



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO EN LOGOPEDIA

TRABAJO FIN DE GRADO

CURSO ACADÉMICO 2022-2023

“ESTIGMATIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO LOGOPÉDICO”

“STIGMATIZATION OF MENTAL HEALTH IN THE FIELD OF SPEECH THERAPY”

AUTORA: IRENE MARÍA DURÁN GONZÁLEZ

TUTORA: TERESA CLARA GONZÁLEZ SANGUINO



Índice

1. <i>Introducción</i>	7
2. <i>Marco teórico</i>	8
2.1 La salud mental y los problemas de salud mental:.....	8
2.2 Estigma	9
2.3 Relación de la salud mental con la logopedia.....	11
2.4 Estigma entre los profesionales sanitarios y estudiantes	13
3. <i>Estudio</i>	15
3.1 <i>Introducción</i>	15
3.2 <i>Objetivos</i>	16
3.3 <i>Metodología</i>	16
3.4 <i>Discusión y conclusiones</i>	42
3.5 <i>Limitaciones y futuras líneas de investigación</i>	46
Bibliografía	47
Anexos.....	50

Índice de tablas

1. TABLA 1: Estado Civil.....	22
2. TABLA 2: Estado ocupacional en la vida laboral.....	23
3. TABLA 3: Último curso de formación que han recibido en logopedia.....	23
4. TABLA 4: En caso de trabajar como logopeda, los años que llevan ejerciendo.....	24
5. TABLA 5: Información específica recibida durante sus estudios de Logopedia.....	25
6. TABLA 6: Opinión sobre si la información aportada durante sus estudios sobre la Salud Mental es suficiente.....	26
7. TABLA 7: Escala de familiaridad con la salud mental	27
8. TABLA 8: Escala CAMI 12.....	30
9. TABLA 9: Escala AQ-9.....	32
10. TABLA 10: Escala de Distancia Social.....	34
11. TABLA 11: Escala CAMI 12 en función de la variable “ocupación”.....	35
12. TABLA 12: Escala AQ-9 en función de la variable “ocupación”	37
13. TABLA 13: Escala de Distancia Social en función de la variable “ocupación”	40

Índice de figuras

1. FIGURA 1: Gráfico de barras: años trabajados como logopeda.....	25
2. FIGURA 2: Gráfico de barras: Contacto con la salud mental.....	28
3. FIGURA 3: Gráfico de barras: CAMI 12.....	30
4. FIGURA 4: Gráfico de barras: AQ-9.....	33
5. FIGURA 5: Gráfico de barras: Escala de Distancia Social.....	34
6. FIGURA 6: Diagrama de cajas: CAMI 12 en función de la ocupación laboral de la muestra	36
7. FIGURA 7: Gráfico de barras: Factores que forman la escala CAMI 12 en función de la ocupación laboral de la muestra	36
8. FIGURA 8: Diagrama de cajas: AQ-9 en función de la ocupación laboral de la muestra.....	38
9. FIGURA 9: Gráfico de barras: Factores que forman la escala AQ-9 en función de la ocupación laboral de la muestra	39
10. FIGURA 10: Diagrama de cajas: Escala de Distancia Social en función de la ocupación laboral de la muestra	41
11. FIGURA 11: Gráfico de barras: Situaciones planteadas en la Escala de Distancia Social en función de la ocupación laboral de la muestra	41

Resumen:

El estigma asociado a los problemas de Salud Mental es un tema que se encuentra presente en la sociedad, así como en el ámbito profesional sanitario. Se requieren estudios que midan el nivel de estigma en los sanitarios, el motivo principal es que, el estigma presente en este ámbito puede condicionar el trato y la intervención con el paciente por medio de comportamientos, actitudes y pensamientos negativos. La logopedia, al pertenecer a la rama sanitaria y mantener contacto directo con pacientes con problema de salud mental, precisa del mismo estudio realizado en otras titulaciones que mida el nivel de estigma en el ámbito logopédico, ya que no se ha encontrado ninguno.

