

ESTIGMA ASOCIADO A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA ESPAÑOLA

Sandra Arnáez¹, Antonio Chaves², Gema del Valle³
y Gemma García-Soriano²

¹Universidad de Zaragoza; ²Universidad de Valencia; ³Hospital de Sagunto (España)

Resumen

El conocimiento sobre los problemas de salud mental y el contacto previo son variables clave en la lucha contra el estigma. Los objetivos del estudio fueron: (1) explorar el nivel de estigma asociado a los trastornos mentales en estudiantes de diferentes Grados universitarios y (2) analizar la evolución del estigma en estudiantes de Psicología. Dos grupos completaron el "Cuestionario de atribución" (AQ-27). El grupo 1 compuesto por 392 estudiantes de primer curso de los diferentes grados evaluados ($M_{\text{edad}}= 18,59$ años; $DT= 1,29$; 60% mujeres), y el grupo 2 por 152 estudiantes de tercer curso de Psicología ($M_{\text{edad}}= 24,35$ años; $DT= 8,97$; 73,4% mujeres). Los estudiantes del grupo 1 con contacto previo con trastornos mentales mostraron actitudes menos estigmatizantes. Se observaron diferencias en función del Grado cursado. El grupo 2 mostró menores niveles de estigma a lo largo del curso académico. Los resultados apoyan la eficacia que la formación en salud mental y las intervenciones de sensibilización mediante el contacto con personas con problemas de salud mental, pueden tener en la reducción del estigma.

PALABRAS CLAVE: *estigma, salud mental, Cuestionario de atribución, estudiantes universitarios, contacto.*

Abstract

Knowledge about mental health problems and previous contact are key variables in the fight against stigma. The aims of the study were: (1) to explore the level of stigma associated with mental disorders in students of different university degrees, and (2) to analyse the evolution of stigma in psychology students. Two groups completed the Attribution Questionnaire (AQ-27). Group 1 consisted of 392 first-year students of the different degrees evaluated ($M_{\text{age}}= 18.59$ years, $SD= 1.29$, 60% female), and group 2 consisted of 152 third-year Psychology undergraduates ($M_{\text{age}}= 24.35$ years, $SD= 8.97$, 73.4% female). Group 1 students with previous contact with mental disorders showed less stigmatising attitudes. Differences were observed according to grade level. Group 2 showed lower levels of stigma throughout the academic year. The results support the effectiveness that

mental health education and awareness-raising interventions through contact with people with mental health problems can have in reducing stigma.

KEY WORDS: *stigma, mental health, Attribution Questionnaire, university students, contact.*

Introducción

El estigma asociado a los problemas de salud mental constituye un problema frecuente para las personas que lo sufren y sus familias (Alonso *et al.*, 2009; Cole *et al.*, 2011; Luoma *et al.*, 2007; Thornicroft *et al.*, 2022). Las personas con diagnóstico de trastorno mental suelen ser consideradas como violentas, peligrosas, impredecibles o culpables de su trastorno mental, y con las cuales es difícil comunicarse (Crisp *et al.*, 2000; Link *et al.*, 1999; Peluso y Blay, 2009; Pescosolido *et al.*, 1999; Yap y Jorm, 2011; Wang y Lai, 2008). Esta consideración de personas violentas y peligrosas también se ha relacionado con un aumento del deseo de distancia social (Link *et al.*, 1999). La propia terminología que empleamos a la hora de referirnos a las personas con un problema de salud mental puede tener connotaciones negativas. En la literatura se emplean diferentes términos para referirse a las condiciones de salud mental como enfermedad mental, trastorno psiquiátrico, trastorno mental o personas con afecciones de salud mental (Thornicroft *et al.*, 2022). A lo largo de este trabajo emplearemos los términos personas con problemas de salud mental o con diagnóstico de trastorno mental.

Recientemente, la Comisión de Lancet sobre el fin del estigma y la discriminación en la salud mental, a partir de la revisión sistemática de la literatura, y de los resultados de una encuesta realizada a personas con problemas de salud mental de un total de 45 países, describe las importantes repercusiones negativas que tiene el estigma a nivel personal (p. ej., autoestigma, calidad de vida); estructural (por ej., legal, derechos humanos, intervenciones psicosociales); sobre la atención médica y social; y a nivel social y económico (por ej., a nivel laboral). Concluyendo que el estigma y la discriminación contravienen los derechos básicos y tienen importantes consecuencias negativas en las personas con problemas de salud mental al incrementar su marginalización y exclusión de la sociedad (Thornicroft *et al.*, 2022). El estigma está asociado con una peor calidad de vida y más limitación social (Alonso *et al.*, 2009; Luoma *et al.*, 2007), genera malestar emocional en los pacientes y afecta a la consideración que los propios pacientes tienen de sí mismos. Tal y como destaca el estudio de Corrigan (2004), las personas con problemas de salud mental realizan una interiorización del estigma, que les lleva a un deterioro en la autoestima, en el sentimiento de autoeficacia, y a experimentar vergüenza. Además, el estigma propicia la ocultación del trastorno y constituye una de las principales barreras para buscar ayuda profesional (Clement *et al.*, 2015; del Valle *et al.*, 2017, 2018; García-Soriano *et al.*, 2014; Gutierrez *et al.*, 2020; Issakidis y Andrews, 2002; Lorian y Grisham, 2011), lo cual da lugar a una mayor cronicidad de los trastornos mentales y a que los pacientes experimenten cada vez mayor malestar y limitaciones en su vida.

