



Universidad  
Católica  
de Valencia  
San Vicente Mártir

**Facultad de Psicología**

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**Actitudes Estigmatizadoras hacia la  
Salud Mental en jóvenes. Estudio empírico.**

**Presentado por: Marta Rosique Caldas**

**Tutor/a: Dra. Inmaculada Aragonés Barberá**

**Valencia, a 15 de Mayo de 2022**

## **Resumen**

**Antecedentes:** El estigma hacia los trastornos mentales está muy presente en la sociedad actual y tiene repercusiones muy negativas en la vida de estas personas, por lo que reducir su estigmatización se convierte en tema prioritario de cara a la mejora de la calidad de vida de estas personas. El objetivo principal del trabajo fue conocer los niveles de estigma presente en la población universitaria hacia los trastornos mentales, así como identificar que variables modulan la presencia y/o grado de dichas actitudes estigmatizadoras.

**Método:** Se realizó un estudio en una muestra universitaria analizando los niveles de estigma respecto a diferentes variables sociodemográficas, así como la empatía, el sentido de la vida, la regulación emocional y la inteligencia emocional.

**Resultados:** Los resultados mostraron que la población universitaria encuestada presentaba unos niveles de conciencia del estigma hacia las personas con trastornos mentales elevado, mientras que el estigma producido por estos era notablemente más bajo. Además, se encontraron menores niveles de estigma en mujeres y en personas que habían tenido un contacto previo con personas diagnosticadas con un trastorno mental, así como en los jóvenes de mayor edad. Además, se hallaron menores niveles de estigma conforme aumentaba la empatía y la inteligencia emocional.

**Conclusiones:** Variables como la empatía, la inteligencia emocional y el contacto previo a personas con trastornos mentales tiene una influencia en los niveles de estigma, pero es necesario seguir investigando sobre variables relacionadas para comprender los factores que llevan a las actitudes estigmatizadoras.

**Palabras clave:** *estigma social, trastornos mentales, salud mental, rechazo.*

## **Abstract**

**Background:** Stigma towards mental illnesses is very present subject in our current society and has highly negative repercussions in these people lives. Thus, reducing their stigmatization becomes a priority issue in order to improve the quality of life of these people. The main objective of this study is to measure the levels of stigma in the university population towards mental disorders, as well as to identify which variables modulate the presence and/or extent<sup>o</sup> of these stigmatizing attitudes.

**Method:** The study was conducted in a university sample analyzing the levels of stigma within different sociodemographic variables, as well as empathy, meaning of life, emotional regulation and emotional intelligence.

**Results:** Results show that the surveyed university population present high levels of awareness of stigma towards people with mental disorders, while the stigma produced by these is notably lower. In addition, lower levels of stigma can be observed in women, people who have had previous contact with people diagnosed with a mental disorder, as well as in older youth. Also, lower levels of stigma were found as empathy and emotional intelligence increased.

**Conclusions:** Variables such as empathy, emotional intelligence, and previous contact with people with mental disorders have an influence on stigma levels, but further research on related variables is needed to understand the factors that lead to stigmatizing attitudes.

**Keywords:** *stigma, mental health, mental illness, discrimination.*

## Tabla de contenido

1.	Introducción.....	1
1.1	El estigma .....	1
1.2	Trastorno Mental Grave.....	2
1.3	Tipos de estigma .....	2
1.4	Consecuencias del estigma .....	3
1.5	Intervención frente a la problemática .....	5
1.6	Variables relacionadas con el estigma .....	6
2.	Justificación.....	8
3.	Objetivos.....	9
4.	Contraste de hipótesis.....	9
5.	Método.....	10
5.1	Participantes.....	10
5.2	Procedimiento .....	11
5.3	Variables .....	11
	Instrumentos .....	13
5.4	Análisis de datos .....	16
6.	Resultados.....	17
6.1	Análisis de los niveles de estigma .....	17
6.1.1	Niveles de estigma en función del sexo .....	19
6.1.2	Niveles de estigma en función de la edad .....	20
6.1.3	Niveles de estigma en función de la rama de estudios .....	20
6.1.4	Niveles de estigma en función de la unidad de convivencia.....	21
6.1.5	Niveles de estigma en función del contacto previo .....	21
6.2	Estigma y empatía.....	22
6.3	Estigma y sentido de la vida .....	24
6.4	Estigma e inteligencia emocional .....	24
6.5	Estigma y regulación emocional.....	25

7.	Discusión .....	25
8.	Conclusiones.....	28
8.1	Limitaciones.....	29
8.2	Implicaciones clínicas y retos de futuro.....	29
9.	Referencias .....	31
10.	Anexos.....	37
10.1	Escala de Actitudes Estigmatizadoras hacia la Salud Mental entre Iguales (PMHSS-24).....	37
10.2	Índice de Reactividad Interpersonal (IRI).....	39
10.3	Test de propósito de vida (PIL-10).....	41
10.4	Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) .....	43
10.5	Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24) 44	
10.6	Hoja de Información al Participante.....	46
10.7	Consentimiento informado .....	48
10.8	Protección de datos.....	50

## Índice de tablas

Tabla 1.	Datos sociodemográficos de la muestra .....	10
Tabla 2.	Variables sociodemográficas.....	11
Tabla 3.	Otras variables .....	12
Tabla 4.	Medias para los ítems de la subescala negativa del PMHSS-24 .....	17
Tabla 5.	Medias para los ítems de la subescala positiva del PMHSS-24 .....	18
Tabla 6.	Correlación de Pearson entre el estigma (PMHSS-24) y la empatía (IRI).....	23
Tabla 7.	Correlación de Pearson entre el estigma (PMHSS-24) y la inteligencia emocional (TMMS-24) .....	24

## Índice de figuras

Figura 1. Histograma y curva de distribución normal para la puntuación total (PMHSS-24).....	18
Figura 2. Diagrama de caja y bigotes para los factores “conciencia” y “acuerdo” (PMHSS-24).....	19
Figura 3. Diagrama de caja y bigotes para los factores “normalización” y “aceptación” (PMHSS-24).....	19
Figura 4. Histograma y curva de distribución normal para la subescala positiva (PMHSS-24).....	19
Figura 5. Media y barras de error para el factor aceptación (PMHSS-24) en función del sexo.....	20
Figura 6. Medias y barras de error para la puntuación total y el factor conciencia (PMHSS-24) en función de la edad.....	20
Figura 7. Media y barras de error para el factor acuerdo (PMHSS-24) en función de la rama de estudios .....	21
Figura 8. Media y barras de error para el factor conciencia (PMHSS-24) en función de la unidad de convivencia .....	21
Figura 9. Media y barras de error para la puntuación total y el factor conciencia (PMHSS-24) en función del contacto previo .....	22
Figura 10. Media y barras de error para el factor aceptación (PMHSS-24) en función del contacto previo .....	22
Figura 11. Diagrama de dispersión y recta de regresión entre la empatía total (IRI) y el factor aceptación (PMHSS-24).....	23
Figura 12. Diagrama de dispersión y recta de regresión para la subescala de atención a los sentimientos (TMMS-24) y el factor aceptación (PMHSS-24).....	25

## **1. Introducción**

### **1.1 El estigma**

El estigma fue descrito inicialmente por Erving Goffman en 1963, entendido como cualquier característica o atributo por el que una persona era devaluada, desacreditada o motivo de vergüenza. Este autor identificó los principales elementos del estigma como el etiquetado, los estereotipos, el aislamiento social, los prejuicios, el rechazo, la ignorancia, la pérdida de estatus, la baja autoestima, la baja autoeficacia, la marginación y la discriminación (Subu et al., 2021).

Centrándonos en los estereotipos, estos pueden definirse como conocimientos socialmente compartidos por personas de un mismo entorno que permiten identificar y categorizar de forma rápida a los individuos. De esta forma, el estigma se produce cuando los estereotipos generan respuestas emocionales y comportamientos negativos hacia los miembros de un grupo (Dubreucq y Franck, 2019).

Con respecto a la salud mental, el estigma engloba la desaprobación o el descrédito social de los individuos con un trastorno mental, siendo la estigmatización de las enfermedades mentales un fenómeno complejo y de múltiples dimensiones que afecta tanto a los individuos que la sufren como a sus familias, y a la sociedad en su conjunto (Subu et al., 2021). En un estudio reciente, Szcześniak et al., (2021) encontraron que las personas con trastornos mentales eran más propensas al estigma por parte de la sociedad que pacientes con otras condiciones médicas, independientemente del país o la cultura, siendo estas personas percibidas como diferentes o peores al resto y, consecuentemente, víctimas de procesos de exclusión social.

En cuanto a este ámbito, las personas con un Trastorno Mental Grave (a partir de ahora, TMG) son especialmente vulnerables a sufrir diferentes procesos de estigmatización por parte de la sociedad, ya sea por desconocimiento o ideas erróneas preconcebidas. Muñoz et al. (2009) encontraron que la población general tenía un conocimiento muy limitado sobre los trastornos mentales, siendo el TMG confundido con la discapacidad intelectual por un 56 % de los participantes. Además, estudios realizados sobre un total de 27 países, muestran que casi la mitad de personas con esquizofrenia refieren haber recibido un trato injusto por parte de amigos y familiares, el 29 % informa discriminación para encontrar o mantener un trabajo y el 39 % se siente poco respetado por el personal de salud mental (Harangozo et al., 2014; Thornicroft et al., 2009).

## **1.2 Trastorno Mental Grave**

Según la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de EE.UU., las personas con "Enfermedades Mentales Graves" son "personas de 18 años o más que actualmente o en cualquier momento del año anterior han tenido un trastorno mental, conductual o emocional diagnosticable (excluyendo los trastornos del desarrollo y del uso de sustancias) de duración prolongada que ha dado lugar a un deterioro funcional grave, que interfiere sustancialmente con las actividades vitales de la persona, como el mantenimiento de las relaciones interpersonales, las actividades de la vida diaria, el autocuidado, el empleo y el ocio".

Si nos basamos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) encontramos los siguientes trastornos: trastornos esquizofrénicos, trastornos esquizotípicos, trastornos delirantes persistentes, trastornos delirantes inducidos, trastornos esquizoafectivos, otros trastornos psicóticos no orgánicos, trastorno bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, trastornos depresivos graves recurrentes y trastorno obsesivo compulsivo.

En cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que una de cada cuatro personas sufrirá un trastorno mental o neurológico a lo largo de su vida, aunque solo un pequeño porcentaje de estas buscarán ayuda profesional, debido principalmente al estigma asociado a ello y su consecuente rechazo y discriminación. De esta forma, el propio estigma al que se enfrentan las personas con trastornos mentales es una de las principales barreras para su integración y participación en la sociedad.

En base a ello, podemos afirmar que los TMG son frecuentes y son muy estigmatizados, siendo estas personas especialmente vulnerables y propensas a experimentar discriminación en su vida cotidiana, repercutiendo negativamente en su bienestar, adaptación e integración, entre otros aspectos (Dubreucq y Franck, 2019; Crespo et al., 2008).

## **1.3 Tipos de estigma**

En función del autor, podemos encontrar diferentes divisiones respecto a los tipos de estigma, pero principalmente podemos distinguir los siguientes: estigma profesional, estigma institucional, autoestigma y estigma público.

Por una parte, el estigma institucional o estructural ocurre cuando las instituciones públicas restringen los derechos de aquellas personas víctimas de la estigmatización (Hernández et al., 2021). Como exponen Subu et al. (2021), este tipo de estigma puede verse reforzado por la legislación existente sobre esta materia, así como las políticas públicas y las prácticas profesionales.

En la misma línea, Szcześniak et al. (2021) comprobaron que la discriminación hacia las personas con TMG era producida incluso por los propios profesionales de la salud. En este caso, nos referimos al estigma profesional, que se produce cuando los profesionales de la salud muestran actitudes estigmatizantes hacia sus pacientes, o cuando los propios profesionales experimentan el estigma de la sociedad debido a su trabajo (Subu et al., 2021).

Por otra parte, el estigma público hace referencia a los estereotipos negativos y los prejuicios que la población general hace recaer sobre cierto grupo, lo que conlleva la discriminación y rechazo social de los sujetos estigmatizados (Saavedra et al., 2021). Así pues, hace referencia a las actitudes negativas hacia las personas con trastornos mentales por parte de la población en general, habitualmente basadas en conceptos erróneos, miedo y generalizaciones que además también influyen en el estigma percibido por las propias personas con un trastorno mental (Subu et al., 2021).

Por último, el autoestigma hace referencia a la internalización del estigma y se produce cuando las propias personas estigmatizadas aceptan como reales los estereotipos impuestos por otros. Esto puede dar lugar a un proceso de transformación de la identidad donde la percepción de uno mismo se va sustituyendo progresivamente por una visión devaluada y estigmatizada impuesta por la sociedad (Subu et al., 2021; Dubreucq y Franck, 2019).