Para ello, se realiza un estudio de tipo descriptivo transversal dirigido al ámbito logopédico mediante un cuestionario, el cuál recoge los datos de interés sociodemográficos, evaluación de la información recibida sobre Salud Metal y contacto con ella, así como medición del estigma por medio de la Escala CAMI 12, Escala AQ-9 y la Escala de Distancia Social. Dicho cuestionario es realizado por estudiantes del Grado de Logopedia en la Universidad de Valladolid, así como graduados, empleados y desempleados que pertenezcan al ámbito de la logopedia.

Tras analizar los datos recogidos por medio de la encuesta, recogiendo los datos de interés, los resultados muestran un estigma medio-alto presente en el ámbito logopédico, más concretamente, encontramos actitudes y pensamientos negativos, atribuciones hacia las personas con problemas de salud mental, así como un elevado deseo de distancia social hacia dichas personas. Del mismo modo, mediante el análisis de datos en función de variables, comprobamos que dentro del ámbito logopédico no hay diferencias referentes al estigma que sean significativas entre estudiantes del grado y empleados/as activos como logopedas.

Finalmente, se resalta la importancia del conocimiento del estigma en las áreas de la salud, para poder combatirlo mediante la realización de diferentes programas que lo disminuyan o la divulgación de información y formación en los diferentes ámbitos sanitarios, entre ellos, la logopedia, para que el trato del paciente con problemas de salud mental no se vea influenciado por el estigma.

Palabras Claves: Estigma, Salud Mental, Logopedia, Estudio, Intervención, Escala, Información.

Abstract:

The stigma associated with Mental Health problems is an issue that is present in society, as well as in the healthcare professional field. Studies are needed to measure the level of stigma in healthcare professionals, the main reason being that the stigma present in this field can condition the treatment and intervention with the patient through negative behaviors, attitudes and thoughts. Speech therapy, as it belongs to the health branch and has direct contact with patients with mental health problems, requires the same study carried out in other degrees to measure the level of stigma in the field of speech therapy, as none has been found.

For this purpose, a cross-sectional descriptive study has been carried out in the field of speech therapy by means of a questionnaire, which collects socio-demographic data of interest, assessment of the information received about Mental Health and contact with it, as well as measurement of stigma using the CAMI 12 Scale, AQ-9 Scale and the Social Distance Scale. This questionnaire is carried out by students of the Speech Therapy Degree of the University of Valladolid, as well as graduates, workers and unemployed people belonging to the field of speech therapy.

After analyzing the data collected by means of the survey, collecting the data of interest, the results show a medium-high stigma present in the speech therapy field, more specifically, we found negative attitudes and thoughts, attributions towards people with mental health problems, as well as a high desire for social distance towards these people. Similarly, by analyzing the data according to variables, we found that within the speech therapy field there are no significant differences in terms of stigma between undergraduate students and those employed as speech therapists.

Finally, the importance of knowledge of stigma in health areas is highlighted, in order to combat it through the implementation of different programs to reduce it or the dissemination of information and training in different health areas, including speech therapy, so that the treatment of patients with mental health problems is not influenced by stigma.

Keywords: Stigma, Stigma, Mental Health, Speech Therapy, Study, Intervention, Scale, Information.

1. Introducción

El estigma es un constructo social presente en muchos ámbitos, pero en especial, en lo que respecta a salud mental, creando y provocando de esta manera barreras a nivel social o de integración hacia las personas con algún tipo de problemas de salud mental a los que deben hacer frente. Generalmente, el estigma es una conducta o pensamientos negativos que influyen en los actos y/o pensamientos sociales, que provocan una clara alteración del comportamiento o de la actitud a como lo haríamos sin estar condicionados. Por ello, las personas con problemas de salud mental tienen que luchar de manera continua con la sintomatología asociada a la salud mental, así como a la suma de factores sociales y prejuicios que se han ido estableciendo por la influencia del estigma causando grandes repercusiones en el entorno disminuyendo su calidad de vida.