La población joven es un grupo vulnerable a presentar estereotipos y prejuicios hacia las personas con trastornos mentales (Adlaf *et al.*, 2009; Rodríguez *et al.*, 2016; Yoshioka *et al.*, 2014). Corrigan y colaboradores (2005) encontraron que los adolescentes percibían a los pacientes como responsables de su problema mental y peligrosos. La percepción de responsabilidad se asociaba, así mismo, a sentir más ira hacia ellos y esta ira reducía la ayuda proporcionada, mientras que la percepción de peligrosidad se asociaba a experimentar más temor hacia ellos y a evitarlos. Esta actitud también estaba presente en los adolescentes que tenían contacto con personas con trastornos mentales, lo cual es atribuido por los autores a una posible falta de conocimientos sobre la salud mental o al tipo de contacto establecido. De la misma manera, Peluso y Blay (2009) encontraron que tener una edad joven hizo más probable la presencia de reacciones y emociones negativas hacia las personas con trastorno depresivo. En la misma línea, recientemente Bradbury (2020) observa que las personas mayores de 40 años presentaban actitudes menos estigmatizantes hacia las personas con diagnóstico de ansiedad generalizada y esquizofrenia que el grupo de 16-18 años. Estos autores relacionan este resultado con el hecho que los jóvenes pueden tener menos información y menos contacto o experiencia con personas afectadas por problemas de salud mental. En la línea de lo que plantean estos estudios, la literatura ha analizado la influencia que tienen sobre el estigma tanto el conocimiento sobre los trastornos mentales como el contacto con personas que los sufren.

Respecto a la primera de estas dos variables, hay estudios realizados con población universitaria que reflejan la presencia de un alto desconocimiento sobre la salud mental (Furnham *et al.*, 2011; Ozamiz-Etxebarria *et al.*, 2022). Cuando se ha comparado el estigma presente en estudiantes de Psicología con estudiantes de otras Facultades, se ha encontrado que estos últimos tenían una percepción más negativa hacia las personas con problemas de salud mental, reaccionaban emocionalmente peor ante ellos y mostraban más conductas de evitación (Bannatyne y Stapleton, 2017; Ruíz *et al.*, 2022; Saavedra y Murvatian, 2021). Los estudios en los que se ha comparado a estudiantes que inician sus estudios de Psicología con estudiantes que han avanzado en la carrera y, por tanto, han cursado asignaturas relacionadas con la parte clínica o de prácticas, han obtenido que o bien no hay diferencias en el nivel de estigma, manteniéndose en un nivel leve o moderado (Fresán *et al.*, 2012) o disminuye al adquirir conocimientos, pero aun así persiste en un grado significativo (Economou *et al.*, 2017; Grandón *et al.*, 2022).

Con relación a la influencia del contacto previo con personas con trastornos mentales, hay estudios que han mostrado que el contacto por sí solo no asegura la reducción del estigma, ya que éste no disminuye cuando se conoce a una persona con un trastorno mental (Crisp *et al.*, 2000; Yap y Jorm, 2011). En este sentido, otros estudios apuntan que no es el hecho de conocer a una persona con un problema de salud mental, sino que sea alguien cercano con quien se conviva, lo que se asociaría a menores actitudes estigmatizantes (Ruiz *et al.*, 2022). De hecho, cuando la persona con diagnóstico de trastorno mental pertenece al entorno cercano, el estigma influye en el tipo y calidad de ayuda que proporciona la población joven, de forma que Yap y Jorm (2011) observaron que la consideración de peligrosidad e impredecibilidad propició la búsqueda de ayuda profesional en nombre de la

persona, mientras que la distancia social y la consideración de debilidad hicieron que se proporcionara una ayuda menos útil e incluso se favoreciera en menor medida la búsqueda de ayuda profesional. De Sousa *et al.* (2012) realizaron un estudio con familiares de pacientes con esquizofrenia, los cuales mostraban una actitud positiva y poco estigmatizante que podía estar asociada al contacto habitual con los pacientes. Sin embargo, presentaban un nivel alto de coacción que, según los autores, podía reflejar un estigma oculto que influía negativamente en la autodeterminación del paciente. Los familiares con un nivel educativo bajo sentían más pena, lo que podría implicar que una educación formal y mayor información en Salud Mental contribuiría a un mejor manejo del trastorno.

Otros estudios han abordado de forma conjunta la influencia de ambas variables. Matteo y You (2012) encontraron que la transmisión de información sobre mitos y estereotipos no disminuyó la distancia social, mientras que sí lo hizo el contacto con personas con trastorno mental. Por otra parte, Ahuja *et al.* (2017) realizaron un estudio con estudiantes universitarios a los que se les dio información sobre trastornos mentales y tuvieron contacto con personas con problemas de salud mental. La combinación de ambas estrategias permitió reducir estereotipos y la visión negativa de los trastornos mentales. Aunque las actitudes positivas en general se mantuvieron a la semana de seguimiento, no todos los beneficios persistieron e incluso la restricción social volvió a los niveles previos al estudio. En este mismo sentido, Coodin y Chisholm (2001) mostraron que la asistencia de estudiantes de medicina a un taller sobre esquizofrenia impartido por un psiquiatra en el que participaba también un paciente hablando de su propia experiencia, tuvo efectos positivos al reducir las actitudes estigmatizantes hacia la esquizofrenia. Por otro lado, estudiantes de enfermería mostraron una disminución de las actitudes estigmatizantes hacia los trastornos mentales y un aumento de los conocimientos sobre los mismos tras cursar una asignatura sobre los trastornos mentales junto con las prácticas en el área de salud mental (Sayols-Villanueva *et al.*, 2015). Así mismo, Wang y Lai (2008) encontraron que el grado de estigma hacia personas con depresión variaba en función de los conocimientos sobre el trastorno y del contacto con personas cercanas con depresión. Sin embargo, estas dos variables no influyeron en la consideración de las personas con depresión como impredecibles y peligrosas, catalogadas así por un 45% y un 20% de la muestra, respectivamente.

