Depression, Suicide, and Physical Illness In Butcher JN, Hooley J, and Kendall PC (Eds.), American Psychological Association Handbook of Psychopathology. Washington, DC: American Psychological Association.
- Slavich, G. M., & Auerbach, R. P. (2018). Stress and its sequelae: Depression, suicide, inflammation, and physical illness.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of adolescent health, 46*(1), 3-10.
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of psychiatric research, 47*(3), 391-400.
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College students: mental health problems and treatment considerations. *Academic Psychiatry, 39*(5), 503-511.
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., & WHO WMH-ICS Collaborators (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology, 127*(7), 623–638.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S. M., & Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry, 65*(12), 1429-1437.
- Cho, S. B., Llaneza, D. C., Adkins, A. E., Cooke, M., Kendler, K. S., Clark, S. L., & Dick, D. M. (2015). Patterns of substance use across the first year of college and associated risk factors. *Frontiers in psychiatry, 6*, 152.

- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S. E. (2007). Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Medical care*, 594-601.
- Kendler, K. S., Myers, J., & Dick, D. (2015). The stability and predictors of peer group deviance in university students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(9), 1463-1470.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R. O. N., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... & Uestuen, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry*, 6(3), 168.
- Mendenhall, A. N., Frauenholtz, S., & Conrad-Hiebner, A. (2014). Provider perceptions of mental health literacy among youth. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 31(3), 281-293.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10(1), 1-9.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27.
- Rüschi, N., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Corrigan, P. W., & Rössler, W. (2014). Shame, perceived knowledge and satisfaction associated with mental health as predictors of attitude patterns towards help-seeking. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 23(02), 177-187.
- Bonabi, H., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E., ... & Rüschi, N. (2016). Mental health literacy, attitudes to help seeking, and

perceived need as predictors of mental health service use: a longitudinal study. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(4), 321-324.

- Jorm, A. F., Medway, J., Christensen, H., Korten, A. E., Jacomb, P. A., & Rodgers, B. (2000). Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: effects on actions taken when experiencing anxiety and depression symptoms. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(4), 619-626.
- Judd, F., Komiti, A., & Jackson, H. (2008). How does being female assist help-seeking for mental health problems?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1), 24-29.
- Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social science & medicine*, 39(4), 563-572.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. 1o. Amorrortu, editor. Madrid-Buenos Aires.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16-20.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*, 30(3), 511-541.
- 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.

- Taylor, S. M., Dear, M. J., & Hall, G. B. (1979). Attitudes toward the mentally ill and reactions to mental health facilities. *Social Science & Medicine. Part D: Medical Geography*, 13(4), 281-290.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia bulletin*, 7(2), 225-240.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2004). At issue: Stop the stigma: Call mental illness a brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 477-479.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). 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.
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry research*, 129(3), 257-265.
- Corrigan, P. W., Roe, D., & Tsang, H. W. (2011). *Challenging the stigma of mental illness: Lessons for therapists and advocates*. John Wiley & Sons.
- Yang, L. H., Valencia, E., Alvarado, R., Link, B., Huynh, N., Nguyen, K., ... & Susser, E. (2013). A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile. *Cadernos saude coletiva*, 21(1), 71-79.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Corrigan, P. W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia research*, 69(2-3), 175-182.
- Anglin, D. M., Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Psychiatric Services*, 57(6), 857-862.