#### **1.4 Consecuencias del estigma**

Como hemos visto, además de hacer frente a los síntomas característicos del propio trastorno, las personas con trastornos mentales también deben enfrentarse a las creencias erróneas, los estereotipos y los prejuicios resultantes de la desinformación sobre este tema. En las sociedades occidentales, los estereotipos hacia las personas con trastornos mentales suelen incluir información sobre: peligrosidad o violencia y falta de control, responsabilidad, carácter débil, incompetencia, impredecibilidad e incapacidad para realizar tareas esenciales, como el autocuidado (Morgan et al, 2018; Crespo et al., 2008).

Estos prejuicios generalmente dan lugar a miedo, preocupación y desconfianza hacia estas personas, lo que desencadena diversas formas de discriminación que incrementa la dificultad de que las personas estigmatizadas encuentren, entre otros aspectos, trabajo o una vivienda independiente, así como una pareja sentimental o entablar relaciones sociales (Saavedra et al., 2021; Matamoros y Marín, 2019).

En la misma línea, Matamoros y Marín (2019) hallaron que el estigma afectaba de forma significativa en la recuperación y en el logro de sus objetivos de estas personas, principalmente en relación con la independencia económica y las relaciones sociales. Asimismo, Subu et al. (2021) afirman que el estigma influye en la trayectoria de la enfermedad de las personas, el tratamiento, las oportunidades disponibles, la calidad de vida y la recuperación. Además, exponen otros efectos negativos del estigma, como la desacreditación social, la disminución de la relación con la propia familia y los amigos, la pérdida de estatus, la falta de hogar, el desempleo y la evitación del tratamiento. Asimismo, Saavedra et al., (2021) afirman que, si el contexto social donde se lleva a cabo un programa de rehabilitación es altamente estigmatizante, cualquier intervención fracasará en lograr la recuperación e integración de la persona.

De esta forma, los procesos de estigmatización no solo obstaculizan la integración social de las personas con trastornos mentales, sino que pueden asociarse a otros riesgos psicológicos producidos por la exclusión social, como problemas cognitivos, conductas autopunitivas y comportamientos de riesgo (Crespo et al., 2018). Con todo ello, es evidenciado que las personas con trastornos mentales experimentan altos grados de discriminación y aislamiento social, siendo la exclusión notable en diversos contextos de su vida (Szcześniak et al., 2021).

Además, estos procesos pueden dar lugar al autoestigma, comentado anteriormente, que se asocia una menor calidad de vida y otras consecuencias negativas como menor adherencia terapéutica, autoeficacia, autoestima, empoderamiento y esperanza, y una mayor intensidad de síntomas depresivos e ideación suicida (Hernández et al., 2021; Dubreucq y Franck, 2019).

Asimismo, la percepción de estigma por parte de las personas con un trastorno mental grave está asociada con un menor funcionamiento a nivel cognitivo y social. Dubreucq y Franck (2019) encontraron que el rendimiento de estas personas en tareas cognitivas y sociales eran significativamente inferior cuando se encontraban en un entorno

estigmatizante, sin embargo, el rendimiento era preservado en aquellos sujetos que mostraban resistencia al estigma. En el mismo estudio, la percepción de estigma se asoció con un incremento de emociones negativas relacionadas con uno mismo y con el uso de estrategias de regulación más disfuncionales, como la evitación. Además, estos individuos tenían una mayor expectativa al rechazo y ansiedad anticipatoria a la exclusión social.

A pesar de que el apoyo de los miembros de la comunidad y del entorno más cercano es esencial para la mejora de las personas con trastornos mentales, la mayoría de estas personas consideran que carecen de este apoyo social (Subu et al., 2021). Las conclusiones obtenidas por Matamoros y Marín (2019) relacionan el rechazo social de estas personas con la falta de información y de comprensión que la sociedad tiene sobre esta temática, tal y como anteriormente se ha mencionado. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de desarrollar programas de concienciación sobre la salud mental y los trastornos mentales.

### **1.5 Intervención frente a la problemática**

A partir de la investigación llevada a cabo por Hernández et al. (2021) los propios participantes, todos ellos diagnosticados con algún tipo de TMG, exponían la necesidad de tomar acciones contra el estigma. La mayoría de estos afirmaban haber sufrido diferentes grados de rechazo social o actitudes estigmatizantes debido a su diagnóstico.

Según señala el Proyecto MENS Red Europea de Deporte y Salud Mental, las tres estrategias más efectivas para combatir el estigma son la educación y toma de conciencia sobre el TMG, el contacto con personas con este tipo de trastornos y la protesta o visibilización de estos por medio de actividades como campañas o marchas. Kosyluk et al. (2016) también encontraron que la educación y el contacto con personas con trastornos mentales fueron los enfoques más efectivos de cara a reducir el estigma.

Subu et al., (2021) destacan que el estigma sobre las enfermedades mentales rara vez se discute abiertamente, lo que provoca malentendidos, prejuicios, confusión y miedo. Por su parte, Hernández et al. (2021) refieren que se necesita educar y formar acerca del trastorno mental no solo a los profesionales de este campo, sino también al resto de profesionales de la salud y a la sociedad en general. Es importante desarrollar este tipo de estrategias contra el estigma entre la población más joven, ya que se trata de una edad con

una mayor sensibilidad al cambio, donde se podrá generar un impacto positivo en la forma en la que perciben la salud mental (de la Higuera-Romero et al., 2020).

De esta forma, para poder intervenir sobre esta cuestión es necesario investigar sobre las actitudes estigmatizadoras de los jóvenes hacia las personas con trastornos mentales, además de que aspectos influyen en la aparición o aumento de esas conductas.

### **1.6 Variables relacionadas con el estigma**

A pesar de que existen numerosos estudios que analizan algunas características comunes que pueden predisponer a expresar conductas estigmatizantes, aun se carece de un conocimiento claro sobre qué factores específicos contribuyen a tener una actitud más o menos estigmatizante hacia las personas con trastornos mentales.

A rasgos generales, diferentes estudios que analizaban la relación entre los datos demográficos básicos y las actitudes hacia la salud mental entre la población general encontraron que la educación superior estaba relacionada con un menor estigma público (Lo et al., 2021; Sandhu et al., 2019; Crespo et al., 2008). Estos hallazgos sugieren la relevancia de este tipo de datos al estudiar los factores que predisponen a expresar conductas estigmatizadoras.

En la misma línea, diversos estudios analizan los niveles de estigma entre estudiantes universitarios de diferentes facultades hacia los pacientes con trastornos mentales. Numerosos estudios encontraron que los estudiantes relacionados con el ámbito de la salud tenían las actitudes más positivas, posiblemente debido a un mayor conocimiento sobre esta temática (Rayan y Jaradat, 2016; Vijayalakshmi et al., 2013). Sin embargo, existen estudios, como los de Zolezzi et al., (2017) y Tork y Abdel-Fattah (2015) que no encontraron tales diferencias. Esta diferencia en los resultados sugiere que otros factores no considerados, como las diferencias culturales o los antecedentes sociales, podrían estar influyendo más en esa variación de las actitudes de los estudiantes universitarios hacia los trastornos mentales que la de rama de estudios.

Por otra parte, Powell et al. (2014) encontraron que las personas con un mayor nivel de familiaridad y exposición hacia los trastornos mentales tendían a experimentar menos sentimientos de ansiedad cuando están con personas con un trastorno mental. También sienten menos preocupaciones sobre que el trastorno pueda ocasionar problemas en las relaciones y tienen creencias más positivas sobre el pronóstico, la apariencia y el autocuidado estas personas. Además, Méndez-Fernández et al. (2021) encontraron que el

nivel de familiaridad hacia los trastornos mentales también influía en el deseo de contacto interpersonal con estas personas. Por su parte, Sandhu et al. (2019) encontraron que haber tenido relación con alguien que tenía un trastorno mental se asociaba significativamente con un menor estigma.

En referencia a otras variables, estudios como el de Dovidio et al. (2011) indican que los individuos con altas habilidades interpersonales, como la empatía o la toma de perspectiva, tienen actitudes significativamente mejores hacia otros grupos oprimidos o marginados. Por su parte, Méndez-Fernández et al. (2021) encontraron que las personas más empáticas mostraban un menor deseo de distanciamiento interpersonal con las personas diagnosticadas con un trastorno mental. Además, la empatía se muestra como un predictor significativo del estigma, encontrándose una correlación negativa entre estas dos variables (Corrigan et al., 2021; Webb et al., 2014). En base a esto, Corrigan et al., (2021) afirman que el incremento de los niveles de empatía puede resultar especialmente útil para disminuir las actitudes de desprecio hacia las personas con trastornos mentales.

Sin restar importancia a estos hallazgos, debemos tener en cuenta que las relaciones entre estigma y empatía no son de causalidad. De hecho, Powell et al., (2014) encontraron que los niveles de empatía por si solos no explicaban la variación del estigma entre los participantes. Esto último pone de manifiesto la necesidad de continuar estudiando otras variables que puedan estar relacionadas.

En un estudio reciente, Solmi et al. (2020) encontraron que algunos rasgos de la personalidad, como la apertura a la experiencia, generaban niveles más bajos de estigmatización. Estos autores también hallaron que los niveles bajos de estabilidad emocional y de realización personal se asociaban con niveles más altos de estigma. Estos resultados concuerdan con los estudios de Lo et al. (2021), que indican que la satisfacción vital está relacionada con las actitudes hacia la salud mental entre la población general. Sin embargo, Crowe y Kim (2020) no encuentran esta relación entre estigma y satisfacción vital, por lo que conviene continuar analizando variables relacionadas con la satisfacción vital, como el sentido de la vida, para obtener conclusiones más certeras. Por otra parte, Armstrong (2015) y Vertilo y Gibson (2014) encontraron que las personas con mayores niveles de inteligencia emocional presentaban menores niveles de estigma, y viceversa.

A pesar de que los niveles regulación emocional se muestra como una variable protectora para afrontar el estigma percibido por los propios pacientes (Dubreucq y Franck, 2019; Burton et al., 2018), no se han encontrado investigaciones de cara a analizar si los niveles de regulación emocional de la población puede afectar al nivel de estigma expresado.

Tal y como se puede observar, la estigmatización y el rechazo social hacia las personas con TMG parece ser universal, sin embargo, los procesos y factores que influyen en esa estigmatización no están tal claros, habiéndose encontrado diferencias transculturales en los factores que influyen el proceso de estigmatización (Saavedra et al., 2021). Por estas razones, el objetivo es analizar los procesos de estigma y variables relacionadas en una muestra española para ajustar la evidencia científica a una población específica.

## **2. Justificación**

El estigma hacia los trastornos mentales está muy presente en la sociedad actual, tanto por parte de la población general como de otros sectores, por ejemplo, profesionales de la salud u otros individuos que intervienen en la vida cotidiana de las personas estigmatizadas. Una de las causas principales de este proceso de estigmatización es el desconocimiento y la desinformación existente en torno a este tema, siendo habituales las creencias erróneas y estereotipos que la gente concibe sobre las personas con trastornos mentales.

Por estos motivos, reducir la estigmatización en torno a los trastornos mentales se convierte en un tema prioritario de cara a la mejora de la calidad de vida de las personas que lo experimentan. Así pues, para poder actuar de forma efectiva y disminuir el estigma hacia este colectivo, es necesario conocer con exactitud en qué aspectos se debe enfocar o que factores tener en cuenta en las personas que mayores niveles de estigma expresan. Por ello, el primer paso para cambiar la visión de la sociedad sobre la salud mental es conocer los niveles de estigma actuales entre la población joven, así como explorar que aspectos contribuyen al incremento de esta.

De esta forma, el objetivo de este trabajo es analizar los procesos de estigma y variables relacionadas en la muestra española para, en un futuro, poder planificar acciones específicas y contribuir a la reducción de los estereotipos, prejuicios y comportamientos discriminatorios hacia las personas con una enfermedad mental y sus familias.

### **3. Objetivos**

El objetivo principal de este estudio es conocer el nivel de estigma presente en la población joven hacia los trastornos mentales, así como identificar que variables modulan la presencia y/o grado de dichas actitudes estigmatizadoras.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Explorar la relación entre ciertas variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo, rama de estudios y unidad de convivencia) y la manifestación de actitudes estigmatizantes.
- Valorar la relación existente entre haber tenido un contacto previo con personas con un trastorno mental y el estigma hacia estos trastornos.
- Analizar la relación entre el grado de actitudes estigmatizadoras expresadas y la empatía, el sentido de la vida, la regulación emocional y la inteligencia emocional.