Dado que la literatura ofrece resultados contradictorios y poco concluyentes respecto a la influencia del conocimiento sobre los trastornos mentales y del contacto con pacientes, nos planteamos explorar la relevancia de ambas variables en el estigma hacia los problemas de salud mental. Concretamente los objetivos de este estudio han sido: (1) analizar los niveles de estigma hacia los problemas de salud mental en estudiantes que acaban de comenzar su formación universitaria teniendo en cuenta el contacto previo con los trastornos mentales y la carrera universitaria seleccionada, y (2) explorar los niveles de estigma del alumnado que acaba de comenzar su formación universitaria en el Grado en Psicología (primer curso) en comparación con los del alumnado que ha iniciado tercer curso; y además comparar al alumnado de tercer curso antes de comenzar y tras la finalización del mismo (el tercer curso incluye las asignaturas de Psicopatología e Intervención y Tratamientos Psicológicos).

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 544 estudiantes universitarios divididos en dos grupos. El primer grupo estaba compuesto por 392 estudiantes de primer curso de Grado con una media de edad de 18,59 años ($DT= 1,29$; 60% mujeres). Este primer grupo estaba formado, a su vez, por 98 estudiantes del Grado en Psicología ($M_{edad}= 18,92$ años; $DT= 1,59$; 86,7% mujeres), 142 estudiantes del Grado en Filología ($M_{edad}= 18,36$; $DT= 1,10$; 79,6% mujeres), y 152 estudiantes de diferentes Grados de la rama de Ingeniería ($M_{edad}= 18,59$; $DT= 1,18$; 25% mujeres). Los estudiantes de los diferentes grados no diferían en términos de contacto previo con familiares cercanos con problemas de salud mental, $\chi^2 (2, N= 392)= 4.521$; $p= 0,104$. El segundo grupo de estudiantes estaba compuesto por 152 estudiantes de tercer curso del Grado en Psicología, con una media de edad de 24,35 años ($DT= 8,97$; 73,4% mujeres). En la tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos de ambos grupos.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de los participantes

Variabes	Grupo 1 (N= 392)	Grupo 2 (N= 152)
Edad (M y DT)	18,59 (1,29)	24,35 (8,97)
Sexo		
Hombre	39,8%	26,6%
Mujer	60,2%	73,4%
Contacto previo		
Sí	38,3%	47,9%
No	61,7%	52,1%
Grado		
Psicología	25,0%	100%
Ingeniería	36,2%	
Filología	38,4%	
Escalas del AQ-27 (M y DT)		
Responsabilidad	9,07 (3,20)	8,84 (3,12)
Piedad	18,01 (3,94)	17,40 (3,60)
Ira	9,24 (4,15)	8,35 (3,69)
Peligrosidad	12,53 (4,89)	10,97 (4,09)
Miedo	10,26 (5,55)	8,05 (4,08)
Ayuda	21,96 (4,02)	24,00 (3,19)
Coacción	19,79 (4,24)	18,48 (4,75)
Segregación	11,16 (5,07)	9,04 (4,30)
Evitación	17,07 (5,34)	12,58 (4,75)

Nota: Grupo 1= Estudiantes de primer año del Grado en Psicología, Filología y diferentes ramas del Grado en Ingeniería; Grupo 2= Estudiantes de tercer año del Grado en Psicología (N= 152); AQ-27= Cuestionario de atribución.

Instrumentos

- a) Datos demográficos y de contacto con personas con trastorno mental. Se recogieron datos de sexo, edad, y contacto previo con problemas de salud mental (p. ej., «¿Algún familiar cercano ha sufrido o sufre algún problema de salud mental?»).
- b) “Cuestionario de atribución” (*Attribution Questionnaire*; AQ-27; Corrigan *et al.*, 2003), versión española de Muñoz *et al.* (2015). Este cuestionario evalúa el estigma hacia las personas con trastornos mentales. El AQ-27 es un cuestionario autoadministrado que valora a través de 27 preguntas agrupadas en nueve subescalas actitudes y creencias estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales: Responsabilidad («Pensaría que es culpa de Juan que se encuentre en su situación actual»), Piedad («Sentiría pena por Juan»), Ira («Me sentiría violentado a causa Juan.»), Peligrosidad («Me sentiría inseguro cerca de Juan»), Miedo («Juan me aterraría»), Ayuda («Estaría dispuesto a hablar con Juan acerca de su problema»), Coacción («Si estuviera al cargo del tratamiento de Juan, le exigiría que se tomara su medicación»), Segregación («Creo que Juan supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza») y Evitación («Si fuera un empresario, entrevistaría a Juan para un trabajo»). Cada pregunta se responde en una escala tipo Likert que va de 1 a 9 donde mayores puntuaciones indican mayor valor para el ítem o factor. La puntuación de cada subescala se obtiene mediante la suma de las tres preguntas correspondientes a dicha subescala, por lo que los valores de cada escala oscilan entre 3 y 27. A mayor puntuación mayores actitudes estigmatizantes, excepto en la escala de Ayuda. La validación al español del AQ-27 mostró unas buenas propiedades psicométricas (Muñoz *et al.*, 2015). En nuestro estudio, dos de las subescalas del AQ-27 mostraron una consistencia interna pobre (Responsabilidad y Pena), mientras que las otras mostraron una consistencia interna entre aceptable y buena (alfa de Cronbach entre 0,64 [Coacción] y 0,92 [Miedo]).