- Couture, S., & Penn, D. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of mental health, 12*(3), 291-305.
- Farina, A. (1981). Are women nicer people than men? Sex and the stigma of mental disorders. *Clinical Psychology Review, 1*(2), 223-243.
- Farina, A. (1998). Stigma. In K. T. Mueser, & N. Tarrrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 247–279). Needham Heights MA, Allyn & Bacon Inc.
- Jang, H., Lim, J. T., Oh, J., Lee, S. Y., Kim, Y. I., & Lee, J. S. (2012). Factors affecting public prejudice and social distance on mental illness: analysis of contextual effect by multi-level analysis. *Journal of Preventive Medicine and Public Health, 45*(2), 90.
- Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M. A. R., Scott, A., Staniuliene, 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.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community mental health journal, 43*(5), 439–458.
- Keough, K. A., & Garcia, J. (2000). *Social Psychology of Gender, Race, and Ethnicity: Readings and Projects*. McGraw-Hill Humanities, Social Sciences & World Languages.
- LaFrance, M., Henley, N. M., Hall, J. A., & Halberstadt, A. G. (1997). Nonverbal behavior: Are women's superior skills caused by their oppression? In M. R. Walsh (Ed.), *Women, men, & gender: Ongoing debates* (pp. 101–133). *Yale University Press*, New Haven CT.

- Schieman, S., & Van Gundy, K. (2000). The personal and social links between age and self-reported empathy. *Social Psychology Quarterly*, 152-174.
- Ewalds-Kvist, B., Högberg, T., & Lützén, K. (2013). Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. *Nordic journal of psychiatry*, 67(5), 360-368.
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179.
- Mann, C. E., & Himelein, M. J. (2004). Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55(2), 185-187.
- Watson, A. C., Miller, F. E., & Lyons, J. S. (2005). Adolescent attitudes toward serious mental illness. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(11), 769-772.
- Penn, D. L., Guyan, K., Daily, T., Spaulding, W. D., Garbin, C. P., & Sullivan, M. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best?. *Schizophrenia bulletin*, 20(3), 567-578.
- 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.
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 25(3), 447-456.
- Corrigan, P. W., & Nieweglowski, K. (2019). How does familiarity impact the stigma of mental illness?. *Clinical psychology review*, 70, 40-50.
- Roman, P. M., & Floyd, H. H. (1981). Social acceptance of psychiatric illness and psychiatric treatment. *Social Psychiatry*, 16(1), 21-29.

- Link, B. G., & Cullen, F. T. (1986). Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health and Social Behavior*, 289-302.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American journal of Sociology*, 92(6), 1461-1500.
- Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *The British Journal of Psychiatry*, 162(1), 93-99.
- Pruegger, V. J., & Rogers, T. B. (1994). Cross-cultural sensitivity training: Methods and assessment. *International Journal of Intercultural Relations*, 18(3), 369-387.
- Keane, R. M. (1990). Contemporary beliefs about mental illness among medical students: Implications for education and practice. *Academic psychiatry*, 14(3), 172-177.
- Keane, M. (1991). Acceptance vs. rejection: Nursing students' attitudes about mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 27(3), 13-18.
- 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.
- Penn, D. L., Kommana, S., Mansfield, M., & Link, B. G. (1999). Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. *Schizophrenia bulletin*, 25(3), 437-446.
- 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.

- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American journal of Sociology*, 92(6), 1461-1500.
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 219-225.
-
- Waqas, A., Zubair, M., Ghulam, H., Ullah, M. W., & Tariq, M. Z. (2014). Public stigma associated with mental illnesses in Pakistani university students: a cross sectional survey. *PeerJ*, 2, e698.
- Ahuja, K. K., Dhillon, M., Juneja, A., & Sharma, B. (2017). Breaking barriers: An education and contact intervention to reduce mental illness stigma among Indian college students. *Psychosocial Intervention*, 26(2), 103-109.
- Voll, J. O. (1992). Conservative and traditional brotherhoods. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 524(1), 66-78.
- Kishore, J., Gupta, A., Jiloha, R. C., & Bantman, P. (2011). Myths, beliefs and perceptions about mental disorders and health-seeking behavior in Delhi, India. *Indian journal of Psychiatry*, 53(4), 324.
- Linden, M., & Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of advanced nursing*, 68(6), 1359-1368.
- Pascucci, M., Ventriglio, A., Stella, E., Di Sabatino, D., La Montagna, M., Nicastro, R., ... & Bellomo, A. (2017). Empathy and attitudes towards mental illness among Italian medical students. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(2), 174-184.