

Trabajo de Final de Máster

Percepciones y actitudes hacia la Enfermedad Mental en la comunidad: influencia de las características sociodemográficas.

Autora: Cristina Martín Berzal

Tutor: Alfonso Barrós-Loscertales

Fecha de lectura: septiembre 2021

Resumen:

Este estudio tiene como objetivo general explorar la percepción y actitud hacia la enfermedad mental en población general y conocer la actitud de las personas no diagnosticadas sobre la búsqueda de ayuda en salud mental, teniendo en cuenta sus características sociodemográficas. Para ello, se administró el cuestionario “Percepción y actitud hacia las enfermedades mentales” con la finalidad de realizar un análisis de estadísticos para poder comparar los factores sociodemográficos de interés como el género, la edad y el lugar de residencia. Se obtuvieron como resultados diferencias significativas en género, edad y lugar de residencia en las dimensiones de “actitudes hacia la enfermedad mental” y “percepciones hacia la enfermedad mental”. Respecto a la dimensión “actitudes hacia la búsqueda de ayuda de salud mental” únicamente se obtuvieron resultados significativos entre los diferentes grupos de edad. Estos resultados muestran las posibles asociaciones que puede haber entre las características sociodemográficas y las dimensiones que configuran el estigma, además de la búsqueda de ayuda, al enfrentarse a una enfermedad mental.

Palabras clave: Estigma, Actitud, Percepción, Enfermedad mental, Búsqueda de ayuda, Salud mental.

Índice

A. INTRODUCCIÓN.....	1
1. Enfermedad mental.....	1
2. Prevalencia	2
3. Estigma.....	3
4. Consecuencias del Estigma	6
5. Búsqueda de ayuda.....	8
6. Justificación.....	9
7. Objetivos generales y específicos.....	13
B. MÉTODOLÓGÍA	14
1. Muestra.....	14
2. Variables.....	15
3. Procedimiento.....	17
4. Análisis estadístico	18
5. Resultados:	18
C. DISCUSIÓN	21
D.LIMITACIONES.....	26
F. CONCLUSIONES	27
G. BIBLIOGRAFÍA.....	31
H. ANEXOS	44
Anexo 1.	44
Anexo 2.	49

Percepciones y actitudes hacia la Enfermedad Mental en la comunidad: influencia de las características sociodemográficas

A. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, la enfermedad mental ha ido evolucionando, al igual que ha ocurrido con las actitudes hacia la misma, y la sociedad ha respondido ante lo que ha considerado “fuera de lo normal” de manera negativa, asignando creencias erróneas y prejuizando personas y conductas, llegando a tal extremo en el que de manera inconsciente las personas muestran actitudes discriminatorias ante este colectivo. Todo esto comprende parte del estigma hacia la enfermedad mental, la cual engloba diversos diagnósticos psiquiátricos. En esta investigación se abordará de manera general y se enfocará en explorar la percepción y actitud hacia la enfermedad mental en la población general, para ello, en primer lugar, se contextualizará el estigma y seguidamente se explicará y mostrará el proceso del proyecto.

1. Enfermedad mental

La salud mental afecta la manera en la que pensamos, sentimos y actuamos en el día a día y en el afrontamiento del estrés en la vida cotidiana. Es más que la ausencia de enfermedad y está íntimamente relacionada con la salud física, emocional, psicológica y social, siendo el funcionamiento de todas estas áreas interdependientes (Organización Mundial de la Salud, 2011). A lo largo de la vida, la salud mental fluctúa, pudiéndose ver influenciada por las experiencias individuales vividas, la interacción social, las estructuras y recursos de la sociedad y los valores culturales. Continuamente, puede estar afectada por las experiencias que se viven en el día a día en los diferentes contextos como puede ser la familia, el trabajo, los estudios, el ocio o la red social (Lahtinen et al., 1999; OMS, 2011).

Cuando una afección en la salud mental interfiere de manera drástica en un área de nuestra vida y se prolonga en el tiempo, se podría hablar de un trastorno mental, el cual, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DMS-5) “es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su

función mental” (APA, 2013). En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, la conducta, las relaciones interpersonales y generalmente suelen presentar problemas de adaptación y del patrón de sueño. Sin embargo, hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas tanto en el tiempo como en cada persona (OMS, 2011).

2. Prevalencia

Sobre la prevalencia de los problemas o dificultades en salud mental, numerosos estudios epidemiológicos coinciden en mostrar que cada año un tercio de la población adulta sufre un trastorno mental (Direk & Tiemeier, 2010; Junta Asociación Madrileña de Salud Mental, 2015), este es un alto porcentaje y conforma una notable parte de la sociedad, además toda persona en algún momento de la vida, puede tener alguna experiencia que afecte a su salud mental. Un estudio europeo de referencia es el ECNP/EBC Report 2011 centrado en algunos países de la Unión Europea como en Suiza, Noruega e Islandia, afirma que un 38,2% de estos 514 millones de habitantes (164,8 millones de personas) sufren algún tipo de trastorno mental (Wittchen et al., 2011; Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2018). Estos resultados distan en gran medida con los obtenidos sobre la consulta a un profesional de la salud mental en población general de la unión Europea en 2017, los cuales mostraban que eran aproximadamente un 5% de la población quienes acudían a las consultas con un profesional, señalando que en España el porcentaje era algo menor (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2017). Puesto que la literatura no refleja la prevalencia en la “actitud hacia la búsqueda de ayuda en salud mental”, con este dato se puede tener una idea aproximada sobre la diferencia de personas que requieren apoyo de un profesional de la salud mental y las que terminan acudiendo a consulta. El estigma es uno de los principales obstáculos para no demandar atención a un profesional (Organización mundial de la salud, 2001).

En esta línea, en España un 9% de la población presenta una enfermedad mental (Gómez, 2007), siendo los más frecuentes los trastornos depresivos (26%) y de ansiedad (17%), ambos junto al consumo de alcohol presentan un 19,5% de prevalencia de vida y un 8,4% de prevalencia de año. El trastorno de esquizofrenia es menor, con una prevalencia del 1,02% (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2017). Estudios como el de López, Fernández, López, Rodríguez & Aparicio (2008) refieren

que hay menor tolerancia a los trastornos de psicosis que a los de neurosis (López et al., 2008). Según la base de Datos Clínicos de Atención Primaria, en base a la población con tarjeta sanitaria de España refiere que el trastorno de enfermedad mental con más prevalencia es el de ansiedad, con un 6,7% y seguidamente el trastorno depresivo con un 4,1% (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021),

3. Estigma

Como se ha señalado en el apartado anterior y a pesar del alto porcentaje de estos datos, los conocimientos en la población general sobre la salud mental son reducidos, y en algunos casos distorsionados, basándose en creencias erróneas que favorecen los prejuicios hacia la enfermedad mental (González-Pablos & Martín-Lorenzo, 2021). Según el artículo de Rengel (2020) define los estereotipos y los prejuicios basándose en Huici, (1996), se entiende como estereotipo “al conjunto de creencias acerca de los atributos asignados al grupo” (Huici, 1996; Morales, 2020) es un concepto puramente cognitivo que se genera previamente a los prejuicios, los cuales están relacionados con lo afectivo y se definen como “el afecto o la evaluación negativa del grupo” (Huici, 1996; Morales, 2020). La expresión de ambos conceptos deriva en la discriminación, definida como "la conducta de falta de igualdad en el tratamiento otorgado a las personas en virtud de su pertenencia al grupo o categoría en cuestión" relacionándolo con la conducta (Huici, 1996; Morales, 2020). Estos son los tres conceptos que conforman el proceso de estigmatización, el etiquetado cognitivo (selección que se realiza según las características sociales y la categorización negativa de las mismas) produce la reacción emocional negativa que lleva a originar la discriminación (Cazaniga & Suso, 2015; Delgado, 2015; Link et al., 2004; Sanjuan, 2011).

En cuanto a la estigmatización, Manuel Muñoz, Eloisa Pérez Santos & María Crespo (2009) definen el estigma como: “categorías sociales sobre las cuales las demás personas poseen estereotipos, actitudes y creencias negativas, que acaban produciendo que los miembros que se adscriben a ese grupo sean discriminados y excluidos” (Muñoz et al., 2009). Otra definición del estigma según Stafford y Scott (1986) es una característica fuera de lo considerado normal por la sociedad, entendiendo como “norma” una creencia social para comportarse tal y como se espera en un contexto determinado. Asimismo, otros autores utilizan la conceptualización realizada por

Goffman (1970), quien fue precursor del concepto de estigma, para definirlo como la posesión de algún atributo o característica que devalúa a la persona que lo tiene en un contexto social determinado (Goffman, 1970; Dovidio et al., 2000; López et al., 2008; San Juan, 2011). De igual modo, Jones et al. (1984) señalan que el estigma: “puede considerarse como una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos)” (Jones et al., 1984, recopilado de Muñoz et al., 2009).

En esta línea, la estigmatización que se da al colectivo de personas con trastorno de salud mental hace que existan ciertas actitudes negativas hacia este colectivo. Actitudes estigmatizantes, fruto de estereotipos y prejuicios, que suponen una barrera para el ejercicio de sus derechos (tener un empleo, acceso a la vivienda, participación social...) y su integración social, y que además de fomentar el autoestigma, se acompañan de un empobrecimiento personal, añaden sufrimientos no atribuibles a la enfermedad y comprometen los avances del proceso de recuperación llegando a ser tan dañinas como los propios síntomas de la enfermedad (Confederación de alto nivel de la Unión Europea, 2008; Muñoz et al., 2009; Petersen et al., 2014; Rodríguez-Meirinhos & Antolín-Suárez, 2020). El autoestigma es la interiorización de los estereotipos prevalentes en la sociedad, con las consecuentes reacciones emocionales negativas que se producen y perjudican el proceso de la persona (Cazaniga & Suso, 2015; Junta Asociación Madrileña de Salud Mental, 2015; Mascayano et al., 2015; Muñoz et al., 2009; Pla et al., 2013; Rodríguez-Meirinhos & Antolín-Suárez, 2020).

Una de las cuestiones que favorecen la estigmatización es el hecho de que tanto las enfermedades mentales graves en sí como las personas que las padecen son percibidas por gran parte de la sociedad con ciertos miedos, desconfianza, inseguridad y rechazo, a pesar de que realmente se desconoce su sintomatología, su proceso de evolución y los tratamientos e intervenciones que se les realizan (Cazaniga & Suso, 2015; Henderson et al., 2016; Ruiz et al., 2012). En este orden de ideas, los estereotipos más frecuentemente expresados sobre las personas con un trastorno mental grave son los siguientes: peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, problemas relacionales e incapacidad en la toma de decisiones, junto a la creencia de incurabilidad. Lo que conlleva a la manifestación en forma de los siguientes prejuicios por un lado de miedo, rechazo, desconfianza y por el otro de compasión y pena (Cazaniga & Suso, 2015; Mascayano et al., 2015; Pla et al., 2013). Además, no todos los trastornos mentales tienen asociado el mismo nivel de prejuicios, estereotipos y conductas de

discriminación, ya que su imagen estereotipada es diferente, y suele referirse a efectos o síntomas característicos como por ejemplo delirios, habla desorganizada o cambios de humor, que son traducidos en creencias erróneas que conllevan la discriminación (Abolfotouh et al., 2019; Angermeyer & Dietrich, 2006; Cazaniga & Suso, 2015; Muñoz et al., 2009; Páez, 2014; Pla et al., 2013; Sanjuan, 2011).

En este sentido, ciertos trastornos resultan más cercanos y más aceptados socialmente como la depresión, la ansiedad o los trastornos alimenticios, a pesar de tener estereotipos asociados como la debilidad, la dificultad en el afrontamiento o la falta de carácter, no generan tantas actitudes negativas y están más integrados en la sociedad (Crespo et al., 2008; Mascayano et al., 2015). Sin embargo, los trastornos psicóticos al tender más a los síntomas característicos comentados anteriormente tienen mayor predisposición a aumentar la distancia social (Corrigan et al., 2003; Crespo et al., 2008; Crisp et al., 2005; Haghghat, 2001; Magallares, 2011; Muñoz & Uriarte, 2013; Vicario & Moral, 2017). En cambio, varios estudios muestran que la peligrosidad de estos pacientes es muy pequeña en comparación con el resto de la población (Angermeyer & Dietrich, 2006; Vicario & Moral, 2007). En esta línea, el trastorno mental que más se asocia con la idea clásica de “loco” es la esquizofrenia y por tanto el que genera mayor temor, en España afecta al 1% de la población. Algunos de sus síntomas llamados positivos como el habla desorganizada, los delirios o las alucinaciones auditivas en forma de voces, están asociadas a la experiencia de reclusión que las personas con enfermedad mental han vivido a lo largo de la historia en las que el trato deshumano fomentaba comportamientos extremos (López et al., 2008).