Los resultados de este estudio podrán utilizarse como base para diseñar intervenciones específicas y eficaces dirigidas a reducir el estigma que sufren las personas con trastornos mentales. Además, el análisis de diferentes variables permitirá identificar aquellos subgrupos en los que es más necesaria la intervención en función de sus características.

### **4. Contraste de hipótesis**

En base a los objetivos propuestos, las hipótesis planteadas son las siguientes:

- Las personas con mayor nivel de estudios presentarán menores actitudes estigmatizadoras.
- Aquellos jóvenes que estudien ciencias de la salud mostrarán menores niveles de estigma que el resto de estudiantes.
- Aquellas personas que han tenido un contacto previo con personas que padecen un trastorno mental tendrán actitudes menos estigmatizantes.
- Las personas con niveles más elevados en empatía y sentido de la vida tendrán un menor grado de actitudes estigmatizantes.
- Las personas con niveles bajos de inteligencia emocional exhibirán un mayor grado de estigma hacia los trastornos mentales.
- Las personas con niveles más bajos de estigma emplearán estrategias de regulación emocional más funcionales.

## 5. Método

### 5.1 Participantes

La muestra de la población estuvo inicialmente compuesta por 130 jóvenes de edades entre 18 y 25 años con diferentes niveles educativos, pero dada la baja representatividad de los subgrupos se optó por analizar de forma aislada la muestra universitaria, que componía el 88,5 % de los participantes iniciales. De esta forma, la muestra analizada en este estudio estuvo finalmente compuesta por 115 jóvenes universitarios, siendo 36 hombres y 94 mujeres. Los datos demográficos de los participantes se pueden observar en la Tabla 1, siendo los valores iniciales correspondientes a la muestra de 130 jóvenes y los finales a la muestra universitaria finalmente analizada.

**Tabla 1**

*Datos sociodemográficos de la muestra*

Variable	Valores iniciales		Valores finales	
	N	%	N	%
Nivel educativo				
Secundaria	1	0.8	-	-
Bachillerato	6	4.6	-	-
Universidad	115	88.5	115	100
FP	8	6.2	-	-
Sexo				
Hombre	36	27.7	31	27.0
Mujer	94	72.3	84	73.0
Edad				
18	12	9.2	8	7.0
19	10	7.7	9	7.8
20	19	14.6	16	13.9
21	15	11.5	13	11.3
22	24	18.5	21	18.3
23	18	13.8	18	15.7
24	13	10	11	9.6
25	19	14.6	19	16.5
Rama de estudios				
Artes y Humanidades	20	15.4	19	16.5
Ciencias	7	5.4	7	6.1
Ciencias de la salud	48	36.9	41	35.7

Ciencias Sociales y Jurídicas	35	26.9	31	27.0
Ingeniería y Arquitectura	20	15.4	17	14.8
Unidad de convivencia				
Solo	4	3.1	4	3.5
Familia	78	60	67	58.3
Pareja	6	4.6	6	5.2
Piso compartido o residencia	42	32.3	38	33.0

Fuente: elaboración propia

## 5.2 Procedimiento

Inicialmente se presentó este proyecto ante el Comité de ética de la investigación de la UCV bajo el código UCV/2021-2022/128 para que fuera evaluado desde el punto de vista metodológico, ético y legal. Tras su aprobación, se contactó con los posibles participantes para informarles del estudio y proponerles su colaboración en el mismo. Así pues, se envió a los participantes un enlace directo a un cuestionario online donde pudieron cumplimentar las distintas partes del cuestionario, así como aceptar el consentimiento informado y la cláusula de protección de datos.

## 5.3 Variables

Por una parte, contamos con los datos sociodemográficos, mostrados en la tabla 2, que nos permitieron obtener información que más tarde pudo ser relacionada con el resto de variables y hacer así distinciones entre los participantes.

**Tabla 2**

*Variables sociodemográficas*

Variable	Tipo de variable	Valores numéricos para su análisis
Edad	Cuantitativa	
Sexo	Cualitativa	1- Hombre 2- Mujer
Nivel educativo	Cualitativa	1- Secundaria 2- Bachillerato 3- Estudios universitarios 4- FP
Rama de estudios	Cualitativa	1- Artes y Humanidades 2- Ciencias 3- Ciencias de la salud 4- Ciencias Sociales y Jurídicas

Unidad de convivencia	Cualitativa	5- Ingeniería y Arquitectura 1- Solo 2- Familia 3- Pareja 4- Piso o Residencia compartido
-----------------------	-------------	---

Fuente: elaboración propia

Por otra parte, medimos una serie de variables, mostradas en la tabla 3, para obtener relaciones entre diferentes características de los participantes. La principal variable estudiada fue el estigma de las personas hacia la salud mental, que fue comparada con otras secundarias, siendo estas la empatía, el sentido de la vida, la regulación emocional y la inteligencia emocional, así como las variables sociodemográficas comentadas y haber tenido o no contacto previo con personas diagnosticadas con un trastorno mental.

**Tabla 3**

*Otras variables analizadas*

<b>Variable</b>	<b>Tipo de variable</b>
Contacto previo una personas diagnosticada con un trastorno mental	Cualitativa (1- sí; 2- no)
Actitudes estigmatizadoras	Cuantitativa
Empatía	Cuantitativa
Sentido de la vida	Cuantitativa
Regulación emocional	Cuantitativa
Inteligencia emocional	Cuantitativa

Fuente: elaboración propia

## **Instrumentos**

### **- Escala de Actitudes Estigmatizadoras hacia la Salud Mental entre Iguales (Peer Mental Health Stigmatization Scale, PMHSS-24)**

La Escala de Actitudes Estigmatizadoras hacia la Salud Mental entre iguales (PMHSS-24) (McKeague et al., 2015), adaptado a la población española por de la Higuera-Romero et al. (2020), es un instrumento que tiene como objetivo detectar actitudes estigmatizadoras entre la población más joven hacia las personas que tienen algún trastorno mental. Su escala está formada por 24 ítems con formato de repuesta múltiple, tipo Likert, de 1 a 5 puntos, desde *totalmente en desacuerdo* hasta *totalmente de acuerdo*.

El instrumento adaptado al español cuenta con 2 subescalas, una negativa y otra positiva, al igual que su versión original, de forma que los mayores valores de estigma serán representados por puntuaciones elevadas en las subescalas negativas y puntuaciones bajas en las positivas. La subescala negativa (16 ítems) mantuvo los factores originales, que son *acuerdo con el estigma* (8 ítems), referido al nivel de identificación de la persona con las actitudes estigmatizantes y *conciencia del estigma* (8 ítems), que implica como perciben estas conductas en los otros. Respecto a la subescala positiva (8 ítems), no se mantuvieron los factores iniciales, ya que se encontró una mayor consistencia interna con dos factores, en vez de tres. Estos fueron denominados *normalización* y *aceptación*, con 4 ítems cada uno, y permiten medir las percepciones positivas de los jóvenes sobre sus compañeros con problemas de salud mental, refiriéndose el primero al estigma percibido en otros y el segundo al estigma expresado. Para la puntuación total de la escala se tienen en cuenta solamente las 2 subescalas negativas, siendo los ítems positivos excluidos para la medición total.

Respecto a la fiabilidad de la escala, esta nueva estructura mejoró los valores de  $\alpha$  de Cronbach y aportó una mayor consistencia interna, que fue descrita como óptima (Higuera-Romero et al., 2020). Los valores de la  $\alpha$  ordinal oscilaron entre .88 y .90 para la subescala negativa, mientras que los valores de la positiva se encontraban entre .65 y .71. Respecto a los índices de discriminación, estos se situaron entre .48 y .72.

### **- Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)**

El Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) (Davis, 1980, 1983), validado al español por Escrivá et al. (2004), es una de las medidas de autoinforme más empleadas para evaluar la empatía. Tras realizar una amplia revisión sobre los métodos existentes para medir la

empatía, Baron-Cohen y Wheelwright (2004) señalaron la versión original de Davis (1983) como el instrumento más adecuado para medir la empatía.

La escala está compuesta por 28 ítems con formato de respuesta múltiple tipo Likert, del 1 al 5, desde *no me describe bien* hasta *me describe muy bien*. A partir de sus 4 subescalas, formadas por 7 ítems cada una, se pueden analizar diferentes dimensiones de la empatía (Davis, 1983; Escrivá et al., 2004). Las subescalas son las siguientes:

- *Toma de perspectiva* (PT): mide los intentos realizados de forma espontánea por la persona para observar la perspectiva del otro como respuesta a situaciones habituales de la vida, es decir, la habilidad para entender el punto de vista del otro.
- *Fantasías* (FS): mide la propensión del sujeto a sentirse identificado con personajes del cine o de la literatura, es decir, las habilidades de imaginación de la persona para ponerse en situaciones de ficción.
- *Conducta empática* (EC): evalúa la compasión, preocupación y cariño que el sujeto siente ante el malestar de los demás (sentimientos “orientados al otro”).
- *Malestar general o distrés* (PD): mide la ansiedad y malestar que la persona exhibe al percibir las experiencias negativas de otros (sentimientos “orientados al yo”).

Además, este instrumento posibilita la medición del aspecto cognitivo del individuo al adoptar el punto de vista del otro, y su reacción emocional consecuente a las experiencias negativas de los demás, diferenciando así entre la *empatía cognitiva* y la *empatía afectiva o emocional*. También se puede obtener una puntuación global sumando las puntuaciones de las 4 subescalas. Respecto a la precisión de la medición, los coeficientes de fiabilidad para las diferentes escalas son las diferentes subescalas oscilan entre .56 y .70 (Davis, 1983; Escrivá et al., 2002).

#### **- Test de propósito de vida (PIL–10)**

El “Test de propósito en la vida” (Purpose in Life Test, PIL) (Crumbaugh y Maholick, 1969), fue adaptado al español por García-Alandete et al. (2013), al igual que su versión de 10 ítems por el mismo autor (García-Alandete, 2014). El objetivo del instrumento es evaluar el sentido en la vida o, en el otro extremo, la frustración existencial de la persona mediante un autoinforme a través de una escala de tipo Likert de 7 puntos, donde el 4 representa la categoría neutral.

La reducción de la escala a 10 ítems, en lugar de los 20 ítems de la versión original supone una simplificación de la estructura factorial del PIL que da lugar a un modelo formado solamente por 2 escalas correlacionadas. Por una parte, la subescala *Satisfacción y sentido* (SSV) mide un factor cognitivo-evaluativo, relacionado con la percepción y valoración general del sentido y la satisfacción con la vida. Por otra parte, la subescala *Metas vitales y propósito* (MPV) mide un factor motivacional, que implica establecer metas y propósitos de vida concretos (García-Alandete et al., 2013; García-Alandete, 2014).

Respecto a la fiabilidad de la versión de 10 ítems de esta escala, se obtienen unos valores globales de  $\alpha$  de Cronbach de .85, siendo de .84 para el factor SSV y de .69 para el factor MPV, valores que muestran una consistencia interna entre aceptable y muy buena (García-Alandete, 2014).

#### **- Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ)**

El Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) (Gross y John, 2003) validada al español por Cabello et al. (2013) es un instrumento que tiene como objetivo evaluar la cómo se manejan y regulan las emociones a través de una escala Likert de 7 puntos, desde *totalmente en desacuerdo* hasta *totalmente de acuerdo*.

El test está formado 10 ítems divididos en dos subescalas: *reevaluación cognitiva* (6 ítems) y *supresión expresiva* (4 ítems). La reevaluación cognitiva mide una forma de cambio cognitivo referida a la construcción de una situación emocional nueva que tenga, potencialmente, un nivel más bajo de impacto emocional. Por otra parte, la supresión de las emociones incluye respuestas emocionales como la inhibición (Cabello et al., 2013).

Para puntuar este instrumento se deben tener en cuenta las puntuaciones directas en las subescalas; de modo que cuanto más altas sean las puntuaciones, mayor es el uso de esa estrategia de regulación emocional, no existiendo una puntuación global de la escala. Los autores del instrumento original afirman que la reevaluación cognitiva es la forma más eficaz y saludable de cara a regular las emociones (Gross y John, 2003, Pérez-Sánchez et al., 2020).

Respecto a las propiedades psicométricas de la versión en español, se observan unos valores de fiabilidad similares a la versión original, oscilando entre .73 y .79 (Cabello et al. 2013).

## **- Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24)**

La Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24) (Salovey et al., 1995), adaptada al español por Fernández-Berrocal et al. (2004), tiene el objetivo de medir los aspectos interpersonales de la inteligencia emocional, concretamente las habilidades con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones y de nuestra capacidad para regularlas.