Los logopedas, al pertenecer al ámbito sanitario debemos atender a personas que presentan problemas de salud mental, en unos casos presentarán sintomatología asociada del lenguaje o de la comunicación a dichos problemas y, en cambio, en otros casos los pacientes recibirán intervención logopédica por sintomatología ajena a los problemas de salud mental, pero esta convive de manera paralela en el paciente. Por ello, en estos casos, el logopeda formará parte de un equipo multidisciplinar, teniendo en cuenta que, si se encuentran condicionados por el estigma, la intervención de estos pacientes también se verá condicionada.

Por tanto, se considera que la información recibida acerca de la Salud Mental es escasa al no ser un tema de intervención directa para los logopedas, ya que, únicamente se reciben definiciones sobre algunas de las patologías que forman parte de este ámbito, pero se desconoce cómo debe ser la interacción con el paciente o los factores que se deben tener en cuenta a la hora de intervenir. Es decir, se desconoce cómo debe ser la actuación profesional frente a los problemas de Salud Mental.

Con este estudio se pretende aportar información relevante al campo de la logopedia con el fin de erradicar el estigma social que influye en las personas con problemas de salud mental, así como la necesidad de facilitar información sobre la salud mental, ya que no se ha encontrado ningún estudio que refleje estos datos.

2. Marco teórico

2.1 La salud mental y los problemas de salud mental:

La salud mental es un tema ampliamente presente en la sociedad, debido a que se calcula alrededor de 450 millones de personas experimentan un problema de salud mental o del comportamiento. En España, se estima que el 9% padece algún tipo de trastorno mental, y ese porcentaje aumentará debido a que alrededor de un 15% de la población lo hará a lo largo de sus vidas. Según la Organización Mundial de la Salud (1948), más de un millón de personas experimentarán un problema de salud mental de diferentes intensidades y duraciones a lo largo de su vida. Por tanto, es fundamental que los profesionales pertenecientes al ámbito de la salud brinden importancia al trato, tratamiento y cuidados adecuados de estos pacientes (Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2015).

Del mismo modo, debemos tener en cuenta que la OMS (Organización Mundial de la Salud) define la salud mental como el término donde la base del bienestar personal y la capacidad de funcionar debe ser efectiva y eficaz tanto de manera individual como en la sociedad, siendo elementos esenciales para la expresión de emociones, interacción con el entorno y la capacidad de experimentar satisfacción. Por ello, es crucial que las personas, las comunidades y la sociedad mantengan como prioridad la protección y el establecimiento de la salud mental (Organización Mundial de la Salud., 1948).

También debemos tener presente la definición descrita mediante el DSM 5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los problemas de Salud Mental, tanto en adultos como en niños) donde se define la enfermedad mental como el síndrome que define una condición en la que la persona experimenta cambios significativos de su propio estado cognitivo, regulación emocional o comportamiento, indicando un problema en los procesos mentales subyacentes, de naturaleza psicológica, biológica o relacionada con el desarrollo. Por lo general, los trastornos mentales van unidos a un alto nivel de estrés o discapacidad, creando una limitación en el desempeño de actividades sociales, laborales u otras actividades consideradas importantes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Del mismo modo que encontramos diversidad de definiciones sobre Salud Mental, encontramos variedad en los términos que hacen referencia a ella, donde existen asociaciones

y movimientos sociales quienes señalan que la utilización de términos como “trastorno” o “enfermedad mental” provocan un malestar en la población, causado por la estigmatización a la que dan lugar. La falta de consenso en cuanto a la terminología refleja el malestar influenciado por el estigma y la discriminación que acompaña a los problemas de salud mental (González, 2021).