A pesar de ser un hecho del pasado, esa imagen continúa apareciendo asociada al hablar de enfermedad mental. Siendo también los medios de comunicación quien a través de imágenes y discursos de sucesos corroboran este imaginario colectivo vinculado a la agresividad, peligrosidad y enajenación, lo que causa el fomento de esta visión de la persona con enfermedad mental, la retroalimentación de estas ideas y la promoción del estigma hacia este colectivo, que hace que sea más vulnerable a nivel legal, familiar y laboral (López et al., 2008; Páez, 2014). Otros trastornos que tienden a presentar mayor estigma son el trastorno bipolar, debido a su imprevisibilidad y sus significativos cambios anímicos, y el trastornos de la personalidad como el límite o el obsesivo compulsivo (Cazaniga & Suso, 2015).

Por todo ello, las actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos negativos son las bases de la definición de estigma social (Barbato, 2000; Rüsçh et al., 2006; Vicario & Moral, 2017). La interiorización de estos constructos de una manera negativa hacia las personas con un trastorno mental, transforma estas concepciones en “etiquetas” que terminan haciendo una distinción entre las personas con diagnóstico y las que no, lo que conlleva en su forma más extrema a la discriminación. Esto se puede reflejar a través del pensamiento, el lenguaje o los comportamientos asociados a estas actitudes (Vicario & Moral, 2017).

4. Consecuencias del Estigma

Como se ha señalado en el apartado anterior, el estigma supone un obstáculo en la mejora de calidad de vida y el proceso de interacción social ya que este puede llegar a ser tan dañino como los propios síntomas de la enfermedad (Cazaniga & Suso, 2015; Petersen et al, 2014; Rodriguez-Meirinhos & Antolín-Suárez, 2020). El estigma puede generar y agravar dificultades como el aislamiento, impedimentos en el mercado laboral, limitación de la autonomía, infantilización, además de los sentimientos que puede generar de inferioridad, culpabilidad y rechazo, así como aumentar los síntomas de depresión y ansiedad (Cazaniga & Suso, 2015; Corrigan & Kosyluk, 2014; Hinshaw, 2006; Muñoz *et al.*, 2011; Quinn et al., 2015; Rodriguez-Meirinhos & Antolín-Suárez, 2020; Seacat, 2014). Los síntomas propios de un trastorno generalmente son abordables con una adecuada atención sanitaria y programas de rehabilitación psicosocial. Sin embargo, los problemas de estigma social son más complicados de suprimir ya que están implícitos en los estereotipos y prejuicios de la sociedad (Muñoz et al., 2009).

La sección europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el documento sobre “Estigma y exclusión social” del año 2008, indica que el estigma tiene que ser combatido por el “ciclo del estigma” (OMS, 2008). El ciclo del estigma, genera discriminación, esta discriminación deriva en situaciones de exclusión social en las que las personas son despojadas de ciertos derechos como la participación plena en la vida social, lo cual tiene importantes repercusiones en su calidad de vida (Cazaniga & Suso, 2015). En relación al proceso de estigmatización, se genera a través de tres niveles conectados entre sí, el primero de ellos es el estructural, compuesto por las cuestiones legales y sociopolíticas; el segundo nivel es el social que comprende la actitud y comportamiento hacia los colectivos vulnerables, entendiéndose, la estigmatización a un

colectivo determinado como un problema social (Corrigan et al., 2011). En este sentido, un enfoque para reducir la estigmatización producida a nivel social se basa en la sensibilización y el trabajo con las personas de la comunidad, siendo este un factor a tener en cuenta la intervención de la persona con enfermedad mental, pues el entorno social en el que se desenvuelva y el grado de estigma del mismo, influirán en su proceso de rehabilitación. El tercer nivel es el internalizado, el autoestigma, el cual, como ya se ha comentado anteriormente, hace referencia a los estereotipos y prejuicios que las personas con trastorno mental tienen de sí mismas. El autoestigma da como resultado una autoestima y una autoeficacia disminuidas, mayor posibilidad de abandonar el tratamiento psiquiátrico o de no llegar a iniciarlo (Arnaiz & Uriarte, 2006) y el aislamiento e invisibilidad de la persona, quedando afectadas sus derechos y oportunidades vitales (Hinshaw & Stier, 2008; Vicario & Moral, 2017). Con frecuencia, el autoestigma y el estigma se dan simultáneamente en una misma persona, ya que las personas interiorizan las etiquetas que la sociedad les atribuye, lo que repercute tanto en el tratamiento de la persona con un trastorno mental (la desmoralización, disminución de la autoestima y el aislamiento que dificultan la petición de ayuda y la adherencia al tratamiento) como en sus relaciones sociales (bajo nivel de competencia, culpabilidad y aislamiento social) y por ende en la integración comunitaria (Cazaniga & Suso, 2015; Nose et al., 2003).

La presencia de estigma influye en la búsqueda de ayuda en caso de problemas de salud mental, dado que estas actitudes negativas hacia la salud mental pueden estar influyendo en la participación de recursos de salud mental (Álvarez & Salinas, 2008; Clement et al., 2015; Cooper et al., 2003; Sánchez et al., 2001;). Las consecuencias de las actitudes estigmatizantes hacia la salud mental pueden incitar a no buscar ayuda para evitar la etiqueta de “enfermo mental” (Bobes et al., 2009; Cooper et al., 2003). La búsqueda de ayuda es un concepto multidimensional ya que se puede buscar atención tanto en profesionales de la salud mental como recursos especializados o a un grupo genérico de mentores comunitarios (amigos cercanos, profesores, sacerdotes...) (Cooper et al., 2003).

En Europa y EE. UU., del 52 al 74% de las personas con los trastornos mentales no reciben tratamiento (Alonso et al., 2004; Clemente et al., 2015; Kessler et al., 2005; Thornicroft, 2007). En trastornos psicóticos como trastorno de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos depresivos y de ansiedad, la duración de la enfermedad no tratada y

la atención tardía están asociadas con peores resultados, por lo que la búsqueda de atención repercute indirectamente en el proceso de recuperación (Boonstra et al., 2012; Clement et al., 2015).

5. Búsqueda de ayuda

La actitud hacia la búsqueda de ayuda hace referencia al comportamiento que tendría la población general ante un problema de salud mental y si estaría dispuesta a buscar ayuda de los y las profesionales y de los recursos de la comunidad (Abolfotouh et al., 2019). Otros autores definen la actitud hacia la búsqueda de ayuda ante una enfermedad mental como la apertura mental a buscar atención de un profesional especializado (Elhai et al., 2008). También se puede definir como la conducta de buscar activamente ayuda en atención médica o pedir ayuda a otras personas, incluyendo la comunicación con otras ante un problema emocional o una experiencia estresante (Carlisle et al., 2006). Otros autores entienden la actitud hacia la búsqueda de ayuda como una forma de afrontar un problema psicológico (Rickwood et al., 2005; Olivari & Guzmán-González, 2017).

En otro orden de ideas, algunas de las variables como el estigma, el escaso conocimiento sobre la salud mental, el deseo de manejar el problema de manera autónoma o la inaccesibilidad a los servicios de salud mental, que señalan Schnyder, Panczak, Groth, & Schultze-Lutter, (2017), pueden interferir en el proceso de búsqueda de ayuda en salud mental (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2017; Schnyder et al., 2017). Es un hecho el que existen personas que se puedan beneficiar de los servicios de salud mental y no dan el paso de solicitar ayuda para evitar ser estigmatizadas (Corrigan et al., 2014).

Teniendo todo esto en cuenta, no solo la presencia de un trastorno mental es un indicador para valorar la búsqueda de ayuda de salud mental sino que existen otros factores o variables asociadas en dicha búsqueda (Esteban et al., 2012).

6. *Justificación*

Tal y como se ha expuesto en los apartados anteriores, los efectos relacionados con el estigma generalmente tienden a ser más permanentes y constantes que las propias interferencias de la enfermedad, además de ser refractarios al proceso (Muñoz et al., 2009) estas actitudes son un factor negativo que se traduce en una barrera para el ejercicio de los derechos y la integración social y, que añaden sufrimiento no atribuible a la enfermedad, además de influir tanto en la calidad de la vida de la persona como en el disfrute de una vida ciudadana activa y participativa en la comunidad (López et al., 2008). El interés por las actitudes sociales hacia las personas con enfermedad mental y la preocupación de sus consecuencias es un pilar fundamental en la atención comunitaria en Salud Mental (López et al., 2008). Desde esta óptica, se realiza un esfuerzo continuado por mejorar las creencias y comportamientos hacia este colectivo para combatir las actitudes discriminatorias hacia estas personas, pues la exclusión social genera importantes problemas para el bienestar psicológico de la persona que sufre el rechazo (Sanjuan, 2011). Por un lado, este bienestar se ve afectado por las reacciones negativas causadas por el estigma, así como su integración en la comunidad (Muñoz et al., 2009) de hecho, varias investigaciones afirman que el rechazo puede causar más sufrimiento que los propios síntomas de la enfermedad (Corrigan et al., 2005; López et al., 2008; Petersen et al., 2014; Vicario & Moral, 2017). Por otro lado, en los momentos vulnerables de las personas con enfermedad mental el riesgo de suicidio aumenta. La actitud con la que se trabaja la salud mental a nivel social e institucional, puede servir para la prevención de la misma y por el otro, para poder acceder a recursos de intervención y ayuda rápidamente. De igual manera, ocurre con el comportamiento que se tiene hacia una persona con enfermedad mental, cuando este es negativo se asocia con un peor pronóstico de la enfermedad (Gómez, 2007).

Para finalizar, algunos estudios previos indican que características como la edad, el género, la cultura, el lugar de residencia, el nivel educativo o el contacto con las personas con trastorno mental tienen relación con el grado de estigma de la enfermedad mental (Ewalds-Kvist et al., 2013; López et al., 2008; Vicario & Moral, 2017). En este sentido, el estudio de Yuan et al. (2016), por ejemplo, expone estas correlaciones entre las características sociodemográficas y la actitud hacia la enfermedad mental en diferentes lugares del mundo de la población general (Yuan et al., 2016), así mismo en su trabajo, tras administrar el General Health Questionnaire (GHQ-12), como

instrumento de cribado de problemas de salud mental, concluyeron que algunas de las características personales de las personas más tolerantes hacia la enfermedad mental eran: ser mujer, estar separado/a o divorciado/a, ser inmigrante, tener un bajo nivel económico o tener una escasa red social. Lo que da pie a pensar en la influencia de algunos factores sociodemográficos en las actitudes y percepción hacia la enfermedad mental (Yuan et al., 2016).

En esta línea, estudios previos como los de Ewalds-Kvist et al. (2013), Moreno et al. (2017), Rodriguez-Meirinhos & Antolín-Suárez, (2020) o Vicario & Moral, (2017) muestran que los hombres exhiben más actitudes negativas y conductas estigmatizantes que las mujeres hacia las personas con trastorno mental (Ewalds-Kvist et al., 2013; Moreno et al., 2017; Rodriguez-Meirinhos & Antolín-Suárez, 2020; Matamoros & Marín, 2019; Vicario & Moral, 2017; Yuan et al., 2016). Algunos de ellos como Schieman & Van, (2000) explican este fenómeno a través de la empatía social que presentan las mujeres, las cuales se suelen mostrar más abiertas a la integración de estos colectivos (Schieman & Van Gundy, 2000). Sin embargo, esta actitud puede llevar a percibir sentimientos más negativos como miedo, desconfianza o evitación, lo que puede llevar también a un distanciamiento social (Ewalds-Kvist et al., 2013; Rodriguez-Meirinhos & Antolín-Suárez, 2020; Vicario & Moral, 2017). Otros estudios señalan que el estigma sobre la enfermedad mental está más arraigado entre personas mayores y con un menor nivel educativo (Angermeyer & Matschinger, 2004; Gaebel et al., 2002; Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1988; Muñoz et al., 2009; Tanaka et al., 2004). Asimismo, en diversas investigaciones se puede observar una tendencia a aumentar el estigma a medida que aumenta la edad de la muestra (Muñoz et al., 2009; Matamoros & Marín, 2019). Estos estudios sugieren que las actitudes mantenidas tienden a deteriorarse con el tiempo, sin llegar a concluir si es porque las personas estigmatizan más con la edad o como consecuencia de los efectos de cohortes generacionales (Rodriguez-Meirinhos & Antolín-Suárez, 2020). En concreto, según Revilla et al., (2010), los mayores de 65 años son más autoritarios que el resto de los grupos de edad (Revilla et al., 2010). Sin embargo, otros autores argumentan que a mayor conocimiento sobre la salud mental las actitudes tienden a ser menos negativas, por lo que las edades más jóvenes al tener mayor conocimiento en este aspecto presentan un menor estigma (Moreno et al., 2017).