Procedimiento

Se acudió a diferentes aulas de una universidad pública española donde el alumnado recibía su docencia de grado durante las primeras semanas del curso académico. En el aula se les invitó a participar en el estudio completando el instrumento de evaluación y datos demográficos. En el caso de estudiantes de tercer curso del Grado en Psicología se les evaluó en tres momentos diferentes a lo largo del curso académico: (a) al inicio del curso; (b) 15 días después de recibir una conferencia de sensibilización sobre salud mental de 2 horas de duración impartida por una asociación de personas con problemas de salud mental grave y por sus familiares en la que participaron un profesional de la asociación, un paciente y un familiar, y (c) 9 meses después de finalizar el curso, habiendo cursado las asignaturas de Psicopatología e Intervención Psicológica de 9 créditos ECTS cada una (90 horas lectivas). Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación en Humanos de la Universidad de Valencia (H1543236533190).

Análisis de datos

En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos y las distribuciones de frecuencia. Para analizar las diferencias entre grupos independientes se utilizó la prueba *t* de Student (variables continuas). Por otro lado, se llevó a cabo un análisis de la covarianza univariante (ANCOVA) para eliminar las diferencias pretest entre los grupos en el caso de que fuesen significativas. Posteriormente, se realizó un ANOVA de medidas repetidas para comparar los valores medios de cada variable a lo largo de 3 momentos. Se emplearon pruebas *post-hoc* con la corrección de Bonferroni, para identificar entre qué grupos se encontraban las diferencias estadísticamente significativas observadas. Para calcular los tamaños del efecto se utilizaron los valores de eta cuadrado parcial (η_p^2) (0,01 pequeño; 0,06 mediano; 0,14 grande) y la *d* de Cohen (0,2 pequeño; 0,5 mediano y 0,8 grande) (Cohen, 1988). Todos los análisis se realizaron con el programa SPSS versión 26.

Resultados

El nivel de estigma asociado a los problemas de salud mental en los diferentes Grados universitarios

Las escalas del AQ-27 que mostraron puntuaciones más elevadas entre los estudiantes universitarios (grupo 1) fueron las de Ayuda ($M= 21,96$; $DT= 4,02$) y Coacción ($M= 19,76$; $DT= 4,24$) (tabla 2). Únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las escalas de Ayuda (Mujeres: $M= 22,83$; $DT= 3,62$; Hombres: $M= 20,66$; $DT= 4,24$; $t(390)= 5,406$; $p < 0,001$) y Evitación (Mujeres: $M= 17,61$; $DT= 5,42$; Hombres: $M= 16,24$; $DT= 5,12$; $t(390)= 2,511$; $p= 0,012$), siendo mayor la puntuación en el caso de las mujeres en ambas escalas. Respecto al contacto previo con trastornos mentales, los estudiantes universitarios que habían tenido contacto previo mostraron un menor nivel de estigma, de forma que sus puntuaciones fueron significativamente más bajas en las escalas de Responsabilidad, Ira, Peligrosidad, Miedo, Coacción y Segregación, y más elevadas en las escalas de Evitación y Ayuda, si bien los tamaños del efecto fueron pequeños.

En función de la carrera universitaria, y controlando el contacto previo con los trastornos mentales, se observaron diferencias significativas en las escalas de Ira, Peligrosidad, Miedo, Segregación, Evitación y Ayuda, aunque con tamaños del efecto moderados o bajos, excepto en la escala de Ayuda que fue elevado. Por lo general, los estudiantes de Filología mostraron mayores niveles de estigma y los de Psicología mayor tendencia a la Ayuda (tabla 3).

Tabla 2

Diferencias en el nivel de estigma de los estudiantes de diferentes Grados en función del contacto previo con los problemas de salud mental

Escala del Cuestionario de atribución	Contacto previo con problemas de salud mental				$t_{(390)}$	p	d
	Sí ($n=150$)		No ($n=242$)				
	M	DT	M	DT			
Responsabilidad	8,63	3,22	9,34	3,17	2,15	0,031	0,22
Piedad	17,96	4,20	18,04	3,78	0,18	0,851	0,02
Ira	8,26	3,99	9,86	4,13	3,76	< 0,001	0,39
Peligrosidad	11,65	4,67	13,08	4,96	2,84	0,005	0,29
Miedo	9,11	5,25	10,97	5,61	3,26	0,001	0,34
Ayuda	22,67	3,97	21,53	3,99	2,74	0,006	0,28
Coacción	19,18	4,49	20,16	4,05	2,23	0,026	0,22
Segregación	10,16	5,04	11,79	5,00	3,11	0,002	0,32
Evitación	18,09	5,30	16,43	5,27	3,01	0,003	0,31

Tabla 3

Diferencias en el nivel de estigma en función de los estudios universitarios de grado