La escala está compuesta por 24 ítems, a diferencia de los 48 de la versión original, con formato de respuesta múltiple tipo Likert, del 1 al 5, desde *nada de acuerdo* hasta *totalmente de acuerdo*. Está formada por tres dimensiones con 8 ítems cada una: *atención a los sentimientos*, que implica la capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada, *claridad emocional*, que incluye la comprensión de las propias emociones; y *reparación de las emociones*, referido a la regulación emocional. Además, podemos obtener una puntuación global de la escala sumando las puntuaciones de las tres dimensiones (Sánchez-Teruel et al., 2018).

Respecto a la fiabilidad, la consistencia interna de la versión original varía entre .73 y .82, mientras que la de la versión española oscila entre .86 y .90, lo que indica unos valores muy similares (Salovey et al. 1995; Fernández-Berrocal et al., 2004).

### **5.4 Análisis de datos**

Para el análisis de los datos se empleó el software estadístico SPSS, versión 27. Dado que la muestra analizada en este estudio no cumplía el criterio de distribución normal necesario para realizar pruebas paramétricas, se optó por emplear contrastes no paramétricos para comparar las variables, ya que no requieren cumplir dicho criterio. Concretamente, se empleó la prueba U de Mann-Whitney en el caso de dos muestras independientes y la prueba H de Krustal-Wallis para las variables con varias muestras independientes. Así pues, los grupos definidos por una variable independiente (sexo, edad, rama de estudios, unidad de convivencia, contacto previo con una persona diagnosticada con un trastorno mental) fueron comparados con una variable dependiente, el estigma.

Para cuantificar la relación entre las variables cuantitativas, siendo estas el estigma, la empatía, el sentido de la vida, la regulación emocional y la inteligencia emocional, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson mediante un contraste bilateral, considerando significativas aquellas diferencias cuyo valor p sea menor a .05. Además, se

emplearon los diagramas de dispersión junto a la recta de regresión para representar visualmente las correlaciones.

## 6. Resultados

### 6.1 Análisis de los niveles de estigma

Respecto a los resultados obtenidos sobre el estigma, en la Tabla 4 podemos observar las puntuaciones medias y desviaciones típicas obtenida para cada uno de los ítems de la escala PMHSS-24. Así pues, podemos apreciar, tal y como comentamos anteriormente, que las puntuaciones fueron notablemente superiores en conciencia del estigma respecto al factor acuerdo.

Por otra parte, la tabla 5 muestra las puntuaciones obtenidas en los ítems de la escala positiva, donde las puntuaciones elevadas representan opiniones positivas respecto a las personas con trastornos mentales. Así pues, se encontraron puntuaciones superiores en las conductas expresadas (factor aceptación) que en el percibidas (factor normalización).

De esta forma, podemos observar que la muestra consideraba que las creencias o actitudes negativas eran producidas en mayor medida por el resto de la sociedad que por ellos mismos, mientras que las actitudes positivas hacia las personas con trastornos mentales eran desarrolladas en mayor medida por ellos mismos respecto a los demás.

**Tabla 4**

*Medias para los ítems de la subescala negativa del PMHSS-24*

Temática	Conciencia			Acuerdo		
	Ítem	N	DT	Ítem	N	DT
Rechazo	PMHSS 2	3.10	1.03	PMHSS 14	1.27	0.57
Peligrosidad	PMHSS 4	3.43	1.00	PMHSS 16	1.81	0.78
Confianza	PMHSS 5	3.44	1.13	PMHSS 17	2.01	0.96
Culpabilidad	PMHSS 6	2.91	1.17	PMHSS 18	1.65	0.74
Trabajo	PMHSS 8	3.94	0.97	PMHSS 20	1.65	0.97
Comportamiento	PMHSS 10	3.78	0.94	PMHSS 22	2.86	1.01
Cuidado	PMHSS 11	3.59	1.01	PMHSS 23	2.41	1.03
Miedo	PMHSS 12	2.97	1.14	PMHSS 24	1.60	0.65

Nota: La tabla está expuesta de forma que en cada fila podemos observar primero el aspecto del estigma analizado por cada ítem, seguido de sus puntuaciones obtenidas en el factor conciencia y por último en el factor acuerdo.

Fuente: elaboración propia

**Tabla 5***Medias para los ítems de la subescala positiva del PMHSS-24*

Temática	Normalización			Aceptación		
	Ítem	N	DT	Ítem	N	DT
Inteligencia	PMHSS 1	2.92	1.12	PMHSS 13	4.42	0.81
Calificaciones	PMHSS 9	2.83	0.93	PMHSS 21	4.5	0.64
Recuperación	PMHSS 7	3.50	0.91	PMHSS 19	3.97	0.79
Amistad / Contacto	PMHSS 3	2.51	0.83	PMHSS 15	4.72	0.47

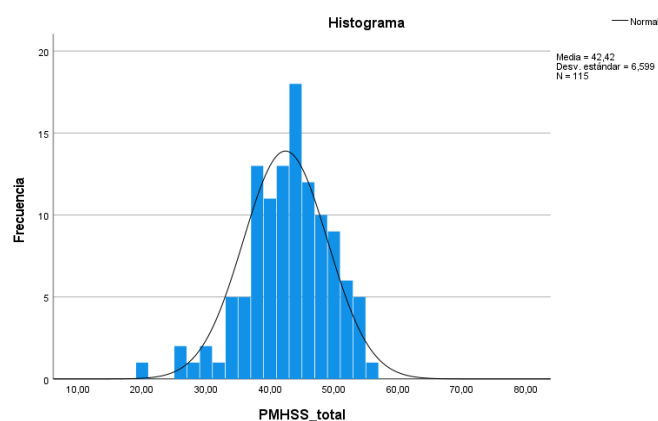
Nota: La tabla está expuesta de forma que en cada fila podemos observar primero el aspecto del estigma analizado por cada ítem, seguido de sus puntuaciones obtenidas en el factor normalización y por último en el factor aceptación.

Fuente: elaboración propia

Respecto a la puntuación total en el PMHSS-24, como podemos observar en la figura 1, encontramos que las puntuaciones de la muestra se distribuyen mayoritariamente en los rangos centrales (N = 42.42, DT = 6.60).

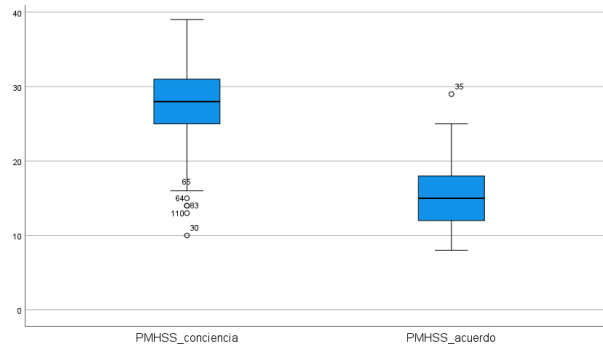
Respecto a la subescala negativa, se encontraron puntuaciones más elevadas en el factor de conciencia del estigma (N = 27.16, DT = 5.38) que en el de acuerdo del estigma (N = 15.26, DT = 4.00), lo cual podemos observar en la figura 2.

Como se muestra en la figura 3, en la escala positiva se encuentran valores más bajos y dispersos en el factor de normalización (N = 11.76, DT = 2.51) respecto al de aceptación (N = 17.61, DT = 1.64). Por otra parte, se observa unos valores elevados para la puntuación total de los ítems positivos (N = 29.37, DT = 3.29), cuya distribución se muestra en la figura 4.

**Figura 1***Histograma y curva de distribución normal para la puntuación total (PMHSS-24)*

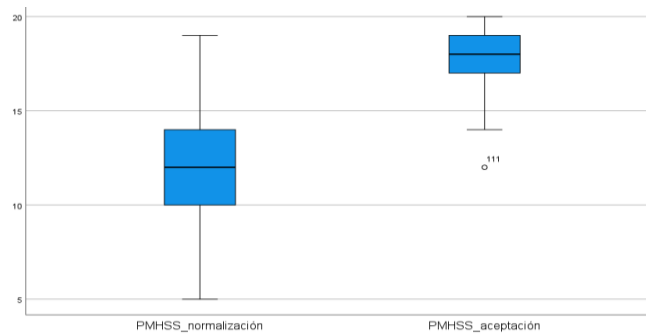
**Figura 2**

*Diagrama de caja y bigotes para los factores “conciencia” y “acuerdo” (PMHSS-24)*



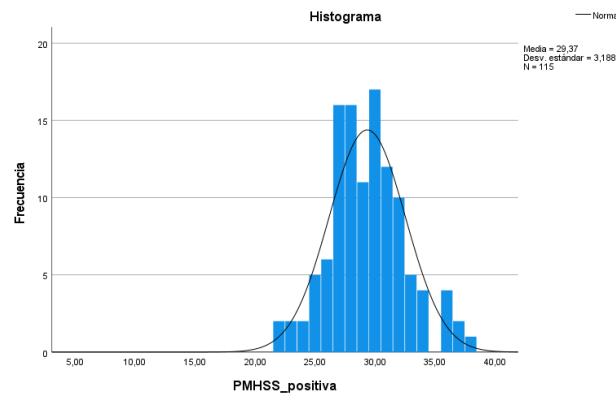
**Figura 3**

*Diagrama de caja y bigotes para los factores “normalización” y “aceptación” (PMHSS-24)*



**Figura 4**

*Histograma y curva de distribución normal para la subescala positiva (PMHSS-24)*

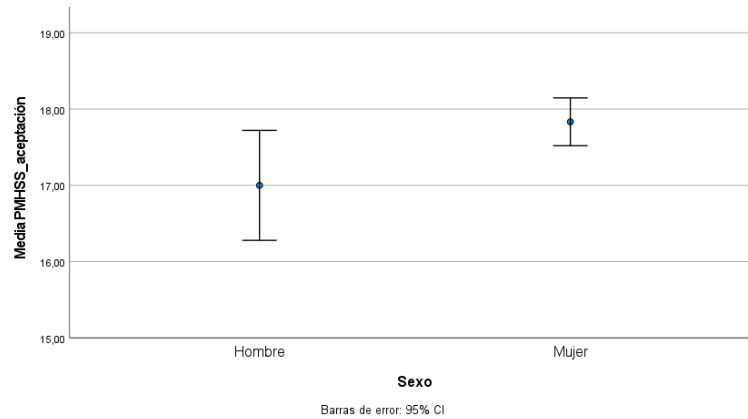


### 6.1.1 Niveles de estigma en función del sexo

Respecto a la relación entre estigma y sexo, se observan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el factor aceptación ( $p = .04$ ), mientras que no se observan diferencias significativas en el resto de subescalas ni en la puntuación global del PMHSS-24. Como podemos observar en la figura 5, las mujeres realizaban conductas positivas de aceptación en mayor medida que los hombres.

## Figura 5

Media y barras de error para el factor aceptación (PMHSS-24) en función del sexo

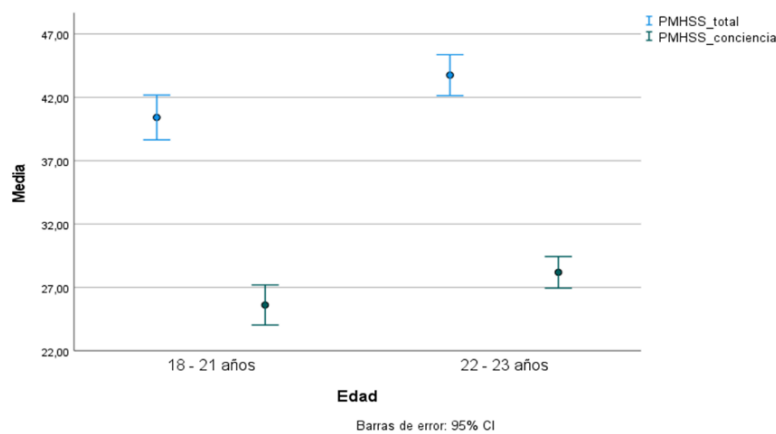


### 6.1.2 Niveles de estigma en función de la edad

En referencia a la relación entre edad y estigma, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en la puntuación total del PMHSS-24 ( $p = .00$ ) y en la subescala de conciencia ( $p = .01$ ). Como podemos observar en la figura 6, los jóvenes de entre 18 y 21 años mostraron puntuaciones ligeramente más bajas que aquellos de 22 a 25 años, tanto en la puntuación total como en el factor de conciencia.