En cuanto al lugar de residencia como característica demográfica en España, el INE clasifica las zonas rurales y urbanas, considerándose que los medios rurales pequeños, tienen una población inferior a 2.000 habitantes, la población de los medios rurales intermedios es de entre 2.000 y 9.999 habitantes y los medios urbanos, son aquellos que tienen más de 10.000 habitantes (INE, 2021). La dispersión, el aislamiento geográfico, la reducción de las redes de soporte y una escasez de servicios sociosanitarios son aspectos que diferencian las zonas rurales de las áreas urbanas. Varios estudios señalan diferencias en actitudes y percepciones hacia la enfermedad mental entre las personas que habitan un entorno rural o un entorno urbano, al igual que también influye el país de pertenencia, sea este desarrollado o en vías de desarrollo (Aretio, 2010). Esto afecta tanto en el conocimiento como en el acceso a un servicio de salud mental y abordaje del mismo lo que se traduce en actitudes más negativas hacia la enfermedad mental ya que los servicios son reducidos y su margen de acción también, la ausencia de conocimiento sobre las enfermedades mentales fomentan las creencias erróneas sobre la salud mental, repercutiendo en el acceso a dichos servicios y la adherencia al tratamiento (Contreras, 2011; Navarro, 2003; Sullivan et al., 1996).

Sobre el nivel de estudios y las actitudes negativas hacia las personas con enfermedad mental, según el estudio de Vicario & Moral (2017), las actitudes son más negativas a menor nivel de estudios, mostrando una diferencia significativa entre las personas con nivel de bachiller/FP o inferior y las personas con nivel universitario en el factor “Autoritarismo” (Vicario & Moral, 2017). Así lo confirman otras investigaciones que relacionan el rechazo social con el nivel de estudios, concluyendo que las personas con mayor nivel educativo tienen menos reacciones de miedo hacia la enfermedad mental (Angermeyer & Matschinger, 2004; Girma et al., 2013; Martínez y Aguilera, 2017; Muñoz, et al., 2009; Páez, 2014; Vezzoli et al., 2001; Yuan et al., 2016).

Otra de las variables que podría influir en las actitudes y percepciones hacia la enfermedad mental es el contacto o familiaridad con las personas con enfermedad mental. Algunos trabajos refieren que a través de la experiencia se genera más empatía, mostrando comportamientos y visiones más positivas sobre la salud mental, reduciendo el rechazo (Crisp, et al., 2005; Pettigrew & Tropp, 2008; Rodriguez-Meirinhos & Antolín-Suárez, 2020; Vezzoli et al., 2001). De hecho, según algunos autores, conocer y relacionarse con personas con enfermedad mental es una de las estrategias más eficaces

para combatir el estigma, reduciendo prejuicios y estereotipos (Couture & Penn, 2003; López et al., 2008; Vicario & Moral, 2017).

En cuanto a la búsqueda de ayuda para tratar un trastorno mental existen diferentes patrones en los que pueden influir algunas características sociodemográficos. Investigaciones afirman que es más probable que las mujeres demanden ayuda y expresen sus preocupaciones y problemas en Atención Primaria a que lo hagan los hombres (Gómez, 2007; Mackenzie et al., 2006; Muñoz et al., 2009; Saarento et al., 2000; Üstun et al., 1995). Según los resultados del estudio de Mackenzie et al. (2006), las edades avanzadas se asocian con actitudes más permeables a la búsqueda de ayuda para abordar problemas de salud mental mostrando intenciones más favorables que los adultos jóvenes (Mackenzie et al., 2006). Otros estudios sobre mujeres en zonas rurales refieren que estas sustituyen la consulta especializada de salud mental por la asesoría sacerdotal, consejos de amigos y/o remedios caseros (Álvarez & Salinas, 2008; Lara, 1996; Yovany & Pernía, 2007).

En conclusión, la estigmatización es una variable importante a la hora de estudiar la salud mental y los efectos y consecuencias que ésta tiene en las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental (Antolín-Suárez, 2020; Cazaniga & Suso, 2015; Corrigan et al., 2003; Corrigan & Kosyluk, 2014; Crespo et al., 2008; Crisp et al., 2005; Haghghat, 2001; Hinshaw, 2006; Magallares, 2011; Muñoz et al., 2011; Muñoz & Uriarte, 2013; Rodríguez-Meirinhos et al., 2015; Seacat, 2014; Vicario & Moral, 2017;). Otras variables relevantes para estudiar cómo afectan los problemas de salud mental al bienestar de las personas que los padecen son las características sociodemográficas, sociales y contextuales de estas personas (Ewalds-Kvist et al., 2013; López et al., 2008; Vicario & Moral, 2017; Yuan et al., 2016). Por todo esto, las variables que este trabajo pretende estudiar son, por un lado, la actitud y la percepción hacia la enfermedad mental, las cuales conforman el estigma que se tiene hacia las personas con problemas de salud mental, y por el otro lado, la actitud hacia la búsqueda de ayuda de salud mental, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de las personas participantes en el estudio.

7. *Objetivos generales y específicos.*

Objetivo general: Explorar la percepción y actitud hacia la enfermedad mental en población general y conocer la actitud de las personas de la comunidad sobre la búsqueda de ayuda de salud mental, teniendo en cuenta sus características sociodemográficas.

Los objetivos específicos que parten del objetivo general son los siguientes:

Objetivos específicos:

- Investigar si existe diferencia en la percepción y las actitudes hacia la enfermedad mental en función del sexo.
- Investigar si existe diferencia en la actitud de búsqueda de ayuda de salud mental en función del sexo.
- Conocer si existe diferencia en la percepción y las actitudes hacia la enfermedad mental en función de la edad.
- Conocer si existe diferencia en la actitud de búsqueda de ayuda de salud mental en función de la edad.
- Averiguar si existe diferencia en la percepción y las actitudes hacia la enfermedad en función del lugar de residencia, entorno rural o urbano.
- Averiguar si existe diferencia en la actitud de búsqueda de ayuda de salud mental en función del lugar de residencia, entorno rural o urbano.

La investigación siguió hipótesis orientadas a estudiar en la población diana dichos objetivos.

Hipótesis:

- **H1:** Existirán diferencias estadísticamente significativas en la actitud y percepción sobre la enfermedad mental según el género.
- **H2:** Existirán diferencias estadísticamente significativas en la actitud de búsqueda de ayuda de salud mental según el género.
- **H3:** Existirán diferencias estadísticas en la actitud y percepción hacia la enfermedad mental en relación a la edad.
- **H4:** Existirán diferencias estadísticas en la búsqueda de ayuda de salud mental en relación a la edad.

- **H5:** Existirán diferencias estadísticamente significativas relacionadas con el lugar de residencia de la persona en las actitudes y percepciones hacia la enfermedad mental.
- **H6:** Existirán diferencias estadísticamente significativas relacionadas con el lugar de residencia de la persona en la actitud hacia la búsqueda de ayuda de salud mental.

B. METODOLOGÍA

1. Muestra

La muestra se compuso por 199 participantes. Los detalles de la misma observan en la Tabla 1. Las únicas condiciones para participar en dicho estudio han sido dar el consentimiento para tratar los datos del cuestionario, la mayoría de edad, no tener diagnóstico de enfermedad mental y el haber terminado de completar el cuestionario, siendo estos, a su vez, los criterios de exclusión. De las 343 personas a las que se las administró el cuestionario, se excluyó a 144 personas que no pudieron participar en dicho estudio por no cumplir los criterios, quedando la muestra compuesta por los 199 participantes.

Para cumplir con las responsabilidades éticas, el cuestionario es aceptado por el Comité Ético de la Universidad Jaume I. Así mismo, previamente a participar en la investigación de manera voluntaria y anónima, se informa del objetivo de la misma, y se requiere dar el consentimiento para tratar los datos con la única finalidad de realizar dicho proyecto. En el caso de los cuestionarios en papel se ha adjuntado el consentimiento informado (Anexo 2), que incluye una explicación exhaustiva del propósito del estudio, los riesgos de la investigación para el participante, el derecho a retirarse del estudio y las garantías de confidencialidad, ya que todos los datos de carácter personal, obtenidos en dicha investigación son confidenciales y se trataran conforme a la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

2. Variables

En la investigación se estudiarán las siguientes variables:

- Variables independientes: edad, sexo y lugar de residencia.
- Variables dependientes: “Actitud hacia la enfermedad mental”, “Percepción hacia la enfermedad mental” y “Actitud hacia la búsqueda de salud mental”.

A continuación, se desarrollarán las variables independientes:

La variable de género, se ha categorizado en: “femenino”, “masculino” y en “otros”. De toda la muestra un 0% ha seleccionado “otros” como opción, por lo que haremos referencia al género femenino como mujeres y al género masculino como hombres.

La variable “edad” se ha categorizado en los siguientes rangos de edad: “de 18 a 24 años”, “de 25 a 44 años”, “de 45 a 64 años” y “>65 años”. Estos se han basado en los criterios del Cuestionario original de “Percepción y actitud hacia las enfermedades mentales” de Abolfotouh et al., (2019).

El factor sociodemográfico de “lugar de residencia” se ha clasificado en relación al número de habitantes por municipio, habiendo conformado tres categorías: “<2.000 habitantes (medio rural pequeño)”, “2.000 a 9.000 habitantes (medio rural)” y “>10.000 habitantes (medio urbano)”.

Para ello, se utilizará el cuestionario “Percepción y actitud hacia las enfermedades mentales” de Abolfotouh et al., (2019) (Anexo 1), validado en la población de Arabia Saudí, sin llegar a estarlo en la población española, aspecto a tener en cuenta en el análisis posterior ya que existe diferencia tanto la cultura como en el contexto. Está conformado por tres apartados. El primer apartado, corresponde a la recopilación de datos demográficos; el segundo se centra en el contacto con la persona con enfermedad mental; y el tercer apartado comprende las actitudes y percepciones hacia las personas con enfermedad mental. Este último apartado a su vez está dividido en 7 subcategorías, las cuales se procederá a nombrar y exponer algún ejemplo de ítem.

- “Personas con enfermedad mental”, presenta 25 ítems, algunos de ellos son: “Siempre se puede distinguir a una persona con enfermedad mental

por su aspecto físico o apariencia”; “Tendría miedo de tener una conversación con una persona con enfermedad mental”.

- “Enfermedad y tratamiento”, presenta 7 ítems, como por ejemplo: “Las personas con trastorno mental no se recuperan de su enfermedad”, “Los pacientes con enfermedades mentales pueden recibir un tratamiento seguro en la comunidad”.
- “Trabajo”, tiene 5 ítems, entre los que se encuentran algunos como: “Las personas con un trastorno mental pueden mantener un trabajo”; “Estaría dispuesto a dar un trabajo a una persona en atención psiquiátrica”.
- “Relaciones”, compuesto por 4 ítems, entre los que están: “Es difícil tener buenas amistades si tienes un trastorno mental”; “Mantendría amistad con alguien con una enfermedad mental”.
- “Miembros de la familia”, presenta 6 ítems, como por ejemplo: “Me avergonzaría si la gente supiera que alguien de mi familia tiene o ha tenido una enfermedad mental”, “Uno debe ocultar su enfermedad mental a su familia.”
- “Comunidad soporte y rehabilitación”, compuesto por 13 ítems, algunos de ellos son: “La mejor forma de ayudar a las personas con un trastorno mental a recuperarse es dejarles permanecer en la comunidad y llevar una vida normal”; “Uno debe evitar todo contacto con personas con una enfermedad mental”.
- “Servicios de salud mental y búsqueda de ayuda”, formado por 9 ítems, entre los que están: “Buscaría ayuda profesional en caso de un problema emocional grave”, “Me sentiría avergonzado si mis amistades supieran que estoy recibiendo ayuda profesional para un problema emocional”.