Las clasificaciones en las que se dividen los problemas de salud mental y, por tanto, la clasificación que ofrece el DSM-V debemos tenerlas presentes ya que está conformado por diversos problemas de salud mental y no se trata de una unidad única y homogénea, por ello los descritos son: trastorno del neurodesarrollo, psicóticos y del espectro de la esquizofrenia, bipolares y relacionados, del estado de ánimo, de la ansiedad, obsesivos compulsivos y relacionados, relacionados con sucesos traumáticos y estresores, disociativos, somáticos, de la conducta alimentaria, de la eliminación, del sueño, sexuales y de la identidad sexual, conductuales y del control e impulso, relacionados con el consumo de sustancias adictivas, neurocognitivos, de la personalidad, parafilias y otros.

También debemos conocer y tener en cuenta la existencia de diferentes los grados de afectación en los problemas de salud mental, ya que podemos encontrar que los clasificados como “problemas de salud mental graves” presentan mayor tendencia a la estigmatización, ya sea por desconocimiento o por la imagen que se ha implementado en la sociedad frente a estos.

2.2 Estigma

Aunque existen diversas definiciones sobre el estigma, la primera y por ello, apoyada por muchos autores es la definición de Goffman (1963), quien define el estigma como un atributo que rebaja el valor hacia la persona, llegando al desprecio y de grado de quien es portadora de ello. Por consiguiente, en la sociedad se interpreta como algo perjudicial y negativo o desfavorable, generando reacciones negativas hacia las personas por poseer dicha condición, tener un problema de salud mental.

Debemos resaltar que según Muñoz (2009), Corrigan et al. (2004) y Livingston et al. (2010) el estigma en los problemas de salud mental se trata de un fenómeno complejo en los que se presentan diversos niveles de comprensión y análisis, por ello, se resaltan diferencias entre los

diferentes tipos de estigmas de los cuales habla: estigma estructural, social y personal. El estigma estructural es aquel que se encuentra presente en el ámbito legal o institucional, así como en normas, políticas y procedimientos, los cuales crean una barrera sobre los derechos y oportunidades de las personas que presentan problemas de salud mental. Esto lleva consigo a implementar en la sociedad diferentes creencias y actitudes hacia los colectivos generando repercusiones y barreras en su cotidianidad, tratándose del estigma a nivel público o social. De la misma manera, influyendo directamente sobre este colectivo, se produce el estigma personal, ya que estas personas interiorizan un sentimiento negativo hacia sí mismos donde se ven condicionados y aceptan los estereotipos que le ha impuesto la sociedad que les rodea (Zabaleta et al., 2023).

Un claro ejemplo de lo comentado anteriormente aplicado al ámbito de la logopedia sería, dentro del estigma estructural, las ayudas y servicios especiales hacia las personas que presentan problemas de salud mental, encasillándolas de manera diferente al resto de pacientes que no los presentan. Esto provoca que cuando acudan a la consulta de logopedia el profesional prejuzgue al paciente mediante pensamientos negativos o su conducta se vea influida, ya que puede presentar miedo, deseo de distancia social, mayor implicación en ayudar e incluso cambiar su metodología de intervención en función de las creencias del profesional impuestas por la sociedad. De tal modo, el paciente capta dichos estímulos creando barreras en el desarrollo de su propia intervención, interiorizando los cambios de actitudes y distanciamiento hacia su persona creando pensamientos y actitudes negativas en la propia persona que provocan que los estigmas creados por la sociedad se cumplan.

De acuerdo con los modelos psicosociales (Ottati et al., 2005), el estigma se hace presente manifestándose mediante tres aspectos del comportamiento social que debemos tener en cuenta: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. En primer lugar, los estereotipos son aquellos conocimientos aprendidos y adquiridos por la sociedad en base a las características que generalizan las características que representan un grupo de personas. Cuando estos estereotipos se aplican y generan reacciones emocionales negativas se procede a generar prejuicios sociales. Estos prejuicios cuando se expresan mediante actitudes o valoraciones negativas dan lugar a la discriminación afectiva, creando rechazo hacia las personas con problemas de salud mental.