## Figura 6

Medias y barras de error para la puntuación total y el factor conciencia (PMHSS-24) en función de la edad



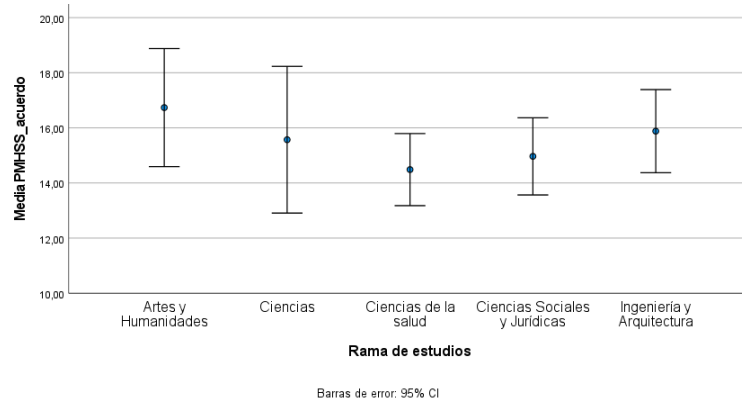
### 6.1.3 Niveles de estigma en función de la rama de estudios

A pesar de que las puntuaciones fueron ligeramente superiores en conciencia del estigma en los estudiantes de ciencias de la salud respecto al resto de ramas, e inferiores en acuerdo respecto a las otras carreras, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el estigma y la rama de estudios. En la figura 7 podemos observar las

puntuaciones de las diferentes ramas para el acuerdo con el estigma, que representa el estigma producido o expresado.

**Figura 7**

*Media y barras de error para el factor acuerdo (PMHSS-24) en función de la rama de estudios*

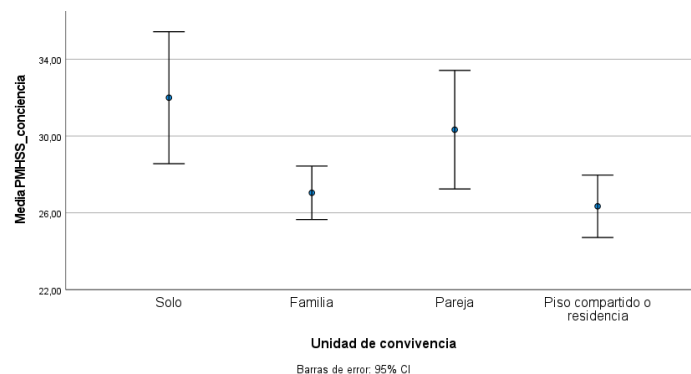


#### 6.1.4 Niveles de estigma en función de la unidad de convivencia

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la unidad de convivencia para la subescala de conciencia ( $p = .04$ ), siendo las puntuaciones mayores para aquellos que conviven con su pareja o en solitario que para los que comparten piso o viven con su familia, tal y como se muestra en la figura 8. Estas puntuaciones deben tomarse con cautela ya que los grupos que viven en pareja o solitario conforman menos del 10 % de la muestra.

**Figura 8**

*Media y barras de error para el factor conciencia (PMHSS-24) en función de la unidad de convivencia*



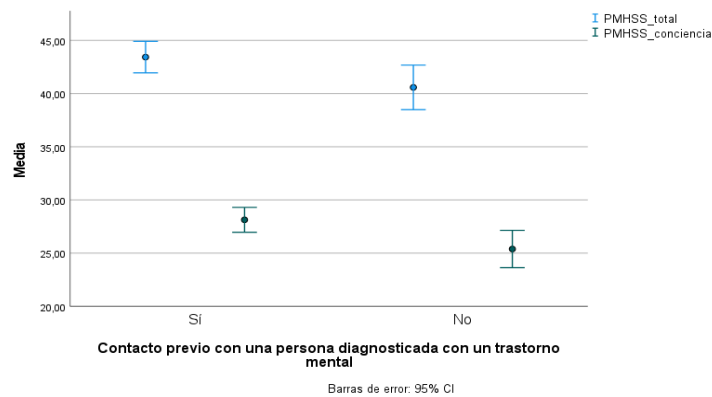
#### 6.1.5 Niveles de estigma en función del contacto previo

Respecto a la relación entre el estigma y haber tenido contacto previo con personas diagnosticadas con un trastorno mental, el 64,3% de la muestra refería haber tenido ese

contacto. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total de la escala ( $p = .01$ ), además de en las subescalas de conciencia ( $p = .00$ ) y aceptación ( $p = .00$ ), tal y como se muestra en las figuras 9 y 10. Aquellas personas con un contacto previo obtuvieron puntuaciones mayores en conciencia y aceptación respecto a aquellas personas que referían no haber tenido ese contacto previo. Las puntuaciones más elevadas en la puntuación total del estigma de las personas con contacto previo se deben al incremento de los valores de conciencia.

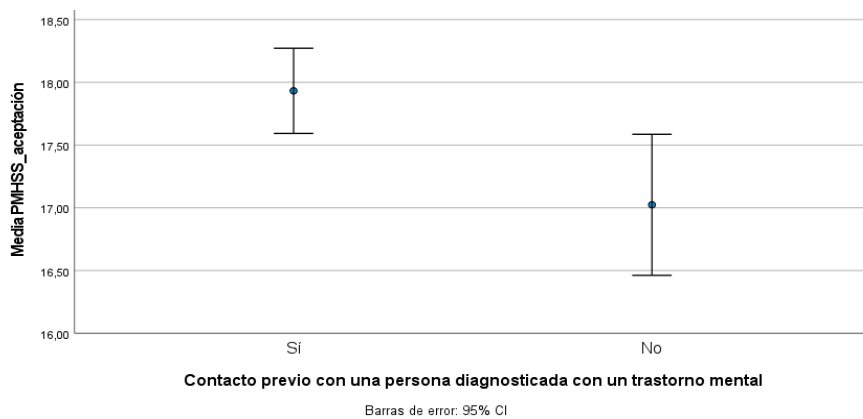
**Figura 9**

*Media y barras de error para la puntuación total y el factor conciencia (PMHSS-24) en función del contacto previo*



**Figura 10**

*Media y barras de error para el factor aceptación (PMHSS-24) en función del contacto previo*



## 6.2 Estigma y empatía

Respecto a la relación entre la empatía y el estigma hacia los trastornos mentales, encontramos una correlación negativa estadísticamente significativa de la subescala de normalización del PMHSS-24 con la parte cognitiva del IRI ( $r = -.26$ ,  $p = .01$ ) y la subescala de fantasías ( $r = -.23$ ,  $p = .01$ ). También se encontró una correlación estadísticamente significativa y positiva de la subescala de aceptación del PMHSS-24 con

la puntuación total del IRI ( $r = .20$ ,  $p = .03$ ), la empatía afectiva ( $r = .26$ ,  $p = .01$ ) y la subescala de malestar personal ( $r = .21$ ,  $p = .02$ ).

En la tabla 6 se muestran las correlaciones obtenidas entre las puntuaciones totales y subescalas que miden la empatía y el estigma, representándose mediante un asterisco las correlaciones significativas. Además, en la figura 11 podemos apreciar la correlación entre la puntuación total de la empatía y el factor de aceptación del estigma.

**Tabla 6**

*Correlación de Pearson entre el estigma (PMHSS-24) y la empatía (IRI)*

PMHSS-24	Total	Conciencia	Acuerdo	Normalización	Aceptación	Positiva
IRI total	.05	.09	-.04	-.17	.20*	-.03
IRI pt	.03	.07	-.04	-.15	.08	-.07
IRI fs	.17	.14	.09	-.23*	.08	-.14
IRI ec	-.00	.12	-.17	-.16	.16	-.03
IRI pd	-.08	-.08	-.03	.07	.21*	.16
IRI cognitiva	.15	.15	.05	-.26**	.11	-.15
IRI afectiva	-.06	.01	-.12	-.04	.24*	.09

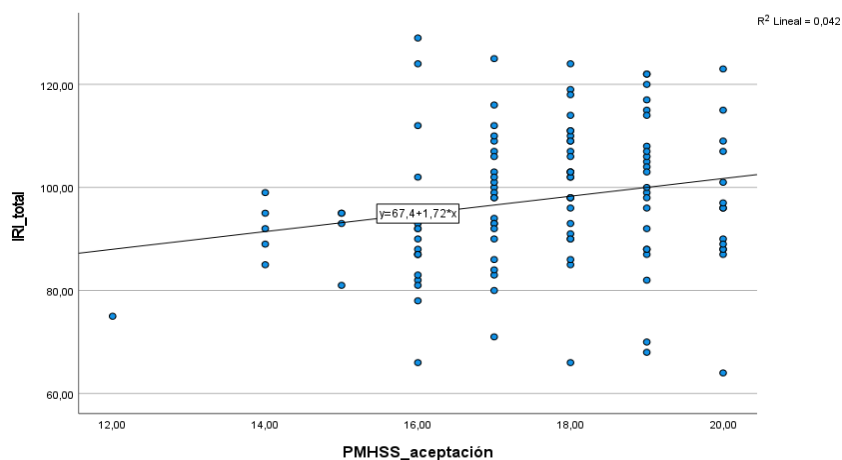
Nota: pt = toma de perspectiva; fs = fantasías; ec = conducta empática; pd = malestar personal

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$  (bilateral)

Fuente: elaboración propia

**Figura 11**

*Diagrama de dispersión y recta de regresión entre la empatía total (IRI) y el factor aceptación (PMHSS-24)*



### 6.3 Estigma y sentido de la vida

A pesar de que observaron correlaciones negativas entre la puntuación total del PIL-10 y sus subescalas negativas, y correlaciones positivas con las subescalas positivas, debido a la consideración del valor  $p < .05$  como límite de significancia, no se puede determinar que haya una relación estadísticamente significativa entre el estigma y el sentido de la vida. Así pues, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre estas variables.

### 6.4 Estigma e inteligencia emocional

Respecto a la relación entre estigma hacia los trastornos mentales e inteligencia emocional, se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa de la subescala de aceptación del PMHSS-24 con la puntuación total del TMMS-24 ( $r = .19$ ,  $p = .05$ ) y la subescala de atención a los sentimientos del TMMS-24 ( $r = -.22$ ,  $p = .02$ ). De esta forma, a modo que a medida que aumenta la aceptación de los trastornos mentales, también aumenta la puntuación en inteligencia emocional y percepción de emociones.

En la tabla 7 se muestran las correlaciones obtenidas entre las puntuaciones totales y subescalas que miden la inteligencia emocional y el estigma, representándose mediante un asterisco aquellas correlaciones significativas. Además, en la figura 12 podemos apreciar la correlación entre la subescala de atención a los sentimientos de la inteligencia emocional y el factor de aceptación del estigma.

**Tabla 7**

*Correlación de Pearson entre el estigma (PMHSS-24) y la inteligencia emocional (TMMS-24)*

PMHSS-24	Total	Conciencia	Acuerdo	Normalización	Aceptación	Positiva
TMMS total	-.01	.03	-.05	.03	.19*	.12
TMMS atención	-.01	-.05	-.07	-.03	.22*	.09
TMMS claridad	.05	.04	.03	.00	.09	.05
TMMS reparación	-.06	-.02	-.06	.08	.10	.12

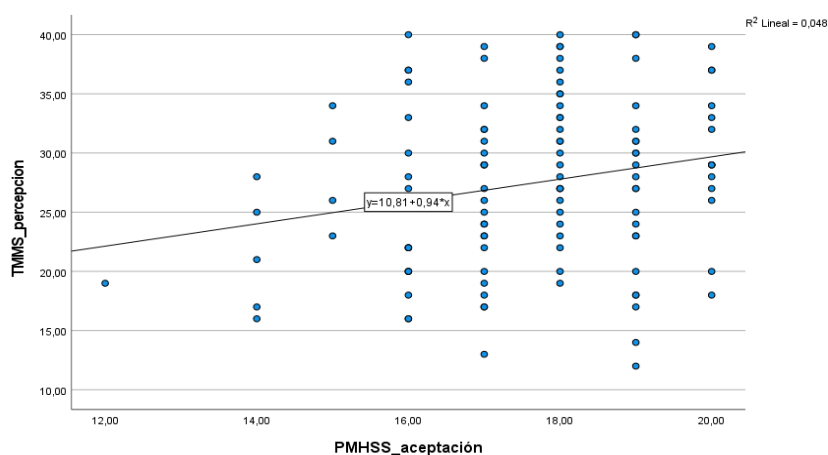
Nota: pt = toma de perspectiva; fs = fantasías; ec = conducta empática; pd = malestar personal

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$  (bilateral)

Fuente: elaboración propia

**Figura 12**

*Diagrama de dispersión y recta de regresión para la subescala de atención a los sentimientos (TMMS-24) y el factor aceptación (PMHSS-24)*



### **6.5 Estigma y regulación emocional**

A pesar de que observaron correlaciones negativas con la subescala de reevaluación cognitiva y positivas con la subescala de supresión expresiva, debido a la consideración del valor  $p < .05$  como límite de significancia, no se puede determinar que haya una correlación estadísticamente significativa entre el estigma y la regulación emocional. Así pues, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre estas variables.