Todas ellas compuestas por una escala likert de 69 ítems en total, con 5 opciones de respuesta (“muy de acuerdo”, “de acuerdo”, “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “muy en desacuerdo”). La herramienta fue originalmente adaptada de Weller y el Cuestionario de actitudes hacia las enfermedades mentales de Grunes (Weller y Grunes, 2002). A continuación, se explicarán el valor de las variables del cuestionario “Percepción y actitud hacia las enfermedades mentales”:

Las percepciones sobre las personas con enfermedad mental se evaluaron a través de 5 afirmaciones. La percepción se mide con puntuaciones que van de los 5 a 25 puntos. Las percepciones positivas se atribuyeron a puntuaciones de ≥ 20 puntos y las percepciones negativas a puntuaciones de ≤ 15 puntos. La puntuación de la percepción total se obtiene sumando las puntuaciones de las cinco afirmaciones.

La variable “Actitudes hacia las personas con enfermedades mentales y la atención y tratamiento para la enfermedad mental”, se compone de ítems distribuidos en seis dominios: “Personas con enfermedad mental”, “Enfermedad y tratamiento”, “Trabajo”, “Relaciones”, “Miembro de la familia” y “Comunidad soporte y rehabilitación”. La puntuación total va de los 19 a los 95 puntos. Las actitudes positivas se atribuyen a puntuaciones de ≥ 76 puntos y las actitudes negativas a puntuaciones de ≤ 57 puntos. A las puntuaciones ≥ 58 y ≤ 75 , se les atribuye una actitud neutral.

“Las actitudes hacia la búsqueda de ayuda de salud mental” se evaluaron mediante declaraciones que incluían preguntas hipotéticas sobre ello, basadas en estudios poblacionales previos de varios países de todo el mundo, sin embargo, la investigación sobre la validez y confiabilidad de estas preguntas aún está en desarrollo. La puntuación total va de 5 a 25 puntos. Las actitudes positivas se atribuyen a puntuaciones de ≥ 20 puntos y las actitudes negativas a puntuaciones de ≤ 15 puntos. A las puntuaciones ≥ 21 y ≤ 14 , se les atribuye una actitud neutral.

3. Procedimiento

Consistió en la administración del cuestionario de forma online a través del programa informático Qualtrics, que se difundió mediante una red de contactos a través de las redes sociales a toda la población. Así mismo, para poder acceder a personas sin recursos tecnológicos también se ha facilitado en papel, especialmente a las personas mayores del entorno rural, las cuales, en su mayoría no disponen de recursos tecnológicos o de conocimientos para acceder al cuestionario online. Se obtuvo el consentimiento de cada participante y la información se recopiló de forma anónima, sin recogerse ningún dato que permita la identificación de la persona, tras transcribir las encuestas en la base de datos general, estas se destruyeron. Con el fin de conseguir el mayor número de muestra, la encuesta se mantuvo abierta durante cuatro meses.

4. Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis de estadísticos descriptivos mediante frecuencias, medias y la desviación estándar, con el programa informático SPSS Statistics Data Files versión 17. La comparativa de grupos se ha realizado a través del análisis estadístico T-Student. También se han realizado análisis de correlación para investigar predictores en las variables, así como el análisis de varianza (ANOVA), además de emplearse el contraste post hoc de Bonferroni.

La significación se ha determinado con el valor “P”, un valor inferior a 0,05 es el límite estándar. Se ha considerado un intervalo de confianza (I.C) del 95% y en relación al tamaño de efecto, se ha utilizado la “d de Cohen” (d) y eta cuadrado (η^2). Los valores tomados como referencia en la “d de Cohen” son los convencionales: pequeño: $d > 0,20$ y $d < 0,49$, moderado: $d > 0,50$ y $d < 0,70$ y grande: $d > 0,80$. Eta cuadrado (η^2), para esta última se han tomado los siguientes niveles: efecto pequeño: $\eta^2 \leq 0,01$; efecto medio: $\eta^2 \leq 0,06$; y efecto grande $\eta^2 \geq 0,14$.

5. Resultados:

Se han analizado los resultados de las personas de la muestra que han completado todos los apartados del cuestionario, en total 199 sujetos (en los que únicamente en la variable de la edad hay 1 caso perdido). Se han comparado los tres factores: “Actitudes hacia la enfermedad mental”, “Percepciones hacia la enfermedad mental” y “Actitud hacia la búsqueda de ayuda de salud mental” entre las diferentes categorías de las variables demográficas: género, edad y lugar de residencia.

Las medias en los tres factores de toda la muestra indican unos resultados de actitudes y percepciones hacia la enfermedad mental positivos, tal y como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de la muestra total

	N	%	Medias		
			Actitud hacia la enfermedad mental	Percepción hacia la enfermedad mental	Actitud hacia la búsqueda de ayuda
Género					
Masculino	76	38.2 %	83,67 (9,55)	19,84 (2,94)	20,68 (2,54)
Femenino	123	61.8 %	87,46 (7,39)	21,72 (2,90)	20,84 (2,62)
Otro	0		0	0	0
Edad					
De 18 a 24 años	12	6.0 %	86,66 (5,58)	21,17 (2,52)	20,00 (2,95)
De 25 a 44 años	109	54.8 %	87,80 (7,04)	21,51 (3,00)	21,14 (2,51)
De 45 a 64 años	60	30.2 %	85,37 (8,23)	20,63 (2,98)	20,70 (2,40)
>65 años	17	8.5 %	75,76 (11,74)	19,00 (3,25)	19,30 (3,02)
Lugar de residencia					
< 2.000 habitantes (medio rural pequeño)	37	18.6 %	81,46 (10,58)	20,27 (3,33)	19,95 (3,16)
2.000 a 9.999 habitantes (medio rural)	28	14.1 %	84,00 (6,43)	19,82 (3,21)	20,76 (2,11)
<10.000 habitantes (medio urbano)	134	67.3 %	87,69 (7,64)	21,45 (2,85)	21,01 (2,46)

Se ha realizado un análisis específico de las puntuaciones de la escala administrada, de cada una de las tres variables “Actitudes hacia la enfermedad mental”, “Percepciones hacia la enfermedad mental” y “Actitud hacia la búsqueda de ayuda de salud mental”, en base a los factores sociodemográficos de la muestra, género, edad y lugar de residencia:

- **Género.**

Se observan diferencias significativas de género en las dimensiones de “Actitudes hacia la enfermedad mental” ($T(197)=3,14$ $P= 0,002$; I.C 6,17 – 1,41; $d=0,44$) y en la dimensión de “Percepciones hacia la enfermedad mental” ($T(197)=4,42$ $P<0,001$; I.C 2,72 – 1,04; $d=0,64$). En la “Actitud hacia la búsqueda de ayuda”, no se observan diferencias significativas ($T(197)=0,43$ $P= 0,67$; I.C 0,90 – 0,58; $d=0,06$). En cualquier dimensión, la puntuación de las mujeres es superior a la de los hombres tal como se observa en la Tabla 1.

- **Edad**

Los resultados de la prueba de efecto de las tres dimensiones en función de la edad analizada son significativos siendo “Actitudes hacia la enfermedad mental” ($F(3,196)=11,76$, $P<0,001$, $\eta^2=0,154$); “Percepciones hacia la

enfermedad mental” ($F(3,196)=3,92$, $P=0,010$, $\eta^2= 0,057$) y “Actitud hacia la búsqueda de ayuda” ($F(3,196)= 3,03$, $P=0,03$, $\eta^2= 0,045$).

La categoría de “personas mayores de 65 años” ha obtenido resultados más bajos en los tres factores comparada con el resto de grupos de edad. Podemos observar en la prueba Post Hoc de Bonferroni que en la dimensión “Actitudes hacia la enfermedad mental” existen diferencias significativas entre personas “mayores de 65 años” y “de 18 a 24 años” ($P=0,002$; I.C 18,78 – 3,03); entre personas “mayores de 65 años” y “de 25 a 44 años” ($P<0,001$; I.C 17,49 – 6,60); y entre personas “mayores de 65 años” y “de 45 a 64 años” ($P<0,001$; I.C 15,34 – 3,86). El efecto lineal ($P<0,0001$) y el cuadrático ($P=0,001$) son significativos, pero es más significativo el efecto lineal.

En la variable “Percepciones hacia la enfermedad mental” existen diferencias significativas entre personas “mayores de 65 años” y “de 25 a 44 años” ($P=0,009$; I.C 0,43 – 4,59), al igual que ocurre en la variable “Actitud hacia la búsqueda de ayuda” ($P=0,037$; I.C 0,07 – 3,62). Mientras que en “Percepciones hacia la enfermedad mental” es significativo el efecto lineal ($P=0,032$) en “Actitud hacia la búsqueda de ayuda” es significativo el efecto cuadrático ($P=0,016$).

- **Lugar de residencia**

Al realizar el ANOVA de un factor sobre esta variable dependiente se observan diferencias significativas, respecto a la dimensión “Actitudes hacia la enfermedad mental” ($F(2,197)= 9,55$, $P<0,001$, $\eta^2=0,08$) concretamente entre los grupos de “<2.000 habitantes” y “>10.000 habitantes” ($P<0,001$) y tendencia a la significatividad entre los grupos de “2.000 a 9.999 habitantes” y “>10.000 habitantes”, ($P=0,089$). En “Percepciones hacia la enfermedad mental” se obtienen resultados significativos ($F(2,197)= 4,82$, $P=0,009$, $\eta^2= 0,047$) en especial entre los grupos “de 2.000 a 9.999 habitantes” y “>10.000 habitantes” ($P=0,028$). La “Actitud hacia la búsqueda de ayuda de salud mental” tiende a la significatividad ($F(2,197)= 2,52$, $P<0,083$, $\eta^2= 0,025$) destacando los grupos de “<2.000 habitantes” y “<10.000 habitantes” ($P=0,078$).

Para vencer la descompensación en el número de participantes por grupo se ha optado por colapsar los grupos rurales, “<2.000 habitantes (medio rural pequeño)” y de “2.000 a 9.999 habitantes (medio rural)”, creando una

submuestra de “<9.999 habitantes” (medio rural) que junto al grupo restante “<10.000 habitantes (medio urbano)” conforman las dos categorías en las que se ha dividido la muestra. Los datos descriptivos se plasman en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Estadística descriptiva de las submuestras de lugar de residencia

	Frecuencia	Porcentaje	Medias		
			Actitud	Percepción	Actitud búsqueda de Ayuda
< 9.999 habitantes (medio rural)	65	32,7%	82,56 (9,06)	20,07 (3,26)	20,31 (2,77)
> 10.000 habitantes (medio urbano)	134	67,3%	87,69 (7,64)	21,46 (2,85)	21,01 (2,46)

El análisis de la prueba t de muestras independientes reveló diferencias significativas de la submuestra del lugar de residencia en las dimensiones de “Actitudes hacia la enfermedad mental” ($T(197)=4,18$ $P< 0,001$; I.C 7,56 – 2,72; $d=0,61$) y en la dimensión de “Percepciones hacia la enfermedad mental” ($T(197)=3,05$ $P= 0,003$; I.C 2,27 – 0,49; $d=0,45$). En la “Actitud hacia la búsqueda de ayuda”, se puede observar cierta tendencia a la significatividad ($T(197)=1,82$ $P= 0,070$; I.C 1,5 – 0,06; $d=0,27$). Las puntuaciones del grupo “medio urbano” son más altas que las del grupo “medio rural”.