Los estereotipos creados suelen ir ligados o asociados con la percepción de niveles de peligrosidad, actos violentos, responsabilidad en base a la enfermedad, debilidad del carácter o personalidad, incompetencia o incapacidad para realizar tareas, imprevisibilidad, reacciones o falta de control (Muñoz, 2009) así como las añadidas por la Estrategia Andaluza contra el Estigma en la Salud Mental (2022) donde se menciona que las personas con problemas de salud mental nunca se recuperan y no existe esperanza para ellas, no pueden tolerar el estrés de tener un empleo, son especiales, no pueden llevar una vida normal o que estas personas deben estar encerradas para mejorar.

El motivo por el que los problemas de salud mental se hagan persistentes en la sociedad, es causado en gran parte por la educación e información que recibimos de manera continuada, así como la influencia de los medios de comunicación que forman parte de los canales de información que difaman y difunden estas ideas erróneas acerca de la Salud Mental. Es por este mismo motivo que existen asociaciones y organizaciones que defienden y están comprometidas con la Salud Mental luchando y trabajando para poder eliminar estas ideas de la sociedad y disminuir la estigmatización existente frente a los problemas de salud mental (Comisión de las Comunidades Europeas, 2006).

2.3 Relación de la salud mental con la logopedia

Desde el punto de vista del ámbito logopédico y de su tratamiento, los logopedas se verán involucrados en el ámbito de la salud mental debido a los trastornos asociados que se hacen presentes a través de alteraciones del lenguaje y de la comunicación en pacientes con problemas de salud mental, como puede ser entre ellos, la esquizofrenia. Este trastorno clasificado dentro de los “problemas de salud mental graves”, desde la visión del tratamiento logopédico presenta mayor sintomatología de interés asociada al lenguaje, habla y comportamiento que el resto de trastornos implicados en los problemas de salud mental.

Algunos de los síntomas que pueden estar presentes en los pacientes de salud mental grave, según Belinchón (1988) pueden ser, alteraciones del discurso verbal de los pacientes, incoherencia, falta de comprensibilidad del habla o descarrilamiento de las ideas del discurso. Del mismo modo, desde el punto de vista lingüístico, se presentan principalmente dificultades a nivel semántico y pragmático, destacando de este modo dificultades en la comprensión del

significado de palabras, así como déficit en el almacenamiento, la recuperación y organización de la información semántica. En estos pacientes, también se hace presente la aparición de neologismos y parafasias semánticas durante el discurso, dificultando la estructuración y comprensión del mensaje. Referente a la pragmática se comprueban dificultades en el lenguaje llamado indirecto o implícito, así como la comprensión de la ironía o los refranes en el discurso, ya que comprenden de una manera literal.

Otros de los aspectos a resaltar a nivel logopédico y que podemos intervenir entorno a los problemas de salud mental son: los trastornos del habla y del lenguaje, los trastornos de la comunicación social, trastornos del aprendizaje, así como alteraciones en la voz como efecto secundario a la etiología relacionada.

Los trastornos del habla y del lenguaje que podemos encontrar presentes en estos pacientes ya sea por asociación o producidos a consecuencia directa del problema de salud mental en sí, pueden ser, la tartamudez o disfemia, disartria, afasia o trastornos específicos del lenguaje. Encontrando que la disfemia puede estar asociada a la ansiedad y/o estrés, así como el resto puede aparecer como coexistencia de trastornos como el espectro autista u otros trastornos del neurodesarrollo (Redmond, 2003).

Por otro lado, otro de los aspectos a intervenir por parte del ámbito logopédico, es la intervención de los trastornos de la comunicación social, debido a que en el caso de los trastornos del espectro autista (TEA), aun teniendo una base neurológica, afecta de manera directa a la salud mental del paciente. Por tanto, el logopeda debe dotar de habilidades de comunicación social, mejorar la comprensión y mejoras de las interacciones sociales de las personas (Paul, 2012).