## **7. Discusión**

En base a los resultados obtenidos sobre el estigma por medio del PMHSS-24, resaltamos principalmente que existe una distinción entre la conciencia de los jóvenes sobre el estigma público y su aprobación personal de este estigma, siendo el estigma percibido mayor que el expresado bajo todas las variables estudiadas. Estos hallazgos sugieren que la muestra estudiada es consciente del estigma presente hacia las personas con trastornos mentales, pero mayoritariamente no comparte estas opiniones estigmatizantes.

Como hemos podido observar, ciertas variables sociodemográficas parecen modular los niveles de estigma de los participantes. Por una parte, los hombres tienen menos actitudes positivas hacia las personas con trastornos mentales en referencia con su inteligencia y recuperación potencial, y tienen menos deseos de mantener relaciones interpersonales con ellos. Estas diferencias también fueron encontradas por de la Higuera-Romero et al. (2020) en su adaptación del PMHSS-24 al español, además de diferencias estadísticamente significativas entre sexos para las subescalas de conciencia y acuerdo,

las cuales no se encontraron en este estudio. Una de las causas de no encontrar estas diferencias puede atribuirse a que la cantidad de hombres y mujeres que participaron en el estudio no tuvo una proporción equivalente.

Respecto a la edad, los resultados sugieren que los jóvenes de mayor edad, que mayoritariamente están finalizando sus estudios, tienen una mayor consciencia de los estereotipos puestos sobre las personas con trastornos mentales. Una posible explicación es que han sido expuestos a estas actitudes durante más tiempo, aunque la poca diferencia de edad entre la muestra hace que estas conclusiones deban tomarse con precaución.

Por otra parte, haber tenido contacto previo con una persona diagnosticada con un trastorno mental fue un factor favorecedor para reducir las actitudes estigmatizadoras hacia estas personas con lo que respecta al deseo de contacto interpersonal y una mejor percepción de su inteligencia y de su recuperación potencial, aspectos que concuerdan con los resultados encontrados por otros autores (Méndez-Fernández et al., 2021; Sandhu et al., 2019; Powell et al., 2014). Además, se encontró que las personas que habían tenido contacto previo eran más conscientes del estigma presente en la sociedad, a pesar de que las puntuaciones en el estigma expresado sean similares a aquellos sin ese contacto. Esto sugiere que las personas sin contacto previo con personas con un trastorno mental pueden estar menos concienciadas sobre esta problemática.

Esta mayor conciencia también se observa más en personas que viven solas o con sus parejas que en aquellas que conviven con sus familias y en residencias o pisos compartidos. Una explicación posible es que estas personas sean más mayores que el resto de la muestra y ya estén independizadas, por lo que estos resultados podrían verse influenciados por la edad de los participantes más que la unidad de convivencia.

Respecto a la rama de estudios de los participantes, a pesar de haberse obtenidos tendencias de menores niveles de estigma en los estudiantes de la salud, estas diferencias no han sido significativas. La literatura científica parece apoyar que los estudiantes de ciencias de la salud tienen unos niveles de estigma menores (Rayan y Jaradat, 2016; Vijayalakshmi et al., 2013), aunque otros estudios, al igual que el nuestro, no encontraron estas diferencias (Zolezzi et al., 2017; Tork y Abdel-Fattah, 2015). Además, numerosos estudios evidencian la presencia de actitudes estigmatizadoras en trabajadores del área de la salud mental (Subu et al., 2021; Szcześniak et al., 2021), lo que puede indicar que ese estigma persiste en el contexto laboral. Estos resultados inconsistentes apuntan la

necesidad de continuar estudiando esta variable, quizá desde otro enfoque considerando disgregar las ramas de estudios en secciones más concretas.

En base a las relaciones del estigma con la empatía, podemos destacar principalmente que las personas que exhiben más actitudes positivas respecto al contacto interpersonal, inteligencia y recuperación de las personas con trastornos mentales muestran mayores niveles de empatía general. En la misma línea, estas personas también muestran un mayor nivel de empatía afectiva, es decir, tienen mayores habilidades para sentir lo que el otro siente y reaccionar emocionalmente a sus sentimientos. Los resultados revelaron que las personas con mayor empatía cognitiva, es decir, aquellas con mayor habilidad para comprender el punto de vista de las otras personas, tienen una menor percepción del estigma que sufren las personas con un trastorno mental. Estos resultados son complejos de interpretar, sin embargo, esta relación puede deberse a la influencia de la subescala de fantasías de la escala del IRI que hace referencia a la capacidad del sujeto para ponerse en situaciones ficticias.

Estos resultados no nos permiten extraer unas conclusiones tan determinantes como las encontradas en anteriores estudios de la misma temática (Corrigan et al., 2021; Webb et al., 2014; Dovidio et al., 2011). Sin embargo, las conclusiones aportadas por Powell et al. (2014) sobre la empatía, donde se afirmaba que esta variable por sí sola no explicaba la variación del estigma entre los participantes sugiere que la relación entre estas variables no es tan clara como afirman algunos autores, y que existen otros factores que podrían modular esta relación.

En referencia a otras variables relacionadas, al igual que con la empatía, podemos concluir que las personas con mayor niveles de inteligencia emocional muestran más actitudes positivas respecto al intelecto, amistad y recuperación potencial de las personas con trastornos mentales. Además, esta relación parece radicar específicamente en las habilidades de percepción emocional, es decir, la habilidad de expresar y sentir sus sentimiento de forma adecuada. Estos resultados apoyan la evidencia encontrada acerca de la influencia de la inteligencia emocional en los niveles de estigma (Armstrong, 2015; Vertilo y Gibson, 2014).

En cuanto a la regulación emocional, no se encontró que el uso de una u otra estrategia para regular las emociones afectará al nivel de estigma de la persona, lo cual sugiere que no es una variable determinante para predecir las actitudes estigmatizadoras, a pesar ser

un factor protector para las personas con trastorno mentales a la hora de afrontar este estigma (Dubreucq y Franck, 2019; Burton et al., 2018). Sería conveniente valorar la relación de estas estrategias de regulación emocional en una muestra más grande para comprobar su relación con el estigma, así como introducir en estas comparativa otro tipo de estrategias.

Respecto al sentido de la vida, no se ha encontrado una relación significativa de esta variable con los niveles de estigma la muestra encuestada. La falta de relación hallada en esta investigación concuerda con los estudios de Crowe y Kim (2020) centrados en la relación entre el estigma y la satisfacción vital. Sin embargo, no coincide con las relaciones encontradas del estigma con la satisfacción vital (Lo et al., 2021) y la realización personal (Lo et al., 2021). Debido a esta inconsistencia, sería conveniente continuar estudiando esta variable con mayor profundidad.

## **8. Conclusiones**

En definitiva, existe una distinción entre la conciencia de los jóvenes universitarios sobre el estigma público y su aprobación personal del estigma, de modo que, a pesar de conocer estos estereotipos, los participantes mayoritariamente no comparten estas creencias. Aunque uno mismo no apoye los estereotipos que rodean a las enfermedades mentales, puede seguir percibiendo que el público en general estigmatiza a las personas con enfermedades mentales

En base a las variables sociodemográficas, encontramos que tanto el sexo como como la edad de los encuestados modularon sus niveles en diferentes aspectos del estigma, llevando a cabo los hombres menos conductas positivas hacia los trastornos mentales que las mujeres y siendo aquellos participantes de mayor edad quienes mostraron mayor conciencia sobre las actitudes estigmatizadoras. Además, aquellas personas que vivían en solitario o con sus parejas exhibían una mayor conciencia sobre el estigma público. Sin embargo, la rama de estudios de los participantes no fue un factor determinante en los niveles de estigma encontrados.

Por otra parte, se encontró que las personas que habían tenido un contacto previo con una persona diagnosticada con un trastorno mental tenían una mayor conciencia sobre el estigma que el resto de la muestra, además de emitir más conductas positivas hacia las personas con trastornos mentales que los sujetos que no referían ese contacto previo.

Por último, se encontró que las personas con mayores niveles de inteligencia emocional y empatía mostraban mayores conductas positivas hacia las personas con trastornos mentales que aquellas con niveles más bajos, mientras que los niveles altos en empatía cognitiva parecían dificultar la percepción de las actitudes estigmatizadoras en otros. Además, el sentido de la vida y la regulación emocional no influyeron en los niveles de estigma expresado ni percibido por los estudiantes universitarios.

### **8.1 Limitaciones**

Este trabajo presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. Por una parte, el tamaño limitado de la muestra y falta de igualdad en la proporción entre los grupos de las variables sociodemográficas hace que las conclusiones deban tomarse con precaución. Además, a pesar de que la muestra se centra en población universitaria, no se controlaron los efectos de otras posibles variables intervinientes, como el nivel socioeconómico. Por otra parte, los resultados obtenidos en las variable de sentido de la vida y regulación emocional respecto al estigma podrían haber mostrado diferencias significativas si se hubieran analizado en una muestra más grande. Así pues, este aspecto debe tenerse en cuenta para no descartar de cara al futuro la relación entre estas variables.

Respecto a la variable de contacto previo con una persona diagnosticada con un trastorno mental, solamente se extrajo información sobre la existencia o no de ese contacto, pudiendo haber obtenido más información si se hubiera analizado otros aspectos de esta variable, como el frecuencia o intensidad del contacto.

### **8.2 Implicaciones clínicas y retos de futuro**

Este estudio tiene varias implicaciones prácticas de cara a planificar la formación transversal en los estudiantes universitarios: Por un parte, los resultados evidencian que los estereotipos y prejuicios ligados a las personas con trastornos mentales siguen estando presentes en nuestra sociedad desde la juventud, realzando así la necesidad de desarrollar e implantar intervenciones contra el estigma desde edades tempranas. Por otra parte, estos resultados pueden utilizarse de cara a dicha implementación de programas para abordar el estigma de los trastornos mentales en entornos universitarios. Así pues, la adopción de una perspectiva que mejore aspectos como la empatía y la inteligencia emocional puede resultar útil para disminuir el estigma hacia las personas con trastornos mentales.

En tercer lugar, adoptar el enfoque los programas contra el estigma en incrementar las actitudes y percepciones positivas hacia las personas con trastornos mentales, en vez de

limitarse a eliminar los estereotipos y prejuicios, puede tener una influencia positiva en la disminución de ese estigma público. También, en base a los resultados obtenidos y la evidencia científica sobre la efectividad del contacto con personas con trastornos mentales en la disminución del estigma, sería conveniente incluir este aspecto junto a la educación sobre la temática en las intervenciones dirigidas a reducir el estigma.

Además, en base a las recomendaciones expuestas, en el ámbito universitario podrían considerar incorporar programas para combatir el estigma de su alumnado hacia las personas con trastornos mentales. De esta forma, estarían tomando acción y contribuyendo en la disminución de esta problemática.

Por último, se sugiere investigar en mayor profundidad esta temática ligada a diferentes variables psicológicas con el fin de obtener una base de conocimiento que permita tomar acción en torno al estigma y la discriminación de las personas con trastornos mentales. Como hemos comentado, la investigación del sentido de la vida y la regulación emocional en muestras más extensas podría evidenciar una relación entre estas variables y el estigma, por lo que en el futuro deberían tenerse en consideración estos aspectos.