C. DISCUSIÓN

El estigma asociado a las personas con enfermedad mental que tiene la población general se muestra como una expresión social influida por factores personales como pueden ser: el género, la edad o el lugar de residencia (Ewalds-Kvist et al., 2013; López et al., 2008; Vicario & Moral, 2017). Los resultados de las variables estudiadas son los siguientes: en las dimensiones de “Actitud hacia la enfermedad mental” y “Percepción hacia la enfermedad mental” se obtuvo un efecto estadísticamente significativo en los tres factores (género, edad y lugar de residencia). En el caso de la “Actitud hacia la enfermedad mental” en relación a la edad, destaca la categoría de “personas mayores de 65 años”, ya que se muestra una diferencia significativa y un gran

tamaño del efecto con el resto de rangos de edad. En lo que respecta a la variable “Actitud hacia la búsqueda de salud mental” en función de la edad se obtuvo un efecto estadísticamente significativo. Sin embargo en el resto de factores, los resultados hallados fueron: tendencia a la significatividad en el caso del lugar de residencia con un tamaño del efecto pequeño y sin ningún efecto estadísticamente significativo en el caso del género.

La primera hipótesis (H1): “existirán diferencias estadísticamente significativas en la actitud y percepción sobre la enfermedad mental según el género”, se ve apoyada por los resultados de este estudio, en el que se muestran diferencias significativas entre ambos, en concreto la puntuación de las mujeres es más alta, lo que se traduce en que tienen menor estigma que los hombres. En esta línea, estudios previos han encontrado estas mismas diferencias, obteniendo resultados significativos tanto en conductas como en actitudes estigmatizantes (Moreno et al., 2017). En general el género femenino obtiene una mayor puntuación a la actitud y percepción hacia la enfermedad mental, Angermeyer M. C., en su revisión bibliográfica también expuso que las actitudes más positivas hacia la enfermedad mental eran de las mujeres en más de la mitad de los estudios revisados (Angermeyer & Dietrich, 2006; Corrigan & Watson, 2007; Ewalds-Kvist et al., 2013; Yuan et al., 2016). A pesar de ser numerosas investigaciones las que corroboran esta hipótesis también existen algunas que no la lleguen a afirmar, obteniendo resultados como que los hombres tendían a desear menos distancia social que las mujeres (Yuan et al., 2016), o que no detectan ninguna asociación entre el nivel de estigma y el género (Muñoz et al., 2009). Otra de las investigaciones con resultados similares ha sido la de Ewalds-Kvist et al., 2013, la cual también señaló que a pesar de la percepción y actitud positiva que tenía una mujer hacia la enfermedad mental, está iba acompañada de sentimientos temerosos y comportamientos evitativos, más que los hombres en este caso (Ewalds-Kvist et al., 2013).

La segunda hipótesis (H2), “existirán diferencias estadísticamente significativas en la actitud de búsqueda de ayuda de salud mental según el género”, según los resultados obtenidos no se puede inferir que hay una asociación. Sin embargo, autores como Fischer y Turner (1970) en su investigación realizada en Colombia obtuvieron un como resultados una tendencia significativa mayor en la búsqueda de atención psicológica en mujeres (Fischer & Turner, 1970). Otras investigaciones afirman que los hombres optan por no solicitar ayuda ante un problema de salud mental, lo que implica

una diferencia en cuanto a la actitud de búsqueda de ayuda, mostrando las mujeres una actitud más abierta ante un problema de salud mental (Mackenzie et al., 2008; Oliver et al., 2005).

La tercera hipótesis (H3) “existirán diferencias estadísticas en la actitud y percepción hacia la enfermedad mental en relación a la edad”. Se obtienen diferentes puntuaciones en las cuatro categorías de edad, observando que son las “personas mayores de 65 años” las que presentan puntuaciones más negativas en las dos dimensiones estudiadas que conforman el estigma “Actitud hacia la enfermedad mental” y “Percepción hacia la enfermedad mental”. Se podría inferir que existe una asociación entre la edad y el estigma influyendo la primera variable sobre la segunda. Las personas mayores de 65 años presentan un estigma hacia la enfermedad mental mayor que el resto de edades. Estos resultados coinciden con el trabajo de Revilla et al. (2010), el cual afirma que las personas mayores de 65 años son más autoritarias hacia la enfermedad mental y por ende presentan una actitud y percepción más negativa que otros grupos de edades más jóvenes (Revilla et al., 2010). Asimismo, la hipótesis planteada, también se ve reforzada por diferentes investigaciones que apoyan la tendencia del estigma a aumentar a medida que aumenta la edad (Angermeyer & Matschinger, 2004; Matamoros & Marín, 2019; Muñoz et al., 2009). Al analizar el efecto lineal de ambas dimensiones y ser significativo, se podría ver como la relación entre éstas y la edad varía dependiendo cuántos años tiene la persona.

La hipótesis cuatro (H4): “existirán diferencias estadísticas en la búsqueda de ayuda de salud mental en relación a la edad”. Las medias de las edades entre “25 a 44 años” y “mayores de 65” muestran una relación significativa. En la misma línea, la literatura previa expone que los grupos jóvenes muestran actitudes positivas hacia la búsqueda de profesionales para atender su salud (Mackenzie et al., 2008; Olfson et al., 2002; Trollor et al., 2007). En base a los resultados obtenidos, el efecto cuadrático indica que los grupos de edades intermedios muestran actitudes más positivas hacia la enfermedad mental.

La quinta hipótesis (H5) es en relación al lugar de residencia: “existirán diferencias estadísticamente significativas relacionadas con el lugar de residencia de la persona en las actitudes y percepciones hacia la enfermedad mental”. Dados los resultados de la investigación se puede afirmar dicha asociación ya que existe una

diferencia significativa entre las medias de “Actitud hacia la enfermedad mental” y la “Percepción hacia la enfermedad mental” entre los dos grupos de lugar de residencia “medio rural” y “medio urbano”, siendo este último el que tiene las puntuaciones más altas. Según el estudio de Navarro (2003), el lugar de residencia se asocia a cambios en la actitud y percepción hacia la enfermedad mental, así confirma las diferencias en los contextos, y por ende defiende formas de actuación diferentes.

Los resultados de esta investigación presentan un moderado tamaño del efecto y unos resultados significativos concretamente en la categoría de “>10.000 habitantes” (“medio urbano”), con el “medio rural pequeño” en “Actitud hacia la enfermedad mental” y con el “medio rural mediano” en “Percepciones hacia la enfermedad mental”. Al aunar los “medios rurales” en menos de 9.999 habitantes (“< 9.999 habitantes”) y analizarlo junto al “medio urbano” (>10.000 habitantes), se observa que la diferencia de las medias es significativa, así mismo, este resultado es apoyado por los valores estadísticos del tamaño del efecto e intervalo de confianza. Esto significa que sí que hay una diferencia entre las zonas rurales y las zonas urbanas, teniendo el “medio rural” puntuaciones más bajas tanto en “Actitudes hacia la enfermedad mental” como en “Percepciones hacia la enfermedad mental”, es decir, el estigma es mayor en este grupo poblacional.

En la revisión bibliográfica a penas se ha podido contrastar esta hipótesis, ya que son muy reducidas las investigaciones asociadas al estigma sobre la enfermedad mental en las zonas rurales, dado que se enfocan en la utilización de recursos de salud mental. La escasez de recursos en las zonas rurales y su desproporción con respecto a las zonas urbanas es un fenómeno común en el mundo (WHO, 2001) y repercute en la forma de entender la salud mental. Álvarez & Pernia, (2007) refieren que las zonas rurales no reciben la adecuada atención en salud mental, sin llegar a especificar si existe una diferencia en las “Actitudes hacia la enfermedad mental” en las zonas rurales y urbanas (Álvarez & Pernia, 2007). Son varios estudios los que confirman esta teoría, afirmando que los recursos de salud mental son utilizados en menor medida en las zonas rurales, haciendo referencia como principal dificultad a la accesibilidad y disponibilidad de los mismos, existiendo una mínima información sobre la atención de la salud mental en estas zonas, lo cual influye en las actitudes hacia la enfermedad mental (Navarro, 2003; Contreras, 2011). McDonel et al. (1997) señaló estas dificultades como desventajas de la atención de la enfermedad mental en las zonas rurales frente a las urbanas sumado a

la escasez de personal especializado un mayor estigma hacia la enfermedad mental (Navarro, 2003; McDonel et al., 1997; Beltrán & Palancares, 2002). En estados Unidos se han realizado varias investigaciones en las que afirman que el estigma es mayor en las zonas rurales, sin embargo, carecen de la posibilidad de generalización (Maulik et al., 2017; Mutiso et al., 2017; Schroeder et al., 2021). En base a ello, Schoroeder et al. (2021) en su investigación expone que las mujeres rurales tienen puntuaciones mayores en relación al estigma que las mujeres que viven en el medio urbano, así mismo afirma que las percepciones y actitudes de la enfermedad mental varían entre las zonas rurales y las zonas urbanas (Schroeder et al., 2021). Por el contrario, otras investigaciones defienden que presentan una actitud más positiva y común las personas que viven en “medio rurales” que las que residen en “medios urbanos” (Judd et al., 2007).

La sexta hipótesis (H6): “existirán diferencias estadísticamente significativas relacionadas con el lugar de residencia de la persona en la actitud hacia la búsqueda de ayuda de salud mental” no hay certeza de que esta hipótesis sea completamente cierta, ya que los resultados tienden a la significatividad, por lo que no se puede extrapolar a la población general esta asociación. Por otro lado, el tamaño del efecto que nos informa de la fuerza de la asociación entre la “Actitud hacia la búsqueda de ayuda de salud mental” y el “lugar de residencia” es moderado. Así mismo, al colapsar las categorías de “lugar de residencia” en dos (“medio rural” y “medio urbano”), tal y como se ha hecho en la anterior hipótesis (H5), continúa la tendencia a la significatividad. En este caso, el intervalo de confianza es pequeño por lo que pierde fuerza al apoyar esta asociación.

Lara et al., (1996) centra su investigación sobre las mujeres rurales afirmando que estas cuando se trata de sus hijos están más permeables a buscar ayuda profesional, sin embargo, al tratarse sobre sus problemas emocionales, buscan ayuda en personas de confianza (Lara et al., 1996). Al igual que en la hipótesis quinta (H5) la escasez de servicios de ayuda de las áreas rurales frente a las zonas urbanas influye, entre otros, en las oportunidades de su uso, repercutiendo de este modo, en las actitudes hacia su búsqueda (Schnyder et al., 2017). Algunas investigaciones como la de Dias et al. (2017) se centran en la atención a las mujeres de las zonas rurales, las cuales muestran más resistencia a buscar atención de una enfermedad mental que las de las áreas urbanas (Dias et al., 2017). Asociar actitudes y percepciones más negativas sobre la enfermedad mental supondría mayor resistencia para acudir a dichos recursos traduciéndose en una barrera para demandar ayuda y para su tratamiento (McDonel et al., 1997). Todos estos

factores influyen en la “Actitud sobre la búsqueda de ayuda en la enfermedad mental”, ya que son muchas las personas con enfermedad mental las que se quedan fuera del sistema de atención y no se benefician de programas de rehabilitación psicosocial (Contreras, 2011).

D.LIMITACIONES

La primera limitación que se ha encontrado ha sido el tamaño de la muestra y los grupos descompensados de la misma, los cuales han afectado a la distribución de factores como: la edad y el lugar de residencia, en este último, se ha tenido que reagrupar las categorías. El tamaño de la muestra ha sido pequeño, teniendo esto relación con el tiempo empleado para la realización del cuestionario, pues aun teniendo una muestra amplia se han tenido que descartar aquellas personas que no han terminado de completar el cuestionario. En un futuro, en próximos estudios se tendrán en cuenta estas limitaciones para buscar una muestra más representativa y de gran tamaño.

Otra de las limitaciones es la estructura y formulación del cuestionario, el cual no cumple la estructura factorial en nuestra muestra al hacer comprobaciones no mostradas en este estudio. Así mismo, este no está validado al castellano y está administrado en la población y cultura de Arabia Saudí, lo que limita a la hora de compararlo con los rangos establecidos, pues los valores de referencia no están verificados en población española. No se ha podido validar debido al tamaño de la muestra y al no cumplirse la estructura factorial.

Por último, se han encontrado limitaciones en la forma de clasificar el lugar de residencia ya que cuando se hace referencia al medio rural no hablamos de un contexto homogéneo, estas zonas son muy diferentes de un ámbito geográfico a otro, tanto en densidad poblacional, como en costumbres y necesidades asociadas (Contreras, 2011). Por ello, se ha optado por expresarlo en relación al número de los habitantes, ya que esta característica es la más conocida por la población.