Escala AQ-27	Psicología $n=98$		Filología $n=142$		Ingeniería $n=152$		$F_{(3,391)}$	p	η_p^2
	M	DT	M	DT	M	DT			
Responsabilidad	8,89	3,26	8,92	3,14	9,33	3,23	2,12	0,096	0,01
Piedad	17,80	3,93	18,65	3,78	17,55	4,05	2,04	0,107	0,01
Ira	8,28 _a	3,43	9,88 _b	4,16	9,28 _{a,b}	4,45	7,07	<0,001	0,05
Peligrosidad	12,05	4,37	13,09	5,14	12,32	4,95	3,43	0,017	0,02
Miedo	9,78	5,03	11,05	6,02	9,84	5,35	4,71	0,003	0,03
Ayuda	23,76 _a	2,79	22,07 _b	4,14	20,71 _c	4,13	14,85	<0,001	0,10
Coacción	19,44	3,95	20,14	4,31	19,68	4,36	2,06	0,105	0,01
Segregación	10,51	4,75	11,70	5,21	11,08	5,11	3,93	0,008	0,03
Evitación	17,16	5,63	17,19	5,178	16,89	5,33	3,15	0,025	0,02

Notas: AQ-27= Cuestionario de atribución. a,b,c= indican las diferencias significativas entre grupos ($p \leq 0,05$).

Evolución del nivel de estigma asociado a los problemas de salud mental en el estudiantado del Grado en Psicología

Los estudiantes que habían finalizado el tercer curso puntuaron significativamente más bajo que los estudiantes de primer curso en las escalas de Ira, Peligrosidad, Miedo, Coacción, Segregación y Evitación, además de contar con elevados tamaños del efecto (tabla 4).

Entre los estudiantes de tercer curso, los niveles de estigma disminuyeron a lo largo del curso. Tras la conferencia sobre sensibilización, disminuyó la puntuación en las escalas de Ira, Miedo, Peligrosidad, Coacción, Segregación y Evitación. Tras finalizar el curso, disminuyó la puntuación en las escalas de Responsabilidad, Ira, Coacción y Evitación. Además, los tamaños del efecto fueron por lo general elevados (tabla 5).

Tabla 4

Diferencias en el nivel de estigma entre los estudiantes que acababan de iniciar el primer curso y los que habían finalizado el tercer curso del Grado en Psicología

Escala del Cuestionario de atribución	Al inicio de primer curso (n= 98)		Al final del tercer curso (n= 91)		$t_{(187)}$	p	d
	M	DT	M	DT			
Responsabilidad	8,89	3,26	8,52	2,82	0,83	0,405	0,12
Piedad	17,80	3,93	16,91	3,68	1,58	0,114	0,23
Ira	8,28	3,43	7,03	3,45	2,48	0,014	0,36
Peligrosidad	12,05	4,37	9,11	4,14	4,73	<0,001	0,69
Miedo	9,78	5,03	6,95	3,84	4,32	<0,001	0,63
Ayuda	23,76	2,79	23,86	2,93	0,24	0,807	0,03
Coacción	19,44	3,95	16,96	4,69	3,94	<0,001	0,57
Segregación	10,51	4,75	7,56	4,10	4,54	<0,001	0,66
Evitación	17,16	5,63	10,27	5,25	8,64	<0,001	1,26

Tabla 5

Evolución de los niveles de estigma de los estudiantes de tercer curso del Grado en Psicología

Escala del Cuestionario de atribución	Antes de la charla de sensibilización (n= 59)		Después de la charla de sensibilización (n= 59)		Tras finalizar el tercer curso (n= 59)		$F_{(2, 116)}$	p	η^2
	M	DT	M	DT	M	DT			
Responsabilidad	9,05	3,10	9,54	3,35	8,38	3,00	3,53	0,032	0,05
Piedad	17,32	3,41	17,21	3,55	17,01	3,55	0,28	0,754	0,00
Ira	8,71 _a	3,40	7,24 _b	3,24	6,94 _b	3,10	8,74	<0,001	0,13
Peligrosidad	11,12 _a	3,94	9,22 _b	4,12	9,46 _b	3,87	6,98	0,001	0,10
Miedo	8,47 _a	3,96	6,72 _b	3,84	7,03 _b	3,48	6,74	0,002	0,10
Ayuda	23,77	2,18	24,40	2,54	24,00	2,51	2,42	0,093	0,04
Coacción	18,74 _a	4,29	17,36 _b	4,27	17,31 _b	4,21	5,80	0,004	0,09
Segregación	9,47 _a	4,15	6,94 _b	3,20	7,52 _b	3,70	15,06	<0,001	0,21
Evitación	12,33 _a	4,20	13,92 _b	3,28	10,31 _c	5,10	19,26	<0,001	0,25

Nota: a,b,c= indican las diferencias significativas entre las medias.

Discusión

Los resultados obtenidos reflejan la presencia de actitudes estigmatizantes hacia los problemas de salud mental en los estudiantes universitarios evaluados, manifestándose sobre todo en el grado de coacción. Este estigma fue menor en el estudiantado que informó tener un contacto previo con familiares cercanos con diagnóstico de trastorno mental, reflejándose en una menor percepción de responsabilidad y peligrosidad, en menores reacciones de ira, miedo, coacción y segregación, y en más conductas de ayuda. Este resultado corrobora el obtenido en otros estudios en los que la familiaridad reducía la percepción de peligrosidad y la distancia social (Angermeyer *et al.*, 2004), pero contrasta con aquellos estudios en los que el contacto no reduce o incluso incrementa el estigma (Crisp *et al.*, 2000; Corrigan *et al.*, 2005; Yap y Jorm, 2011). Tal vez debido a que la diferencia no está

en el contacto en sí, sino en el tipo de contacto con la persona con problemas de salud mental. En este caso, se preguntaba por familiares cercanos con problemas de salud mental. Así mismo, se observa que las actitudes hacia los problemas de salud mental difieren entre quienes eligen estudiar una u otra carrera universitaria, siendo los estudiantes de Psicología quienes mostraron una mayor disposición de ayuda hacia las personas con problemas de salud mental.