## 9. Referencias

- Armstrong, E. N. (2015). A study on the relationship between emotional intelligence and mental illness stigma. *Walden Dissertation and Doctoral Studies Collection*. <https://www.semanticscholar.org/paper/A-Study-on-the-Relationship-Between-Emotional-and-Armstrong/a1597fe63fece613b7a7e3326b4729332a91b347>
- Baron-Cohen, S., y Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of autism and developmental disorders*, 34(2), 163-175. <https://doi.org/10.1023/b:jadd.0000022607.19833.00>
- Burton, C. L., Wang, K., y Pachankis, J. E. (2018). Does getting stigma under the skin make it thinner? Emotion regulation as a stress-contingent mediator of stigma and mental health. *Clinical Psychological Science*, 6(4), 590-600. <https://doi.org/10.1177/2167702618755321>
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., y Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 234-240. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>
- Corrigan, P. W., Talluri, S. S., y Qin, S. (2021). Difference and disdain as indicators of the public stigma of mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(9), 645-649. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001354>
- Crespo, M., Pérez-Santos, E., Muñoz, M., y 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>
- Crumbaugh, J. C. y Maholick, L. T. (1969). *Manual of instructions for the Purpose in Life Test*. Saratoga, CA: Viktor Frankl Institute of Logotherapy.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85. [https://www.researchgate.net/publication/34891073\\_A\\_Multidimensional\\_Approach\\_to\\_Individual\\_Differences\\_in\\_Empathy](https://www.researchgate.net/publication/34891073_A_Multidimensional_Approach_to_Individual_Differences_in_Empathy)

- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.  
[https://www.researchgate.net/publication/215605832\\_Measuring\\_individual\\_differences\\_in\\_empathy\\_Evidence\\_for\\_a\\_multidimensional\\_approach](https://www.researchgate.net/publication/215605832_Measuring_individual_differences_in_empathy_Evidence_for_a_multidimensional_approach)
- de la Higuera-Romero, J., Candelas-Muñoz, A., Jiménez-González, A., Castañeda-Jiménez, C., Fuica-Pereg, P., Zurita-Carrasco, M., Martínez-Fernández-Repeto, E., y Senín-Calderón, C. (2020). Validación y adaptación española de la Escala de Actitudes Estigmatizadoras hacia la Salud Mental entre Iguales (Peer Mental Health Stigmatization Scale, PMHSS-24). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.06.004>
- del Valle Vaca Matamoros, S., y Martínez Marín, J. M. (2019). Análisis del estigma hacia personas con trastorno mental grave en la población de Cáceres. *RES: Revista de Educación Social*, 29, 142-153.  
<https://eduso.net/res/revista/29/miscelanea/analisis-del-estigma-hacia-personas-con-trastorno-mental-grave-en-la-poblacion-de-caceres>
- Dubreucq, J., y Franck, N. (2019). Neural and cognitive correlates of stigma and social rejection in individuals with Serious Mental Illness (SMI): A systematic review of the literature. *Psychiatry Research*, 274, 146-158.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.023>
- Escrivá, V. M., Navarro, M. D. F., y García, P. S. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-260.  
[https://www.researchgate.net/publication/28091820\\_La\\_medida\\_de\\_la\\_empatia\\_Analisis\\_del\\_Interpersonal\\_Reactivity\\_Index](https://www.researchgate.net/publication/28091820_La_medida_de_la_empatia_Analisis_del_Interpersonal_Reactivity_Index)
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- García-Alandete, J. (2014). Análisis factorial de una versión española del Purpose-In-Life Test, en función del género y edad. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 83-98.  
<https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI12-1.afve>

- García-Alandete, J., Martínez, E. R., y Sellés Nohales, P. (2013). Estructura factorial y consistencia interna de una versión española del Purpose-In-Life Test. *Universitas Psychologica*, 12(2), 517-530. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-2.efci>
- Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Harangozo, J., Reneses, B., Brohan, E., Sebes, J., Csukly, G., Lopez-Ibor, J. J., Sartorius, N., Rose, D., y Thornicroft, G., (2014). Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 359-366. <https://doi.org/10.1177/0020764013490263>
- Hernández, E. L. D., Brito, P. R. B., y Hernández, A. M. G. (2021). Cambios en la percepción del estigma en personas con trastorno mental grave. *Majorensis: Revista Electrónica de Ciencia y Tecnología*, 17, 66-71. [https://www.researchgate.net/publication/356527596\\_Cambios\\_en\\_la\\_percepcion\\_del\\_estigma\\_en\\_personas\\_con\\_trastorno\\_mental\\_grave](https://www.researchgate.net/publication/356527596_Cambios_en_la_percepcion_del_estigma_en_personas_con_trastorno_mental_grave)
- Kosyluk, K. A., Al-Khouja, M., Bink, A., Buchholz, B., Ellefson, S., Fokuo, K., ... Corrigan, P. W. (2016). Challenging the Stigma of Mental Illness Among College Students. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 325–331. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.05.005>
- Lo, L. L. H., Suen, Y. N., Chan, S. K. W., Sum, M. Y., Charlton, C., Hui, C. L. M., Lee, E. H. M., Chang, W. C., y Chen, E. Y. H. (2021). Sociodemographic correlates of public stigma about mental illness: a population study on Hong Kong's Chinese population. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03301-3>
- McKeague, L., Hennessy, E., O'Driscoll, C., y Heary, C. (2015). Peer Mental Health Stigmatization Scale: Psychometric properties of a questionnaire for children and adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(3), 163-170. <https://doi.org/10.1111/camh.12088>
- Méndez-Fernández, A. B., Lombardero Posada, X., Aguiar Fernández, F. X., Murcia Álvarez, E., y González Fernández, A. (2021). Professional preference for mental

- illness: The role of contact, empathy, and stigma in Spanish Social Work undergraduates. *Health & social care in the community*, 1-12. <https://doi.org/10.1111/hsc.13479>
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., San Too, L., y Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 103, 120-133. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.017>
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., y Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense, S. A.
- Pérez-Sánchez, J., Delgado, A. R., y Prieto, G. (2020). Propiedades psicométricas de las puntuaciones de los test más empleados en la evaluación de la regulación emocional. *Papeles del psicólogo*, 41(2), 116-124. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2931>
- Powell, K. J. (2014). Stigma Against Mental Illness: The Influence of Empathy, Perspective-taking, Exposure to and Familiarity with Mental Illness. *Electronic Theses and Dissertations*, 736. <https://digitalcommons.memphis.edu/etd/736/>
- Rayan, A., y Jaradat, A. (2016). Stigma of mental illness and attitudes toward psychological help-seeking in Jordanian university students. *Research in Psychology and Behavioral Sciences*, 4(1), 7-14. [https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2723&context=isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2723&context=isp_collection)
- Saavedra, J., Arias-Sánchez, S., Corrigan, P., y López, M. (2021). Assessing the factorial structure of the mental illness public stigma in Spain. *Disability and Rehabilitation*, 43(18), 2656-2662. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1710769>
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, & Health* (pp. 125-151). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10182-006>

- Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M. A. (2018). Instrumentos de evaluación en inteligencia emocional: una revisión sistemática cuantitativa. *Perspectiva Educacional*, 57(2), 27-50. <https://doi.org/10.4151/07189729-Vol.57-Iss.2-Art.712>
- Sandhu, H. S., Arora, A., y Brasch, J. (2019). Correlates of explicit and implicit stigmatizing attitudes of Canadian undergraduate university students toward mental illness: A cross-sectional study. *Journal of American College Health*, 9(5), 567-571. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1682002>
- Solmi, M., Granzoli, U., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Ferranti, R., Zordan, M., Salvetti, B., Conca, A., Salcuni, S., y Zaninotto, L. (2020). Predictors of stigma in a sample of mental health professionals: Network and moderator analysis on gender, years of experience, personality traits, and levels of burnout. *European psychiatry*, 63(1), e4. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2019.14>
- Subu, M. A., Wati, D. F., Netrida, N., Priscilla, V., Dias, J. M., Abraham, M. S., Slewa-Younan, S., y Al-Yateem, N. (2021). Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x>
- Szcześniak, D., Kobyłko, A., Lenart, M., Karczewski, M., Cyran, A., Musiał, P., y Rymaszewska, J. (2021). Personality Factors Crucial in Internalized Stigma Understanding in Psychiatry. *Healthcare*, 9(4), 456. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040456>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., y INDIGO Study Group (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373(9661), 408-415 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)
- Vertilo, V., y Gibson, J. M. (2014). Influence of character strengths on mental health stigma. *The Journal of Positive Psychology*, 9(3), 266–275. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.891245>
- Vijayalakshmi, P., Reddy, D., Math, S. B., y Thimmaiah, R. (2013). Attitudes of undergraduates towards mental illness: A comparison between nursing and

business management students in India. *South African Journal of Psychiatry*, 19(3), 8–873. <https://doi.org/10.4102/sajpsychoiatry.v19i3.398>

Webb, M., Peterson, J., Willis, S. C., Rodney, H., Siebert, E., Carlile, J. A., y Stinar, L. (2016). The role of empathy and adult attachment in predicting stigma toward severe and persistent mental illness and other psychosocial or health conditions. *Journal of Mental Health Counseling*, 38(1), 62-78. <https://doi.org/10.17744/mehc.38.1.05>

World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva (Switzerland). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>

## 10. Anexos

### 10.1 Escala de Actitudes Estigmatizadoras hacia la Salud Mental entre Iguales (PMHSS-24)

Las afirmaciones que verás a continuación expresan diferentes opiniones sobre los problemas emocionales o de comportamiento y las personas que los padecen. Nos gustaría conocer en qué medida estás de acuerdo o no con ellas. No hay respuestas mejores o peores, todas son válidas, lo único importante es que señales con sinceridad lo que tú piensas. **POR FAVOR, NO DEJES NINGUN ITEM SIN RESPONDER**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

ÍTEMS	1	2	3	4	5
1.- La mayoría de la gente cree que los chicos con problemas emocionales o de comportamiento son tan inteligentes como los otros niños					
2.-La mayoría de la gente rechaza a los chicos que acuden al psicólogo porque tienen problemas emocionales o de comportamiento					
3.- La mayoría de los chicos estarían encantados de pasar el rato con alguien que tiene problemas emocionales o de comportamiento.					
4.- La mayoría de la gente cree que los chicos con problemas emocionales o de comportamiento son peligrosos.					
5.- La mayoría de la gente cree que no se puede tener la misma confianza en los chicos con problemas emocionales o de comportamiento que en los demás.					
6.- La mayoría de la gente cree que los chicos con problemas emocionales o de comportamiento son los culpables de sus problemas.					
7.- La mayoría de la gente cree que los chicos con problemas emocionales o de comportamiento van a mejorar algún día.					
8.- La mayoría de los empresarios creen que es una mala idea dar trabajo a una persona con problemas emocionales o de comportamiento					
9.- La mayoría de la gente cree que los chicos con problemas emocionales o de comportamiento pueden obtener buenas calificaciones en la escuela					
10.- Los profesores creen que los chicos con problemas emocionales o de comportamiento no se comportan igual que los demás en clase.					

11.- La mayoría de la gente cree que los chicos con problemas emocionales o de comportamiento no son tan buenos como otros niños en el cuidado de sí mismos.					
12.- La mayoría de la gente tiene miedo de los chicos que visitan al psicólogo porque tienen problemas emocionales o de comportamiento.					
13.- Creo que los chicos con problemas emocionales o de comportamiento son tan inteligentes como los demás.					
14.- Miraría hacia abajo si me encuentro con un chico que sé que visita al psicólogo debido a sus problemas emocionales o de comportamiento.					
15.- Podría pasar un buen rato con alguien que tiene problemas emocionales o de comportamiento.					
16.- Creo que los chicos con problemas emocionales o de comportamiento son peligrosos.					
17.- Creo que no se puede tener la misma confianza en los chicos con problemas emocionales o de comportamiento que en los demás.					
18.- Creo que los chicos con problemas emocionales o de comportamiento son los responsables de sus problemas.					
19.- Creo que los chicos con problemas emocionales o de comportamiento van a mejorar algún día.					
20.- Creo que es una mala idea que los empresarios den trabajo a las personas con problemas emocionales o de comportamiento.					
21.- Creo que los chicos con problemas emocionales o de comportamiento pueden obtener buenas calificaciones en la escuela.					
22.- Creo que los chicos con problemas emocionales o de comportamiento no se comportan como el resto de niños de la clase.					
23.- Creo que los chicos con problemas emocionales o de comportamiento no son tan buenos como otros niños en el cuidado de sí mismos.					
24.- Sentiría miedo de alguien si sé que tiene problemas emocionales o de comportamiento.					
Total					

## 10.2 Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)

Las siguientes frases se refieren a vuestros pensamientos y sentimientos en una variedad de situaciones. Para cada cuestión indica cómo te describe eligiendo la puntuación de 1 a 5. Cuando hayas elegido tu respuesta, marca con una cruz la casilla correspondiente. Lee cada frase cuidadosamente antes de responder. Contesta honestamente. Gracias.