F. CONCLUSIONES

Como afirman varios autores, el estigma hacia las personas con un trastorno mental fomenta su autoestigma (Rodríguez-Meirinhos & Antolín-Suárez, 2020; Cazaniga & Suso, 2015; Junta Asociación Madrileña de Salud Mental, 2015; Pla et al., 2013; Mascayano et al., 2015; Muñoz et al., 2009), lo que a su vez repercute en una menor búsqueda de ayuda para abordar los problemas de salud mental según estudios de diferentes países (Cazaniga & Suso, 2015). Por este motivo, en base a la importancia del estigma en la sociedad, en esta investigación se ha planteado como objetivo general “explorar la percepción y actitud hacia la enfermedad mental en población general y conocer la actitud de las personas no diagnosticadas sobre la búsqueda de ayuda de salud mental, teniendo en cuenta sus características sociodemográficas”.

El análisis de los resultados de dicha investigación nos ha acercado a conocer más a la población que presenta un estigma hacia la enfermedad mental. Haciendo un análisis más detallado y continuando con los diferentes objetivos específicos, al realizar un estudio sobre las variables sociodemográficas asociadas con las actitudes y percepciones hacia la enfermedad mental, se han observado algunas diferencias significativas en relación a los factores del género, la edad y el lugar de residencia. En base a los resultados de dicha investigación y acorde con la literatura consultada las personas con menor puntuación en las “Actitudes hacia la enfermedad mental” y las “Percepciones hacia la enfermedad mental” coincidiendo también con la variable de “Actitud de la búsqueda de ayuda de salud mental”, son de género masculino, que viven en zonas rurales (<9.999 habitantes) y con una edad superior a los 65 años, es decir, las personas con estas características sociodemográficas tenderían a tener un mayor nivel de estigma hacia la enfermedad mental además de ser más reticentes a la búsqueda de ayuda para solventar problemas en su salud mental. La verificación de las hipótesis planteadas permite lograr los objetivos específicos basados en la investigación sobre las dimensiones de “Actitud hacia la enfermedad mental”, “Percepción hacia la enfermedad mental” y “Actitud hacia la búsqueda de ayuda de salud mental”. Al profundizar en el análisis de los factores sociodemográficos, los resultados infieren a realizar las siguientes apreciaciones:

- Las mujeres muestran una actitud y percepción más positiva que los hombres en relación a la enfermedad mental, y a su vez, en la búsqueda de ayuda.

- El rango de edad de “mayores de 65 años” se diferencia con el resto en todas las dimensiones, pero únicamente con el rango de “25 a 44 años” coincide en las variables de “Actitud hacia la enfermedad mental” y “Percepción hacia la enfermedad mental”, lo que hace pensar que los adultos mayores presentan mayor estigma hacia la enfermedad mental que los adultos jóvenes. Coincidiendo también en las actitudes de búsqueda de ayuda.
- El resultado de la dimensión “Actitud hacia la enfermedad mental” y “Percepción hacia la enfermedad mental” fue significativo en la categorización de los dos grupos “medio urbano” y “medio rural”. Siendo las personas residentes en el medio rural las que tienen puntuaciones más bajas en ambos factores. Por lo que se puede afirmar que las personas del entorno rural tienen un estigma más elevado que las del entorno urbano. En la dimensión de “Actitud hacia la búsqueda de salud mental” únicamente se tiende a la significatividad por lo que no se puede afirmar del todo la asociación entre la búsqueda de ayuda y el lugar de residencia.

Estos resultados son de utilidad, por un lado, para poder ampliar la investigación en un futuro y poder tener una mayor muestra evitando en la medida de lo posible grupos descompensados. Y por otro lado, para poder elaborar, plantear e implementar estrategias y acciones antiestigma enfocadas a los colectivos con actitudes y percepciones más negativas hacia la enfermedad mental, ya que como hemos visto anteriormente, el estigma es una barrera para la integración comunitaria y para el proceso de rehabilitación de la persona. Vezzoli et al. (2011) señalan que el conocimiento y los programas de sensibilización e información a un colectivo en concreto mejoran el impacto de los mismos (Vezzoli et al., 2001).

En esta línea, Rodríguez-Meirinhos & Antolín-Suárez, (2020) tras los resultados de su estudio proponen también la necesidad de implementar intervenciones para reducir el estigma brindando oportunidades de contacto directo y a través del conocimiento ajustándose a los colectivos más vulnerables a tener actitudes negativas hacia la enfermedad mental (Rodríguez-Meirinhos & Antolín-Suárez, 2020). Así mismo, también se valora la actitud hacia la búsqueda de ayuda ante los problemas de salud mental, pues según anteriores estudios cuanto más negativa es esta actitud más resistencia existe en iniciar una valoración y un tratamiento (Sánchez et al., 2001; Cooper, et al., 2003; Álvarez & Salinas, 2008; Clement et al., 2015).

Las actitudes aprendidas socialmente sobre el desconocimiento de la salud mental se traducen en estereotipos y prejuicios, los cuales crean una distancia social ya que derivan en conductas discriminatorias que en ocasiones impiden el ejercicio de los derechos de la ciudadanía. Su evaluación facilita una mayor comprensión que permite el comienzo de cambios destinados a la erradicación del estigma, con la finalidad de crear y mantener una sociedad más justa e inclusiva (Cazaniga & Suso, 2015; Moreno et al.,2017).

En este orden de ideas, es necesario continuar con investigaciones sobre todo en los ámbitos más vulnerables, con el objetivo de planificar e implementar actuaciones de la manera más eficiente y efectiva posible. Como se ha ido exponiendo a lo largo de esta investigación, el estigma hacia la enfermedad mental priva de oportunidades en la vida cotidiana (vivienda, empleo, vínculos sociales...) formando una barrera entre las personas con un trastorno de enfermedad mental y la comunidad, lo que se traduce en exclusión social. En los últimos años, se ha percibido una mayor conciencia sobre la enfermedad mental, pero sin llegar a modificar algunas de las actitudes hacia este colectivo (López et al., 2008). El tener mayor conocimiento sobre las variables asociadas a actitudes y percepciones hacia la enfermedad mental, puede guiar este cambio de comportamiento.

Un papel muy importante sobre la imagen que la sociedad tiene de la enfermedad mental lo tienen los medios de comunicación, por un lado fomentan en mayor medida el estigma, pero por otro, también pueden contribuir a eliminarlo cambiando las percepciones de la población sobre la salud mental (Giraldo & Villar, 2018). Muchos programas se proponen mejorar la imagen de la enfermedad mental en los medios de comunicación, diseñando y desarrollando acciones de sensibilización y contando con especialistas para dicho fin (Cazaniga & Suso, 2015). Para la mitigación del estigma autores como Arnaiz & Uriarte (2006) nombran tres estrategias principales para luchar contra el estigma: el contacto, la protesta y la educación (Arnaiz & Uriarte, 2006).

En esta última estrategia de intervenir en la educación ha sido en la que se ha orientado esta investigación. Los objetivos específicos de este trabajo han permitido poder conocer de una manera aproximada las características sociodemográficas de las personas con mayor estigma hacia la enfermedad mental y más reticentes a solicitar ayuda ante un problema de salud mental. Esto puede facilitar el enfoque de futuros

proyectos de acciones de sensibilización en determinados colectivos a través de la educación de los mismos. Autores como Moreno et al., (2017), tras realizar un estudio de investigación sobre las actitudes hacia los problemas de salud mental, se propuso diseñar y aplicar intervenciones antiestigma específicas haciendo énfasis sobre la población masculina menor de 35 años de Almería, ya que en base a sus resultados este colectivo era el que presentaba actitudes más negativas hacia la enfermedad mental (Moreno et al., 2017). Las investigaciones, propuestas e implementación de proyectos sobre las modificaciones de actitudes hacia la enfermedad mental llevan abordándose desde hace más de 20 años (Aguado et al., 2004; Delgado, 2015).

G. BIBLIOGRAFÍA

- Abolfotouh, M. A., Almutairi, A. F., Almutairi, Z., Salam, M., Alhashem, A., Adlan, A. A., & Modayfer, O. (2019). Attitudes toward mental illness, mentally ill persons, and help-seeking among the Saudi public and sociodemographic correlates. *Psychology Research and Behavior Management*, *12*, 45–54. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S191676>
- Aguado, A. et al. (2004): “Programas de cambio de actitudes ante la discapacidad”. *Psicothema*, *16* (4): 667-673.
- Al-Adawi, S., Dorvlo, A. S., Al-Ismaily, S. S., Al-Ghafry, D. A., Al-Noobi, B. Z., Al-Salmi, A., Burke, D. T., Shah, M. K., Ghassany, H., & Chand, S.P. (2002). Perception of and attitude towards mental illness in Oman. *The International journal of social psychiatry*, *48*(4), 305–317.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *420*, 47–54.
- Álvarez, L. & Almeida, O. (2008): “Actitudes hacia el trastorno mental y la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga”. *Revista Facultad de Medicina*, *56* (2).
- Álvarez, L.Y & Pernía, L.C. (2007). Actitudes hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Una revisión sistemática de estudios en Europa, Estados Unidos, Latinoamérica y el Caribe. *MedUNAB*, *10*(1), 50-56.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5^o Edition). Arlington, VA: *American Psychiatric Association*.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>

- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (2004). Public attitudes to people with depression: Have there been any changes over the last decade? *Journal of Affective Disorders*, 83(2-3), 177-182.
- Angermeyer, M.C., Beck, M. & Matschinger, H. (2003). Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 663-668.
- Arango, C. (2002). DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. In *American Psychiatric Association*, (1). 947.
- Aretio, A., (2010) Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*. 23, 289-300.
- Arnaiz, A., & Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6(26), 5.
- Barbato, A. (2000). Consequences of schizophrenia: A public health perspective. *World Association for Psycho social Rehabilitation Bulletin*. 21, 6-7.
- Barrett, M.S., Chua, W., Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B., Casiano, D. & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 46, 247–267
- Bhugra, D., Hicks, M.H.R., (2004). Effect of an educational pamphlet on help-seeking attitudes for depression among British South Asian women. *Psychiatric Services* 55, 827–829.
- Bobes, J., Fillat, O. & Arango, C. (2009). Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(3), 218-225.
- Boonstra, N., Klaassen, R., Sytema, S., Marshall, M., De Haan, L., Wunderink, L. & Wiersma, D. (2012). Duration of untreated psychosis and negative symptoms: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Schizophrenia Research* 142, 12–19.

- Cazaniga, J. & Suso, A. (2015). Estudio "Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma". *Confederación Salud Mental España*, 7–112.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2018). Plan estratégico de salud mental de la Comunidad de Madrid 2018- 2020. *Dirección General de Coordinación de La Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud*, 1–277.
- Contreras, J. A. (2011). Rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave. Pautas de intervención en el domicilio y programas para contextos rurales. Presentación. *Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha*.
- Corrigan, P.Q. & Kosyluk, K.A. (2014). Mental illness stigma: Types, constructs, and vehicles for change. En P. W. Corrigan (Ed.), *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices*. Nueva York: *American Psychological Association*, 35-36.
- Corrigan, P.W., Roe, D. & Tsang, H.W.H. (2011). Challenging the stigma of mental illness: lessons for therapists and advocates. *New York: Wiley and Sons*.
- 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. <https://doi.org/10.1080/09638231000118276>
- Crespo, M., Pérez-Santos, E., Muñoz, M. & Guillén, A.I. (2008). Descriptive study of stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain). *Community Mental Health Journal*, 44(6), 393–403. <https://doi.org/10.1007/s10597-008-9142-y>
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E. & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow up study within the changing minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2), 106.
- De Francisco, P. & Goenaga, E. (2002). Diferencias de la demanda en Salud Mental según hábitat. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXII (82), 105–113.