Del mismo modo, los trastornos del aprendizaje como es el caso de la dislexia o discalculia pueden estar estrechamente ligados a los problemas de salud mental como es el claro ejemplo de la ansiedad, baja autoestima o la frustración. El ámbito logopédico interviene de manera directa para mejorar las cualidades y habilidades lingüísticas y de lectoescritura (Cappelli et al., 2017).

Debemos tener en cuenta que al igual que en muchos otros ámbitos, la logopedia forma parte de una intervención multidisciplinar. Es decir, necesitamos mantener el contacto continuo con otras áreas y profesionales para poder llevar a cabo una intervención y tratamiento efectivo.

Este equipo multidisciplinar estará formado por diversos profesionales que intervienen en el trato al paciente de manera conjunta, manteniendo una comunicación continua en función de las necesidades individuales que presente el paciente. Por tanto, la intervención logopédica favorecerá su participación en el ámbito social, interaccionando con los diferentes entornos, así como el desarrollo de diferentes habilidades.

2.4 Estigma entre los profesionales sanitarios y estudiantes

Las actitudes frente a los problemas de salud mental están determinadas por el conocimiento y creencias que se tiene sobre la salud mental de las personas, siendo la educación un pilar fundamental para cambiar la mentalidad hacia estos problemas, inclinándonos cada vez más hacia una actitud positiva. Es necesario conocer estos datos para poder establecer con posterioridad estrategias educativas acorde a las necesidades y a la intervención (Zabaleta et al., 2023). Por ello, tal y como se observa en estudios existentes, se mantiene estigma elevado entre los estudiantes, como es el caso estudio realizado por Zabaleta (2023) o en el realizado por Saavedra (2021), donde la población diana a la que van dirigida sus estudios son los estudiantes, ya que serán los futuros profesionales sanitarios que tendrán que enfrentarse a dichos estigmas e intervenir con personas con problemas de salud mental, teniendo en cuenta que si presentan un alto grado de estigma se afianzará una barrera entre paciente y profesional.

Del mismo modo, como es el caso del estudio realizado al personal sanitario no perteneciente al Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, presentaron actitudes estigmatizantes donde se reflejaron estereotipos, prejuicios y distancia social tanto dentro como fuera del ámbito sanitario, en reflejo a la impredecibilidad, violencia e incurabilidad, así como a la incomodidad, temor y rechazo. La distancia social deseada disminuye cuando la situación implica menor presencia de intereses personales. (Gil et al., 2016). Otro estudio que mide el estigma en especialistas sanitarios, donde se encuentran resultados similares es el realizado en formación en Asturias por López-López (2023). Del mismo modo, podemos encontrar estudios en los que el personal sanitario obtiene puntuaciones superiores a la población en cuanto a los estereotipos, así como aumento del deseo de distancia social frente a las personas con problemas de salud mental (Nordt et al., 2006).

Por ello, según Corrigan et al. (2015) existen principalmente tres estrategias para reducir el estigma social en este ámbito: protesta, educación y contacto social. La referencia hacia la protesta se enfoca en señalar las representaciones inexactas y hostiles que se hacen de las personas con problemas de salud mental, desafiando de esta manera los estereotipos impuestos por la sociedad. Sin embargo, no se ha demostrado efectiva, ya que, aunque puede reducir las ideas negativas hacia los problemas de salud mental, no las reemplaza por representaciones más cercanas a la realidad (Reinke et al., 2004).

La educación se enfoca en cambiar los diferentes mitos y estereotipos que tratan los problemas de salud mental cambiándolos hacia otros que los contrarresten. Del mismo modo, las investigaciones sobre el contacto social (Holmes et al., 1999) han demostrado ser la estrategia más efectiva de las tres mencionadas para reducir las actitudes estigmatizantes mediante prejuicios y conductas discriminatorias. Esta estrategia se basa en fomentar la interacción de la población diana con personas que presentan problemas de salud mental, siendo menos probable que se mantengan actitudes prejuiciosas, proporcionándose de esta manera evidencia contra dichas actitudes.