1	2	3	4	5
no me describe bien	me describe un poco	me describe bien	me describe bastante bien	me describe muy bien

ÍTEMS	1	2	3	4	5
1.- Sueño y fantaseo, bastante a menudo, acerca de las cosas que me podrían suceder					
2.- A menudo tengo sentimientos tiernos y de preocupación hacia la gente menos afortunada que yo					
3.- A menudo encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.					
4.- A veces no me siento muy preocupado por otras personas cuando tienen problemas.					
5.- Verdaderamente me identifico con los sentimientos de los personajes de una novela					
6.- En situaciones de emergencia me siento aprensivo e incómodo					
7.- Soy normalmente objetivo cuando veo una película u obra de teatro y no me involucro completamente.					
8.- Intento tener en cuenta cada una de las partes (opiniones) en un conflicto antes de tomar una decisión					
9.- Cuando veo que a alguien se le toma el pelo tiendo a protegerlo					
10.- Normalmente siento desesperanza cuando estoy en medio de una situación muy emotiva.					
11.- A menudo intento comprender mejor a mis amigos imaginándome cómo ven ellos las cosas (poniéndome en su lugar)					
12.- Resulta raro para mí implicarme completamente en un buen libro o película					
13. Cuando veo a alguien herido tiendo a permanecer calmado					
14.- Las desgracias de otros normalmente no me molestan mucho					
15.- Si estoy seguro que tengo la razón en algo no pierdo tiempo escuchando los argumentos de los demás					
16.- Después de ver una obra de teatro o cine me he sentido como si fuera uno de los personajes					

17.- Cuando estoy en una situación emocionalmente tensa me asusto					
18.- Cuando veo a alguien que está siendo tratado injustamente a veces no siento ninguna compasión por él					
19.- Normalmente soy bastante eficaz al ocuparme de emergencias					
20.- A menudo estoy bastante afectado emocionalmente por cosas que veo que ocurren					
21.- Pienso que hay dos partes para cada cuestión e intento tener en cuenta ambas partes					
22.- Me describiría como una persona bastante sensible					
23.- Cuando veo una buena película puedo muy fácilmente situarme en el lugar del protagonista					
24.- Tiendo a perder el control durante las emergencias					
25.- Cuando estoy disgustado con alguien normalmente intento ponerme en su lugar por un momento					
26.- Cuando estoy leyendo una historia interesante o una novela imagino cómo me sentiría si los acontecimientos de la historia me sucedieran a mí					
27.- Cuando veo a alguien que necesita urgentemente ayuda en una emergencia me derrumbo					
28.- Antes de criticar a alguien intento imaginar cómo me sentiría si estuviera en su lugar					
Total					

### 10.3 Test de propósito de vida (PIL-10)

A continuación, ha de responder Ud. a un cuestionario en el que debe:

1. Leer con sumo cuidado el enunciado principal (en negrita).
2. Decidir, de la escala que va de 1 a 7, en qué número se situaría Ud., teniendo en cuenta lo que dicen los extremos (el recuadro 1 y el 7), en relación con el enunciado principal.
3. Rodear el número que corresponda, teniendo en cuenta lo anterior.

Por favor, no deje sin responder ningún enunciado.

Le recordamos la necesidad de que responda con sinceridad, y pensando bien lo que responde.

#### 1. Generalmente me encuentro:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente aburrido			Neutral			Exuberante, entusiasmado

#### 2. La vida me parece:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente rutinaria			Neutral			Siempre emocionante

#### 3. En la vida tengo:

1	2	3	4	5	6	7
Ninguna meta o anhelo			Neutral			Muchas metas y anhelos definidos

#### 4. Cada día es:

1	2	3	4	5	6	7
Exactamente igual			Neutral			Siempre nuevo y diferente

#### 5. Si pudiera elegir:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca habría nacido			Neutral			Tendría otras nueve vidas iguales a éstas

#### 6. Después de retirarme:

1	2	3	4	5	6	7
Holgazanearía el resto de mi vida			Neutral			Haría las cosas emocionantes que siempre deseé realizar

**7. Mi vida es:**

1	2	3	4	5	6	7
Vacía y llena de desesperación			Neutral			Un conjunto de cosas buenas y emocionantes

**8. Al pensar en mi propia vida:**

1	2	3	4	5	6	7
Me pregunto a menudo la razón por la que existo			Neutral			Siempre encuentro razones para vivir

**9. Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito o una misión en la vida es:**

1	2	3	4	5	6	7
Prácticamente nula			Neutral			Muy grande

**10. He descubierto:**

1	2	3	4	5	6	7
Ninguna misión o propósito en mi vida			Neutral			Metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida

#### 10.4 Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ)

A continuación, nos gustaría que contestase a unas preguntas sobre su vida emocional, en concreto, sobre cómo controla sus emociones. Estamos interesados en dos aspectos. El primero es su experiencia emocional o lo que siente internamente. El segundo es su expresión emocional cómo muestra sus emociones a través de las palabras, los gestos y los comportamientos. Aunque algunas de las cuestiones pueden parecer similares a otras, éstas difieren de forma importante. Por favor, utiliza la siguiente escala de respuesta para cada ítem.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

ÍTEMS	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuando quiero incrementar mis emociones positivas (p. ej. alegría, diversión), cambio el tema sobre el que estoy pensando.							
2. Guardo mis emociones para mí mismo.							
3. Cuando quiero reducir mis emociones negativas (p.ej. tristeza, enfado), cambio el tema sobre el que estoy pensando.							
4. Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.							
5. Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar en ella de un modo que me ayude a mantener la calma.							
6. Controlo mis emociones no expresándolas.							
7. Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.							
8. Controlo mis emociones cambiando mi forma de pensar sobre la situación en la que me encuentro.							
9. Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.							
10. Cuando quiero reducir mis emociones negativa, cambio mi manera de pensar sobre la situación.							

### 10.5 Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24)

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

ÍTEMS	1	2	3	4	5
1. Presto mucha atención a los sentimientos.					
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.					
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.					
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.					
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.					
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.					
7. A menudo pienso en mis sentimientos.					
8. Presto mucha atención a cómo me siento.					
9. Tengo claros mis sentimientos.					
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.					
11. Casi siempre sé cómo me siento.					
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.					
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.					
14. Siempre puedo decir cómo me siento.					
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.					
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.					
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.					
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.					
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.					

20. Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.					
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.					
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.					
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.					
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.					

## **10.6 Hoja de Información al Participante**

### Hoja de Información al Participante (HIP)

La Facultad de Psicología, de la Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir” le ofrece la posibilidad de participar de forma voluntaria en un estudio de investigación. A continuación, se describen las características del estudio para que decida si desea tomar parte en él.

#### **¿QUIÉN IMPULSA ESTE ESTUDIO?**

**Investigador Principal:** Marta Rosique Caldas

**Departamento:** Psicología

**Teléfono / Email:** 679149028 / marta.rosiquecaldas@mail.ucv.es

**Título del proyecto:** Actitudes Estigmatizadoras hacia la Salud Mental en jóvenes

#### **¿POR QUÉ SE REALIZA ESTE ESTUDIO?**

El objetivo principal de este estudio es explorar la relación que se establece entre factores como la empatía, el sentido de la vida, la regulación emocional o la inteligencia emocional y el estigma hacia la salud mental en jóvenes.

#### **¿EN QUÉ CONSTA LA INVESTIGACIÓN?**

El participante que acceda a colaborar en este estudio, se le realizará una entrevista, de 40 minutos aproximada de duración, en la que se procederá a la aplicación de varios cuestionarios y una ficha de datos personales.

#### **¿EXISTEN BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?**

Del estudio se obtendrá información importante y de gran ayuda para esclarecer qué factores se relacionan con las actitudes estigmatizadas hacia la salud mental en la población joven, darlos a conocer a los profesionales que trabajan en esta área y justificar la utilidad de posibles intervenciones para abordar los estereotipos que presentan los jóvenes hacia las personas con problemas de salud mental.

#### **¿CUÁLES SON LOS COSTOS DE LA PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?**

Si usted accede a participar en este estudio, se le realizará una entrevista, de 40 minutos aproximada de duración, en la que se procederá a la aplicación de varios cuestionarios y una ficha de datos personales.

Usted puede negarse a colaborar en este estudio y abandonarlo en cualquier momento. En cuyo caso, la atención que recibe por parte de los profesionales del centro no variará.

### **¿QUIÉN PUEDE CONTESTAR MIS DUDAS SOBRE ESTE ESTUDIO?**

Marta Rosique Caldas

Inmaculada Aragonés Barberá

### **¿CÓMO SE VAN A PROTEGER MIS DATOS?**

Los datos personales por Vd. facilitados y los resultados de las pruebas, serán incluidos en un fichero con acceso exclusivo por parte del personal investigador que participa en el estudio, pertenecientes todos ellos a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA “SAN VICENTE MÁRTIR”.

Sus datos personales serán objeto de un tratamiento disociado, de modo que la información que se obtenga no pueda asociarse a una persona identificada o identificable.

Todos los datos se mantendrán estrictamente confidenciales y exclusivamente el personal del recurso y el investigador del equipo conocerá su identidad. Ningún dato personal que permita su identificación será accesible a ninguna persona que no sea el personal clínico del recurso y el personal investigador, ni podrán ser divulgados por ningún medio, conservando en todo momento la confidencialidad profesional-paciente. Los resultados del estudio serán recogidos y guardados de forma anónima y disociada, vinculándose a un código (número de paciente), si fuera necesario, de manera que únicamente el investigador puede conocer su identidad.

Se le agradece de antemano su participación, tiempo y sinceridad, que serán de gran ayuda para la investigación. A continuación, le pedimos que, si está de acuerdo con participar en este estudio cumplimente y firme, el consentimiento Informado.

La hoja de consentimiento informado que se expone a continuación le aporta toda la información detallada y le solicita que manifieste su aprobación para participar en el estudio.

**El investigador le agradece su inestimable colaboración.**

## 10.7 Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Datos del Estudio:

Título: Actitudes Estigmatizadoras hacia la Salud Mental en jóvenes  
Institución: Universidad Católica de Valencia (UCV) “San Vicente Mártir”  
Código del Proyecto: UCV/2021-2022/128  
Nombre y apellidos del/de los investigador/es principal/es: Marta Rosique Caldas

(Por favor, rellene el siguiente documento en los espacios señalados)

Yo, .....(nombre y apellidos del participante)..... , declaro que:

- He leído la “hoja de información al participante” sobre el estudio entregada previamente por la investigadora principal.
- La investigadora principal, Marta Rosique Caldas, me ha explicado los objetivos y procedimiento del mismo.
- He recibido información adecuada y suficiente sobre la investigación.
- He podido resolver mis dudas respecto al estudio antes de aportar mi consentimiento.
- Comprendido que mi participación es voluntaria y que podré retirar mi consentimiento en todo momento.
- Acepto que los datos aportados sean utilizados con fines exclusivamente afines a la investigación.

Al firmar el presente documento doy mi consentimiento de forma voluntaria para participar en esta investigación y presto mi consentimiento para el acceso y empleo de mis datos bajo los términos explicados en la hoja de información al participante que previamente he leído y firmado.

Usted recibirá una copia de este documento de consentimiento informado mientras que el original será custodiado por el investigador principal del estudio.

Nombre del participante:

DNI del investigador: 73099333C

Firma del participante:

Firma del investigador:

Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

## REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, .....(nombre y apellidos del participante)....., revoco mi consentimiento y no deseo seguir formado parte del estudio “Actitudes Estigmatizadoras hacia la Salud Mental en jóvenes”.

Nombre del participante:

Firma del participante:

Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Firma del investigador:

Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

## 10.8 Protección de datos

### PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

#### Datos del Estudio:

Título: Actitudes Estigmatizadoras hacia la Salud Mental en jóvenes  
Institución: Universidad Católica de Valencia (UCV) “San Vicente Mártir”  
Código del Proyecto: UCV/2021-2022/128  
Nombre y apellidos del/de los investigador/es principal/es: Marta Rosique Caldas

Los datos de carácter personal recabados son incluidos en fichero titularidad de la Universitaria Católica de Valencia San Vicente Mártir (UCV). La finalidad de la recogida y tratamiento de los datos es a los únicos efectos de identificar a las personas físicas, cuya información es sometida a estudio o análisis, en la labor de investigación.

Los investigadores/as o equipos de investigación tratan los datos con las medidas de seguridad, conforme a Ley, necesarias para garantizar la confidencialidad y la integridad de toda esta información.

En todo caso, a partir de la necesaria identificación real y veraz de la persona, el investigador/a o equipo de investigación disocia (anonimiza u omite) los datos, de manera que no puede llegar a ser identificada por terceros.

Los resultados provisionales y finales del estudio están completamente compuestos de información no identificativa de personas.

Los datos sensibles (salud, violencia doméstica, origen racial o étnico, entre otros) que, en su caso, pudiera proporcionar se entenderá que la UCV (y, en concreto, el investigador/a o equipo de investigación) está autorizado, de forma expresa, para el tratamiento y, en su caso, cesión o comunicación. Así, informamos que sus datos pudieran ser cedidos o comunicados a las entidades o profesionales, sanitarios o científicos, en los supuestos necesarios para el desarrollo, control y seguimiento de un estudio epidemiológico.

De conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, presentando una solicitud por escrito, acompañada de una fotocopia de su D.N.I., Pasaporte, N.I.E. u otro documento de identificación equivalente, dirigida a la Secretaria de la Universidad Católica de Valencia – LOPD INVESTIGACIÓN C/ Quevedo, 2 46001 de Valencia.

De acuerdo con lo anterior, **CONSIENTO** al personal de la UCV a que trate mis datos personales, en las condiciones y términos expuestos. Y, como prueba de conformidad, suscribo la presente.

En....., a ..... de ..... de 20....

Nombre ..... y Apellidos: .....  
D.N.I.:.....  
Fdo.

**Nota.-** En caso de actuar como tutor o representante legal de la persona objeto de estudio, por tratarse de un menor de 14 años y/o padecer una discapacidad, física o psíquica.

Nombre ..... y Apellidos: .....  
D.N.I.:.....  
Fdo.