- Delgado A. (2015). Estrategias psicosociales utilizadas para el cambio de actitud hacia personas discriminadas por su discapacidad o trastorno mental. *Revista Española de Discapacidad*, 3(2), 27–39.
- Direk, N., Tiemeier, H. R.C. & Kessler, B. (2010). Ustun (eds): The WHO world mental health surveys. Global perspectives of mental health surveys. *European Journal of Epidemiology*, 25(4), 281–281 <https://doi.org/10.1007/s10654-010-9441-9>
- Dovido, J.F., Major, B. & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and Overview. In T.F. Heatherton., R.E. Kleck., & M.R. Hebl (Eds.) *The Social Psychology of Stigma*. New York: Guildford.
- Eisenberg. D., Downs, M.F., Golberstein, E. & Zivin, K. (2009) Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical care research and review*, 66 (5): 522–541.
- El Instituto Nacional de Estadística (INE) 2021. Cifras de población y Censos demográficos. INEbase. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735572981
- Elhai, J.D., Schweinle, W. & Anderson, S.M. (2008). Reliability and validity of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-short form. *Psychiatry Research*, 159, 320-329.
- Elhai, J.D., Voorhees, S., Ford, J.D., Min, K.S. & Frueh, B.C. (2009). Sociodemographic, perceived and objective need indicators of mental health treatment use and treatment-seeking intentions among primary care medical patients. *Psychiatry Research*, 165, 145-153.
- Esteban, M.M., Puerto, M.L., Fernández Cordero, X., Jiménez García, R., Gil de Miguel, A., & Hernández Barrera, V. (2012). Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 229-240.
- 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. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.748827>

- Fischer, E.H., & Turner, J.L. (1970). Orientation of seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of consulting and Clinical Psychology* 35(1), 79-90.
- Gaebel, W., Baumann, A., Witte, A.M. & Zaeske, H. (2002). Public attitudes toward people with mental illness in six German cities: results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(6), 278-287.
- Giraldo, B. & Villar, J.I. (2018). Percepción social y estigma de la enfermedad mental. *Implicaciones en su atención*. 14, 1–26.
- Girma, E., Möller-Leimkühler, M. A., Müller, N., Dehning, S., Froeschl, G. & Tesfaye, M. (2013). Public stigma against people with mental illness in the Gil gel Gibe field research center (GGFRC) in South west Ethiopia. *Plos ONE*, 8(12), 1–9.
- Goffman, E. (1970) Estigma. *La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Gómez, M. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. 168.
- González-Pablos, E. & Martín-Lorenzo, C. (2021). Estigma y esquizofrenia. 243, 65–75.
- Haghighat, R. (2001). A Unitary Theory of Stigmatisation. Pursuit of Self-interest and Routes to Destigmatisation. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 207- 215
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. & Alonso, J. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica*, 126(12), 445–451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
- Henderson, C., Robinson, E., Evans-Lacko, S., Corker, E., Rebollo-Mesa, I., Rose, D. & Thornicroft, G. (2016). Public knowledge, attitudes, social distance and reported contact regarding people with mental illness 2009–2015. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134, 23–33. <https://doi.org/10.1111/acps.12607>
- Hinshaw S.P., Stier A. (2008) Stigma as related to mental disorders. *Annu Rev Clin Psychol*, 4:367-93.

- Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía. (1987). *Salud mental y prensa. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.*
- Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D.T. & Scott, R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships. New York: Freeman.*
- Judd, F., Jackson, H., Komiti, A., Murray, G. & Fraser, C. (2007). Service utilisation by rural residents with mental health problems. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 15(3), 185–190.
- Junta Asociación Madrileña de Salud Mental. (2015). *Informe Sobre Evolución De Recursos De Salud Mental De La Comunidad De Madrid 2000-2015.*
- Kessler R., Demler O., Frank R., Olfson M., Pincus H., Walters E., Wang P., Wells K., Zaslavsky A., (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352, 2515–2523.
- Kessler R.C., Berglund P.A., Bruce M.L., Koch J.R., Laska E.M., Leaf P.J., Manderscheid R.W., Rosenheck R.A., Walters E.E. & Wang P.S. (2001) The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv. Res.* 36: 987–1007.
- Lahtinen, E., Lahtinen, V., Riikonen, E., & Ahonen, J. (1999). *Juha Ahonen (Eds.) Framework for Promoting Mental Health in Europe.*
- Lara, M., Medina, M., Salgado, V., Acevedo, M., Díaz, M. & Villatoro, J., (1990). Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. *Salud mental*. 19, 42-9.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511–541. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 43–83. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352008000100004>

- Mackenzie, C.S., Gekoski, W.L., & Knox V.J. (2006) Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes, *Aging & Mental Health*, 10(6), 574-582.
- Mackenzie, C.S., Scott, T., Mather, A. & Sareen, J. (2008). Older adults' help-seeking attitudes and treatment beliefs concerning mental health problems. *American Journal Geriatric Psychiatry*, (16), 1010-1019
- Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*, 13(2), 7-17.
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53–58. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.007>
- Matamoros, S.D.V.V. & Marín, J.M.M. (2019). Análisis del estigma hacia personas con trastorno mental grave en la población de Cáceres. *RES: Revista de Educación Social*, (29), 142-153.
- Maulik, P.K., Devarapalli, S., Kallakuri, S., Tewari, A., Chilappagari, S., Koschorke, M., & Thornicroft, G. (2017). Evaluation of an anti-stigma campaign related to common mental disorders in rural India: a mixed methods approach. *Psychological Medicine*, 47(3), 565–575. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002804>
- McDonel, E.C., Bond, G.R., Salyers, M., Fekete, D., Chen, A., McGrew, J.H. & Miller, L. (1997). Implementing assertive community treatment programs in rural settings. *Administration and Policy in Mental Health*, 25(2), 153–173. <https://doi.org/10.1023/A:1022286921362>
- Micklin, M. & Leon, C. (1978) Cultural basis of images of causation in psychological disorder: A Colombian survey. *Journal of SocPsych*, (24) 46-54.
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. (2017). Encuesta Nacional de Salud España 2017. *Informe monográfico de Salud Mental*, 21-25.
- Morales, J.F. & Huici, C. (1996). Estereotipos. *Psicología Social y Trabajo Social*. Madrid, *Mc Graw-Hill*.

- Moreno, A.M., Sánchez, F. & López, M. (2017). Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society, & Education*, 6(1), 17. <https://doi.org/10.25115/psyse.v6i1.505>
- Morgan, C., Mallett, R., Hutchinson, G. & Leff, J. (2004). Negative pathways to psychiatric care and ethnicity: the bridge between social science and psychiatry. *Social science & medicine*, 58(4), 739–752.
- Muñoz, A.A. & Uriarte, J.U. (2013). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6(26), 49-59.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. & Guillen, A. (2009). Estigma y enfermedad mental. *Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*.
- Mutiso, V.N., Musyimi, C.W., Nayak, S.S., Musau, A.M., Rebello, T., Nandoya, E., Tele, A.K., Pike, K. & Ndeti, D. M. (2017). Stigma-related mental health knowledge and attitudes among primary health workers and community health volunteers in rural Kenya. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(6), 508–517. <https://doi.org/10.1177/2F0020764017716953>
- Navarro, D. (2003). Rehabilitación psicosocial para enfermos mentales graves en contextos rurales: alternativas a los modelos tradicionales. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (86), 105–122. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352003000200008>
- Nose, M., Barbui, C. & Tansella, M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological Medicine*, (33), 1149–1160
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Elinson, L., Tanielian, T. & Pincus, H. A. (2002). National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA*, 287(2), 203–209. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.203>
- Olivari, C., Gumáz-González, M. (2017). Validación del cuestionario general de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(3) 324-331

- Oliver, M.I., Pearson, N., Coe, N. & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 297-301.
- OMS, & Organización Mundial de la Salud. (2001). 54^a Asamblea mundial de la salud: Una Conferencia Internacional Sobre La Promoción de La Salud Hacia Un Nuevo Concepto de La Salud Pública, 8–11.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Stigma: an international briefing paper.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). OMS, Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. *WHO*.
- Páez, T. (2014). Rechazo social frente al trastorno mental: algunas actitudes y sugerencias. *Revista Pedagógicas*, 7(0), 66–91.
- Parreira, B.D.M., Goulart, B.F., Haas, V.J., Silva, S.R., Monteiro J.C.S. & Gomes-Sponholz, F.A. (2017) Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51.
- Pescosolido, B.A., Boyer, C.A. & Medina, T.R. (2012). The social dynamics of responding to mental health problems. En C.S. Aneshensel (Ed.), *Hand book of Sociology and Social Research*, 505-524. doi: 10.1007/978-94-007-4276-5_24
- Petersen, K., Soegaard, V., Lodahl, B., Vinther, C. & Wind, G. (2014). Recovery from mental illness: A service user perspective on facilitators and barriers. *Community Mental Health Journal*, 51, 1-13.
- Pettigrew, T.F. & Tropp, L.R. (2008). How does inter group contact reduce prejudice? Metanalytic tests of three mediators. *European Journal of Social Psychology*, (38), 922-934
- Pla, I., Donat, A. & Bernabeu, I. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: Factores determinantes en Salud Mental. *Norte de Salud Mental*, XI(46), 20-28.
- Regier, D.A., Narrow, W.E., Rae, D.S., Manderscheid, R.W., Locke, B.Z. & Goodwin, F.K. (1993) The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiological catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Rev Psychiatry*, (50), 85–94.

- Rengel, D. (2020). La construcción social del “otro”. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida. *Gazeta de Antropología*, 1–14. <https://doi.org/10.30827/digibug.7197>
- Revilla, I.C., Yllá, L., González-Pinto, A., & Bardají, P. (2010). Actitud de la familia hacia el enfermo mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(1), 57–70.
- Rickwood, D., Deane, F.P., Wilson, C.J. & Ciarrochi, J. (2005). Young people’s help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*, 4(3), 218-51.
- Rodríguez-Meirinhos, A., & Antolín-Suárez, L. (2020). Estigma social hacia la enfermedad mental: factores relacionados y propiedades psicométricas del Cuestionario de Atribuciones-revisado. *Universitas Psychologica*, 19, 1–13. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy19.esem>
- Ruiz, M.Á., Montes, J.M., Correas, J., Álvarez, C., Mauriño, J. & De Dios, C. (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.002>
- Rüsch, N., Matthias, C., Angermeyer, M.C., & Corrigan, P.W. (2006). El estigma de la enfermedad mental: Conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo. *European Psychiatry*, 13, 165-176.
- Saarento, O., Räsänen, S., Nieminen, P., Hakko, H., Isohanni, M. (2000). Sex differences in the contact rates and utilization of psychiatric services. A three-year follow-up study in Northern Finland. *Eur Psychiatry*, 15, 205-212
- Sánchez, E., Guillén, F., Pineda, C., Moreno, N., Medina, I., Baron, F. & Labajos, M. (2001) Cambio de las actitudes hacia la enfermedad mental y somática en estudiantes de fisioterapia tras seguir un programa de psicología. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 58, 57-65.
- Sanjuan, A.M. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia. International Journal of Psychology*, 13(2), 7–17.