Por otro lado, nuestros resultados también reflejan que el aumento de conocimientos sobre los trastornos mentales y la salud mental contribuye a disminuir los niveles de estigma, lo cual confirma la importancia de mejorar la educación en Salud Mental. Los estudiantes de tercer curso mostraron menores niveles de estigma que los de primer curso, y su nivel de estigma además disminuyó a lo largo del curso y tras la conferencia de sensibilización. Estos resultados contrastan con los estudios que han encontrado que el conocimiento o no cambia o incluso incrementa la distancia social hacia pacientes con esquizofrenia (Angermeyer *et al.*, 2009). Cabe destacar que no todo el conocimiento que se transmite reduce el estigma. De hecho, Mann y Himelein (2008) encontraron que el método tradicional de enseñanza de la psicopatología basado en síntomas y diagnóstico no mejoraba el estigma, mientras que sí lo hacía un método de enseñanza que daba un enfoque más humanizador. De la misma manera, Economu *et al.* (2017) han puesto de manifiesto la diferencia entre tener conocimientos y la educación en Salud Mental, por lo que conocer un determinado problema psicológico no implica necesariamente tener actitudes y creencias adecuadas hacia él. Por otra parte, cabe tener en cuenta que la transmisión de conocimiento puede no influir de la misma forma según el tipo de trastorno mental. El estudio de Takeuchi y Sakagami (2018), realizado con estudiantes universitarios internacionales, encontró que el conocimiento influyó de forma diferencial en el estigma percibido en la esquizofrenia y el trastorno depresivo. Mientras el conocimiento disminuyó el estigma en el caso del trastorno depresivo, lo incrementó en el caso de la esquizofrenia.

Cabría pensar que el conocimiento o el contacto por sí solos no serían suficientes para reducir el estigma, de hecho, hay autores que afirman que el ofrecer información sin estrategias dirigidas al contacto puede incrementar el estigma en lugar de disminuirlo (Fresán *et al.*, 2012), mientras que otros autores encuentran que el contacto previo generaría un cambio en la opinión hacia personas con trastorno mental si se establece cuando ya se ha recibido o se está recibiendo formación relacionada con la Salud Mental (Barroso-Hurtado y Mendo-Lázaro, 2018). Es por ello que sería necesario diseñar programas de intervención en los que se incluyeran ambas variables. Por un lado, el componente educativo debería incluir no solo información sobre las características del trastorno, ya que ésta no parece ser suficiente en personas que ya tienen algún conocimiento sobre Salud Mental (Saavedra y Murvatian, 2021), sino también información que ayude a desarticular los mitos, estereotipos y creencias distorsionadas asociados a los trastornos mentales. Por otro lado, promover un mayor contacto con personas que sufren problemas de salud mental permitiría tener una aproximación más cercana y humanizadora hacia la salud mental y percibirlos como personas integradas y con participación activa en la sociedad. La combinación de ambos componentes (*i.e.*, información y contacto) favorecería un acercamiento más completo y por tanto

ayudaría a combatir mejor el estigma. Dado que el estigma difiere según el trastorno mental (Pescosolido *et al.*, 1999), sería importante investigar más profundamente cómo se refleja el estigma en los diferentes trastornos mentales y poder diseñar así programas de intervención específicos.

En el presente estudio se ha comprobado que el estigma está muy presente entre la población joven. Resulta especialmente interesante estudiar el nivel de estigma en este colectivo, con el fin de desarrollar y dirigir hacia ellos programas anti-estigma, ya que son los profesionales que en el futuro trabajarán en estrecho contacto con individuos con problemas de salud mental. La situación es preocupante si tenemos en cuenta que este estigma podría afianzarse o incrementarse en la edad adulta y si estos jóvenes llegan a tener profesiones que impliquen un contacto con personas con diagnóstico de trastorno mental como por ejemplo profesiones sanitarias o del ámbito de la educación. De hecho, hay estudios que han comprobado la existencia de estigma entre médicos de atención primaria, especialmente jóvenes y con poca exposición a los trastornos mentales (Kluemper *et al.*, 2021) y entre profesionales de la Salud Mental con el consiguiente impacto negativo en los pacientes atendidos (Valery y Prouteau, 2020; Wang *et al.*, 2018). En la línea de los estudios de Rodríguez *et al.* (2016) y Wong *et al.* (2019) sería importante implementar de forma generalizada programas de intervención dirigidos a adolescentes que permitan disminuir el estigma de forma temprana. Sin embargo, tal y como destacan Henderson y Gronholm (2018), para que los programas antiestigma sean eficaces a largo plazo, deberían abarcar sectores amplios de la población dado que el estigma es un concepto muy complejo que se manifiesta de forma muy generalizada. En este sentido, es muy relevante la influencia que en los jóvenes tienen las redes sociales dado elevado uso que hacen de ellas. Un estudio realizado por Robinson *et al.* (2019) ha comprobado el alto nivel de estigma presente en redes sociales, por lo que sería importante explorar con más detalle la imagen de los trastornos mentales que se transmite a través de ellas y conseguir que ofrezcan una imagen rigurosa y respetuosa.