Por todo ello, se evalúa con este estudio presente a la población diana referente al personal sanitario, ya que la logopedia forma parte de este ámbito. Si los sanitarios presentan creencias estigmatizantes hacia sus propios pacientes, se traducirá en una barrera en la que se interponen creencias y diferencias en el trato y cuidado hacia los pacientes con problemas de salud mental, así como la evitación, rechazo y miedo. Por consiguiente, es necesario el abordaje de este estigma desde la base, es decir, desde el conocimiento de la salud mental y sus implicaciones.

En los diferentes estudios encontrados comprobamos que los estudiantes, centrándonos más concretamente en los estudiantes pertenecientes a Ciencias de la Salud presentan niveles de estigma, así como puntuaciones más elevadas tras la aplicación del cuestionario CAMI en los factores de Benevolencia e Ideología comunitaria (Zabaleta et al., 2023). De este mismo modo, se observa que los estudiantes presentan un nivel de estigma similar al de la sociedad debido a que al ser jóvenes se encuentran influenciados a mayor nivel, así como la aún falta de conocimientos concretos acerca de la salud mental. Así mismo, encontramos otras investigaciones en la que los datos son llamativos debido a que reflejan mayor estigmatización

en profesionales pertenecientes al ámbito de la salud que en la población en general (Lawrie et al., 1996).

El análisis de la escala de Atribuciones en diferentes estudios, muestran los datos representativos a las subescalas que la conforman, indicando que, en su mayoría a excepción de la Ira, Responsabilidad y Coacción, presentan buenas propiedades psicométricas similares a otros resultados de estudios anteriores (Brown, 2008; Corrigan et al., 2002; Muñoz et al., 2015)

Debemos resaltar que no se han encontrado estudios referentes al ámbito de la logopedia y por ello no podemos comparar ni correlacionar los resultados obtenidos frente a otros de evidencia científica, únicamente apoyándonos en estudios en los que se mide el estigma en estudiantes y profesionales de la salud, así como en los de la población en general.

3. Estudio

3.1 Introducción

Cómo se ha ido exponiendo a lo largo de este Trabajo Fin de Grado, los problemas de salud mental han estado de manera continua a lo largo de los años presentes en la sociedad, considerándose desde diferentes perspectivas y concepciones, pero no es hasta hace relativamente poco tiempo cuando se han empezado a desarrollar las diferentes estrategias y planes que permiten mejorar la salud mental de las personas con la finalidad de reducir el avance de la sintomatología o la prevención de esta.

El estudio presente se caracteriza por tener un diseño metodológico de tipo transversal-descriptivo y mixto. Siendo el principal objetivo del estudio analizar y valorar la estigmatización sobre la salud mental en el ámbito logopédico, midiendo distintos elementos en personas que forman parte de la logopedia, tanto de los estudiantes como de los trabajadores.

A raíz de los resultados obtenidos se llevará a cabo la correspondiente discusión dando lugar a diferentes propuestas de intervención sobre las que incidir para llegar a una reducción del estigma presente en este campo.

3.2 Objetivos

Objetivo general:

El objetivo del estudio fue evaluar el estigma en el ámbito de la logopedia, tanto en estudiantes del grado de logopedia en la Universidad de Valladolid como en profesionales que ejercen la profesión.

Objetivos específicos:

Realizar el análisis descriptivo del estigma existente sobre los problemas de salud mental en el ámbito de la logopedia.

Realizar el análisis descriptivo del estigma existente sobre los problemas de salud mental en base a la variable sociodemográfica "Ocupación", si se es estudiante o si se ejerce activamente de logopeda en la actualidad.

Analizar las diferencias en base a los resultados obtenidos entre estudiantes y logopedas trabajando en activo.

3.3 Metodología

3.3.1 Procedimiento

Se llevó a cabo una investigación de tipo descriptiva-transversal, donde la población diana fueron las personas pertenecientes al ámbito de la logopedia, estudiantes de la Universidad de Valladolid, graduados o logopedas trabajando en activo. El estudio se caracteriza por ser mixto, es decir, incluir ítems tanto cualitativos como cuantitativos, formándose a partir de un muestreo no probabilístico o bola de nieve.