- Sawyer, M.G., Arney, F.M., Baghurst, P.A., Clark, J.J., Graetz, B.W., Kosy, R.J., Zubrick, S.R., (2001). The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 35 (6), 806–814.
- Schieman, S., & Van Gundy, K. (2000). The personal and social links between age and self-reported empathy. *Social Psychology Quarterly*, 63, 152-174.<https://doi.org/10.2307/2695889>
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(4), 261-268. doi:10.1192/bjp.bp.116.189464
- Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2009). El estigma del tratamiento psiquiátrico y las intenciones de buscar ayuda para depresión. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 259 (5), 298–306
- Schroeder, S., Tan, C.M., Urlacher, B. & Heitkamp, T. (2021). The role of rural and urban geography and gender in community stigma around mental illness. *Health Education & Behavior*, 48(1), 63–73. <https://doi.org/10.1177/1090198120974963>
- Seacat, J. (2014). Mental health stigma update: A review of consequences. *Advances in Mental Health*, 12, 202-215.
- Stafford, M.C. & Scott, R. (1986). Stigma deviance and social control: some conceptual issues. In S.C. Ainsley, L. M. Becker y L.M. Coleman (Eds). *The dilemma of difference*. New York: Plenum.
- Subdirección General de Información Sanitaria (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. *BDCAP Series 2*.
- Sullivan, G., Jackson, C.A. & Spritzer, B.A. (1996) Characteristics and service use of seriously mentally ill persons living in rural areas. *Psychiatric Services*, 47(1), 57-61

- Tanaka, G., Inadomi, H., Kikuchi, Y. & Ohta, Y. (2004). Evaluating stigma against mental disorder and related factors. *Psychiatry and Clinical Neuro sciences*, 58, 558-566.
- Tanaka, G., Inadomi, H., Kikuchi, Y., & Ohta, Y. (2004). Evaluating stigma against mental disorder and related factors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 558–566.
- Taylor-Rodgers, E. & Batterham, P.J. (2014) Evaluation of an online psycho education intervention to promote mental health help seeking attitudes and intentions among young adults: Randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 168, 65–71.
- Thornicroft, G. (2007). Most people with mental illness are not treated. *Lancet*, 370, 807–808
- Trollor, J. N., Anderson, T. M., Sachdev, P. S., Brodaty, H. & Andrews, G. (2007). Prevalence of mental disorders in the elderly: the Australian National Mental Health and Well-Being Survey. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 15(6), 455–466. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3180590ba9>
- Uddin, M.N., Bhar, S. & Islam, F.A. (2019). An assessment of awareness of mental health conditions and its association with socio-demographic characteristics: a cross-sectional study in a rural district in Bangladesh. *BMC Health Serv Res*, 19, 562. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4385-6>
- Üstun, T.B. & Sartorius, N. (1995). *Mental Illness in General Health Care*. Ed. T. B. Ustün, N. Sartorius. Chichester: Wiley. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/36937>
- Vezzoli, R., Archiati, L., Buizza, C., Pasqualetti, P., Rossi, G., & Pioli, R. (2001). Attitude towards psychiatric patients: A pilot study in a northern Italian town. *European Psychiatry*, 16(8), 451–458. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00606-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00606-X)

- Vicario, A. & Moral, M.D.L.V. (2017). Actitudes hacia los trastornos mentales y su asociación percibida con delito: Estigma social. *Salud & Sociedad*, 7(3), 254–269.
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3, 171-178.
- Weller, L. & Grunes, S. (1988). Does contact with the mentally ill affect nurses attitudes to mental illness? *Br. J Med Psychol*, 61(3), 277–284.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuro psychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Yovany, L. & Pernía L. C. (2007). Actitudes hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Una revisión sistemática de estudios en Europa, Estados Unidos. *Med Unab.* (10), 1.
- Yuan, Q., Abdin, E., Picco, L., Vaingankar, J. A., Shahwan, S., Jeyagurunathan, A., Sagayadevan, V., Shafie, S., Tay, J., Chong, S.A. & Subramaniam, M. (2016). Attitudes to mental illness and its demographic correlates among general population in Singapore. *PLoS ONE*, 11(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167297>

H. ANEXOS

Anexo 1.

Cuestionario de “Percepción y actitud hacia las enfermedades mentales” de Abolfotouh et al., (2019)



Cuestionario de percepción y actitud hacia las enfermedades mentales

(Abolfotouh et al., 2019)

Se pretende evaluar la percepción, actitudes y búsqueda de ayuda hacia los diversos aspectos de la enfermedad mental, con el propósito de realizar un análisis sociodemográfico de los resultados.

Es voluntario y anónimo, se puede abandonar la investigación en cualquier momento.
¡Gracias por participar y por su tiempo!

Da el consentimiento de que la responsable trate los datos facilitados el cuestionario, con la finalidad de realizar un proyecto.

Si ___ No ___

A. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA: (Marque con un x)

- 1- Edad : ___ De 18 a 24 años; ___ De 25 a 44 años; ___ 45 a 64 años; ___ >65 años
- 2- Género: ___Femenino; ___ Masculino; ___ Otro
- 3- Residencia: ___ <2.000 habitantes (municipio rural pequeño)
___ 2.000 – 9.999 habitantes (medio rural)
___ <10.000 habitantes (medio urbano)
- 4- Nivel educativo: ___ Sin estudios
___ Educación básica
___ Bachillerato, FPP1, FPP2, ciclo formativo
___ Diplomatura, graduado, doctorado
- 5- Profesión: _____

B. CONTACTO CON LA ENFERMEDAD MENTAL (Marque con un x)

	SI	NO
B.1. ¿Ha hablado alguna vez con una persona con enfermedad mental?		
B.2. ¿Ha conocido a una persona con enfermedad mental?		
B.3. ¿Ha trabajado alguna vez con a una persona con un trastorno mental?		
B.4. ¿Es usted cuidador de alguien que tiene una enfermedad mental?		
B.5. ¿Acude usted a los servicios de Salud Mental a causa de una enfermedad mental?		

C. ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL *(Marque con un x)*

1.PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	Totalmente De acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. No debemos reírnos de los comportamientos extraños de las personas con enfermedad mental.					
2. Es vergonzoso tener una enfermedad mental.					
3. Sugiero que aquellos que tienen una enfermedad mental no deben decírselo a nadie.					
4. La gente tiene prejuicios hacia las personas con enfermedad mental.					
5. Trabajaría en el mismo empleo con alguien con un trastorno mental.					
6. Toda persona con enfermedad mental debe estar en una institución bajo supervisión y control.					
7. Siempre se puede distinguir a una persona con enfermedad mental por su aspecto físico o apariencia.					
8. Me molestaría trabajar con alguien que tiene enfermedad mental.					
9. Tendría miedo de alguien con un trastorno mental que se quede al lado.					
10. Tendría miedo de tener una conversación con una persona con enfermedad mental.					
11. La vida no tiene ningún valor para las personas con enfermedad mental.					
12. Las personas con enfermedades mentales tienen un comportamiento impredecible.					
13. Si las personas se enferman mentalmente una vez, puede tener recaídas fácilmente.					
14. La enfermedad mental causa una situación grave de discapacidad.					
15. Es difícil trabajar con personas con un trastorno mental.					
16. Las personas con enfermedad mental tienen dificultad para enfrentarse a los problemas.					
17. Personas con enfermedades mentales exageran sus problemas.					
18. Las personas con un trastorno mental merecen una comprensión empática.					
19. Las personas con enfermedad mental tienen un cociente inteligente más bajo.					
20. Todas las personas con un trastorno mental tienen algún comportamiento extraño.					
21. Compartiría habitación con una persona con enfermedad mental.					
22. Es posible que todas las personas tengan una enfermedad mental.					
23. La enfermedad mental puede ser un castigo de Dios.					
24. No hay futuro para las personas con un trastorno mental.					
25. La enfermedad mental, con una serie de excepciones, no puede notar la diferencia entre el bien y el mal.					

2. ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO

	Totalmente De acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Las personas con un trastorno mental deben tener voz en su tratamiento.					
2. Las personas con trastorno mental no se recuperan de su enfermedad.					
3. Creo que el matrimonio puede curar la enfermedad mental.					
4. Las personas con enfermedad mental pueden tratarse con éxito con medicación.					
5. Después de que las personas con enfermedad mental reciben tratamiento, siguen siendo más peligrosas que el resto					
6. Los pacientes con enfermedades mentales pueden recibir un tratamiento <u>seguro en la comunidad</u> .					
7. Los curanderos tradicionales pueden tratar la enfermedad mental.					

3. TRABAJO

	Totalmente De acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Las personas con un trastorno mental pueden mantener un trabajo.					
2. Es raro que las personas que tienen éxito en el trabajo tengan una enfermedad mental.					
3. Una vez que una persona recibe tratamiento por una enfermedad mental, puede volver a su puesto de trabajo anterior.					
4. Es más difícil para personas con enfermedad mental cobrar lo mismo por el mismo trabajo.					
5. Estaría dispuesto a dar un trabajo a una persona en atención psiquiátrica.					

4. RELACIONES

	Totalmente De acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Es difícil tener buenas amistades si tienes un trastorno mental.					
2. Después de que las personas con enfermedad mental sean tratadas y rehabilitadas, aún no debemos hacernos amigos de ellas.					
3. Mantendría amistad con alguien con una enfermedad mental.					
4. Muy pocos, en cualquier trastorno mental son capaces de tener una verdadera amistad.					

5. MIEMBRO DE LA FAMILIA

	Totalmente De acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. No es apropiado que una persona con un trastorno mental se case.					
2. Me avergonzaría si la gente supiera que alguien de mi familia tiene o ha tenido una enfermedad mental.					
3. Aquellas personas con enfermedad mental no debería tener hijos.					
4. Me casaría con alguien con enfermedad mental.					
5. Uno debe ocultar su enfermedad mental a su familia.					
6. El cuidado y el apoyo de familiares y amigos pueden ayudar a las personas con un trastorno mental a rehabilitarse.					

7. COMUNIDAD SOPORTE Y REHABILITACIÓN

	Totalmente De acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Después del tratamiento, será difícil para las personas con un trastorno mental regresar a la comunidad.					
2. Empresas y comunidad (incluido el gobierno) debería ofrecer trabajos a personas con enfermedad mental.					
3. Si se instala un centro de salud mental en mi lugar de residencia, me mudaré fuera.					
4. La mejor forma de ayudar a las personas con un trastorno mental a recuperarse es dejarles permanecer en la comunidad y llevar una vida normal.					
5. Cuando un cónyuge tiene una enfermedad mental, la ley debe permitir que el otro cónyuge solicite el divorcio.					
6. Incluso después de que una persona con una enfermedad mental haya sido tratada, todavía tendría miedo de estar cerca de ella.					
7. Las personas con un trastorno mental no deben ser tratados en el mismo hospital que el resto de población.					
8. Las personas con enfermedades mentales pueden vivir en la comunidad.					
9. Debe impedirse que las personas con enfermedad mental caminen libremente en lugares públicos.					
10. Uno debe evitar todo contacto con personas con una enfermedad mental.					

	Totalmente De acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
11. No se debe permitir que las personas con un trastorno mental tomen decisiones, ni siquiera las relacionadas con las actividades de su rutina.					
12. Las personas con enfermedad mental deben vivir solo entre ellos.					
13. El hospital psiquiátrico no debe ubicarse en zonas residenciales.					

8. SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y BÚSQUEDA DE AYUDA

	Totalmente De acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Las personas con un trastorno mental suelen buscar ayuda profesional en los servicios de salud mental					
2. Existen suficientes servicios para las personas con enfermedad mental.					
3. Los hospitales psiquiátricos son un medio anticuado de tratar a las personas con enfermedad mental					
4. Los miembros de la comunidad tienen razones para resistirse a buscar servicios de salud mental disponibles en su vecindario.					
5. Los miembros de la comunidad no tienen nada que temer de las personas que llegan a su lugar de residencia para obtener servicios de salud mental.					
6. Buscaría ayuda profesional en caso de un problema emocional grave.					
7. Me sentiría cómodo hablando de problemas personales con un profesional.					
8. Me sentiría avergonzado si mis amistades supieran que estoy recibiendo ayuda profesional para un problema emocional.					
9. Recibiría ayuda profesional.					

Q.28. Considera que tienes estigma ante la enfermedad mental: SI NO

Anexo 2.

Consentimiento informado adjuntado en el Cuestionario en papel de “Percepción y actitud hacia las enfermedades mentales” de Abolfotouh et al., (2019).



CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Título y naturaleza del proyecto:

Percepciones y actitudes de las personas hacia la Enfermedad Mental: influencia de las características sociodemográficas

Le informamos de la posibilidad de participar en un proyecto cuya naturaleza implica básicamente la realización de un cuestionario para valorar la percepción y actitud hacia la enfermedad mental.

El propósito de esta investigación es analizar las características sociodemográficas que podrían afectar a la percepción y actitud hacia la enfermedad mental, así como valorar la disponibilidad de búsqueda de ayuda hacia los diversos aspectos de la misma.

Su participación incluirá la realización de un cuestionario, la cantidad de tiempo requerida para rellenarlo es aproximadamente de 10 minutos.

Si requiere cualquier información adicional se puede poner en contacto conmigo Cristina Martín a través del correo electrónico martinbcristina@gmail.com.

Muchas gracias.

Riesgos de la investigación para el participante:

No existen riesgos ni contraindicaciones conocidas asociados a la evaluación y por lo tanto no se anticipa la posibilidad de que aparezca ningún efecto negativo para el participante.

Derecho explícito de la persona a retirarse del estudio.

- La participación es totalmente voluntaria.
- El participante puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en usted de ninguna forma.

Garantías de confidencialidad

- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.