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, aunque los niveles de estigma disminuyeron en los estudiantes de Psicología de tercer curso tras la charla de sensibilización y el haber cursado las asignaturas de Psicopatología e Intervención Psicológica, no se puede concluir que los resultados respondieran a estas variables ya que no se realizó una comparación con estudiantes que no hubieran recibido la charla ni cursado esas asignaturas. En segundo lugar, la reducción del estigma obtenida no permite afirmar que se haya producido un aumento de las actitudes positivas hacia las personas con trastornos mentales, aunque el incremento de la actitud de ayuda apuntaría en esta dirección.

A modo de conclusión, los resultados de este estudio sugieren que el estigma hacia los problemas de salud mental difiere en función de los estudios universitarios cursados, mostrándose mayor tendencia a la ayuda en los estudiantes que eligen estudiar Psicología. Además, se observa que la familiaridad o contacto previo con personas con problemas de salud mental favorece actitudes menos estigmatizantes. Por otro lado, se observa que la formación en salud mental, a través de asignaturas regladas como Psicopatología e Intervención y tratamientos psicológicos, y el contacto con una persona con diagnóstico de trastorno mental, a través de una

charla de sensibilización, son eficaces en la reducción del estigma en la población de estudiantes universitarios. Resulta necesario seguir trabajando en intervenciones que disminuyan el estigma asociado a los problemas mentales, y especialmente en la población joven universitaria pues serán agentes clave en la lucha contra el estigma, fomentando la aceptación y la integración de las personas con trastornos mentales.

Referencias

- Adlaf, E. M., Hamilton, H. A., Wu, F. y Noh, S. (2009). Adolescent stigma towards drug addiction: effects of age and drug use behaviour. *Addictive Behaviors*, *34*, 360-364. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.11.012
- Ahuja, K. K., Dhillon, M., Juneja, A. y Sharma, B. (2017). Breaking barriers: an education and contact intervention to reduce mental illness stigma among Indian college students. *Psychosocial Intervention*, *26*, 103-109. doi: 10.1016/j.psi.2016.11.003
- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J. M., de Girolamo, G., Bruffaerts, R., Kovess, V., Matschinger, H. y Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, *118*, 180-186. doi: 10.1016/j.jad.2009.02.006
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H. y 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*, 175-182. doi: 10.1016/S0920-9964(03)00186-5
- Angermeyer, M., Holzinger, A. y Matschinger, H. (2009). Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *European Psychiatry*, *24*, 225-232. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.06.010
- Bannatyne, A. J. y Stapleton, P. B. (2017). Attitudes towards anorexia nervosa: volitional stigma differences in a sample of pre-clinical medicine and psychology students. *Journal of Mental Health*, *26*, 442-448. doi: 10.3109/09638237.2016.1149801
- Barroso-Hurtado, D. y Mendo-Lázaro, S. (2018). La relevancia de la formación y el contacto previo en la opinión de estudiantes universitarios sobre las personas con trastorno mental. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, *16*(44), 59-78. doi: 10.25115/ejrep.v16i44.1937
- Bradbury, A., 2020. Mental health stigma: the impact of age and gender on attitudes. *Community Mental Health Journal* *56*, 933-938. doi: 10.1007/s10597-020-00559-x
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L. y 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*, 11-27. doi: 10.1017/S0033291714000129
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillside.
- Cole, J., Logan, T. K. y Walker, R. (2011). Social exclusion, personal control, self-regulation, and stress among substance abuse treatment clients. *Drug and Alcohol Dependence*, *113*, 13-20. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.06.018
- Coodin, S. y Chisholm, F. (2001). Teaching in a New Key: effects of a co-taught seminar on medical students' attitudes toward schizophrenia. *Reports*, *24*, 299-302. doi: 10.1037/h0095082
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, *59*, 614-625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614

- Corrigan, P., Demming, B., Goldman, H., Slopen, N., Medasani, K. y Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56, 544-550. doi: 10.1176/appi.ps.56.5.544
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. y Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- de Sousa, S., Marques, A., Currel, R. y Queirós, C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34, 186-197. doi: 10.1590/S2237-60892012000400004
- del Valle, G., Belloch, A. y Carrió, C. (2017). The long and complex road in the search for treatment for mental disorders: an analysis of the process in five groups of patients. *Psychiatry Research*, 253, 1-8. doi: 10.1016/j.psychres.2017.03.024
- del Valle, G., Carrió, C., y Belloch, A. (2018). Fases temporales y variables motivacionales: dos perspectivas complementarias en el proceso de búsqueda de ayuda por enfermedad mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11, 176-183.
- Economou, M., Peppou, L. E., Geroulanou, K., Kontoangelos, K., Prokopi, A., Pantazi, A., Zervakaki, A. y Stefanis, C. N. (2017). Attitudes of psychology students to depression and its treatment: implications for clinical practice. *Psychiatriki*, 28, 46-53. doi: 10.22365/jpsych.2017.281.46
- Fresán, A., Robles, R., Cota, M., Berlanga, C., Lozano, D. y Tena, A. (2012). Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Mental*, 35, 215-223.
- Furnham, A., Cook, R., Martin, N. y Batey, M. (2011). Mental health literacy among university students. *Journal of Public Mental Health*, 10, 198-210. doi: 10.1108/17465721111188223
- García-Soriano, G., Rufer, M., Delsignore, A. y Weidt, S. (2014). Factors associated with non-treatment seeking in OCD sufferers: a review of the literature. *Psychiatry Research*, 220, 1-10. doi: 10.1016/j.psychres.2014.07.009
- Grandón, P., Masedo, A., Saldivia, S., Romero-López-Alberca, C., Bustos, C., Vielma, A., Siprian Castro-Alzate, E., Hervías-Ortega, F. y Moreno-Küstner, B. (2022). Stigma toward people with severe mental disorder in university students before and after their practicum program in mental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 53(1), 14-22. doi: 10.1037/pro0000415
- Gutierrez, D., Crowe, A., Mullen, P. R., Pignato, L. y Fan, S. (2020). Stigma, help seeking, and substance use. *The Professional Counselor*, 10, 220-234. doi: 10.15241/dg.10.2.220
- Henderson, C. y Gronholm, P.C. (2018). Mental health related stigma as a 'wicked problem': the need to address stigma and consider the consequences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1158. doi: 10.3390/ijerph15061158
- Issakidis, C. y Andrews, G. (2002). Service utilisation for anxiety in an Australian community sample. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37, 153-163. doi: 10.1007/s001270200009
- Kluemper, A., Heath, L., Loeb, D., Kroehl, M. y Trinkley, K. (2021). Depression-related stigma among primary care providers. *Mental Health Clinician*, 11, 175-80. doi: 10.9740/mhc.2021.05.175
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A. y Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333.
- Lorian, C. N. y Grisham, J. R. (2011). Clinical implications of risk aversion: an online study of risk-avoidance and treatment utilization in pathological anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 840-848. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.04.008

- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M. y Fisher, G. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, *32*, 1331-1346. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.09.008
- Mann, C. E. y Himelein, M. J. (2008). Putting the person back into psychopathology: an intervention to reduce mental illness stigma in the classroom. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *43*, 545-551. doi: 10.1007/s00127-008-0324-2
- Matteo., E. K. y You, D. (2012). Reducing mental illness stigma in classroom. *Teaching of Psychology*, *39*, 121-124. doi: 10.1177/0098628312437720
- Ozamiz-Etxebarria, N., de Azúa García, S., Gorrotxategi, M. y Cornelius-White, J. H. (2022). Reducción del estigma hacia el trastorno mental en estudiantes de educación social a través de estudios de casos y aprendizaje basado en problemas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *30*(2), 465-481. doi: 10.51668/bp.8322208s
- Peluso, E. T. P. y Blay, S. L. (2009). Public stigma in relation to individuals with depression. *Journal of Affective Disorders*, *115*, 201-206. doi: 10.1016/j.jad.2008.08.013
- Pescosolido, B. A., Monahan, J., Link, B. G., Stueve, A. y Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, *89*, 1339-1345.
- Robinson, P., Turk, D., Jilka, S. y Cella, M. (2019). Measuring attitudes towards mental health using social media: investigating stigma and trivialisation. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *54*, 51-58. doi: 10.1007/s00127-018-1571-5
- Rodríguez, M. C., Crespo, C. V., López, M. A. E. y Galdós, J. S. (2016). Intervención contra el estigma hacia personas con enfermedad mental en jóvenes de institutos del Sur de la Comunidad de Madrid. En *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: aportaciones desde el Trabajo Social* (p. 52). Universidad de La Rioja.
- Ruiz, J. C., Fuentes-Durán, I., López-Gilberte, M., Dasí, C., Pardo-García, C., Fuentes-Durán, M. C., Pérez-González, F., Salmeron, L., Soldevila-Matías, P., Vila-Francés, J., Balanza-Martínez, V., 2022. Public stigma profile toward mental disorders across different university degrees in the University of Valencia (Spain). *Frontiers in Psychiatry*, *13*. doi: 10.3389/fpsy.2022.951894
- Saavedra, J. y Murvartian, L. (2021). Estigma público en salud mental en la universidad. *Universitas Psychologica*, *20*, 1-15. doi: 10.11144/Javeriana.upsy20.epsm
- Sayols-Villanueva, M., Ballester-Ferrando, D., Gelabert-Vilella, S., Fuentes-Pumarola, C. y Rascón-Hernán, C. (2015). El estigma de los trastornos mentales en los estudiantes de enfermería. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, *2*, 7-15.
- Takeuchi, J. y Sakagami, Y. (2018). Stigma among international students is associated with knowledge of mental illness. *Nagoya Journal of Medical Science*, *80*, 367-378. doi: 10.18999/nagjms.80.3.367
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A. A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P.C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, *400*(10361), 1438-1480.
- Valery, K. M. y Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: a systematic review. *Psychiatry Research*, *290*, 113068. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113068
- Wang, J. L. y Lai, D. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders*, *110*, 191-196. doi: 10.1016/j.jad.2008.01.005
- Wang, K., Link, B. G., Corrigan, P. W., Davidson, L. y Flanagan, E. (2018). Perceived provider stigma as a predictor of mental health service users' internalized stigma and

disempowerment. *Psychiatry Research*, 259, 526-531. doi: 10.1016/j.psychres.2017.11.036

Wong, P. W., Arat, G., Ambrose, M. R., Qiuyuan, K. X. y Borschel, M. (2019). Evaluation of a mental health course for stigma reduction: a pilot study. *Cogent Psychology*, 6, 1595877. doi: 10.1080/23311908.2019.1595877

Yap, M. B. H. y Jorm, A. F. (2011). The influence of stigma on first aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: findings from an Australian national survey of youth. *Journal of Affective Disorders*, 134, 473-477. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.039

Yoshioka, K., Reavley, N., MacKinnon, A. J. y Jorm, A. F. (2014). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: results from a survey of Japanese high school students. *Psychiatry Research*, 215, 229-236. doi: 10.1016/j.psychres.2013.10.0

RECIBIDO: 2 de septiembre de 2022

ACEPTADO: 8 de marzo de 2023