Para la recopilación de datos, se crea un cuestionario mediante el cual se recogen los datos de interés, así como las escalas que queremos evaluar y analizar posteriormente. Una vez creado, se solicitó al Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Área de Salud de Valladolid la aceptación para poder divulgarlo y de esta manera comenzar la recopilación de los datos.

Por tanto, uno de los primeros pasos para iniciar el proceso fue la aceptación por parte del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Área de Salud de Valladolid quienes certificaron dicha aceptación en la reunión celebrada el 2 de febrero de 2023. Consideraron

que el proyecto contemplaba los Convenios y Normas establecidos. Documento adjunto en Anexos (Anexo I).

Una vez aceptado, se procedió a la creación del cuestionario en la plataforma online “Qualtrics” y divulgación del cuestionario, el cual se puede ver en detalle en el Anexo II.

Para iniciar el cuestionario se realizó un consentimiento informado donde se recogió el principal objetivo del estudio, así como las instrucciones a seguir durante el proceso con el fin de que los participantes dieran el consentimiento a utilizar sus datos de manera anónima y voluntaria, encontrado en el inicio del Anexo II.

Como se menciona anteriormente, se diseñó el cuestionario online a través de la plataforma “Qualtrics”, donde este mismo se dividiría en diferentes apartados: (1) Consentimiento informado, (2) datos sociodemográficos, (3) preguntas sobre contacto acerca de la información recibida sobre la salud mental, (4) escala de familiaridad con la salud mental, (4) escala CAMI12, (5) Escala AQ-9 y (6) Escala de distancia social Link 1987. Con la obligatoriedad de contestar todas las preguntas para poder pasar a la siguiente.

Una vez finalizado el cuestionario y revisado, se procedió a su difusión. Esto se realizó por medio de mensajería instantánea como es la aplicación móvil denominada “WhatsApp” con un mensaje introductorio (Anexos), indicando la información abreviada sobre la investigación, así su contenido para su posterior difusión entre contactos pertenecientes al ámbito de la logopedia, realizándose de esta manera la bola de nieve hasta obtener la muestra mostrada en el estudio.

Finalmente, tras recoger la muestra suficiente, se cerró el cuestionario online para que ninguna persona más pudiese cumplimentarlo y proceder a realizar el análisis de datos correspondiente. Dicho análisis se realizó a través del programa denominado IBM SPSS 26, interpretando y tratando los datos recogidos con anterioridad. Usamos de esta manera los datos estadísticos descriptivos de los diferentes ítems que forman la encuesta (Frecuencia, porcentajes, media y desviación típica).

Para llegar a la interpretación y tratamiento de los datos tuvimos que realizar un filtrado de los datos y limpiar la base de datos procedente de “Qualtrics”, en la que se eliminaron aquellos datos de las personas que no habían respondido todas las preguntas, es decir, habían dejado preguntas sin contestar o simplemente no habían finalizado la encuesta.

3.3.2 Muestra

La muestra total se constituyó de 130 personas (N=130) pertenecientes al ámbito de la logopedia, estudiantes, graduados, empleados y desempleados a los que se les invitó a participar voluntariamente en la investigación rellenando el formulario facilitado. El grupo de estudiantes forma parte de la Universidad de Valladolid, mientras que la muestra recogida respecto a las personas que han finalizado el grado es independiente a la Universidad.

Los criterios de inclusión fueron: (1) pertenecer al ámbito de la logopedia: ser estudiante o graduado en logopedia, (2) desear participar voluntariamente en el estudio, (3) cumplimentar debidamente todos los ítems del cuestionario. Por otro lado, no había criterio de exclusión.

Tras hacer una revisión exhaustiva de los datos se eliminaron aquellas muestras que no cumplían los criterios de inclusión y exclusión. De esta manera, la muestra final se compuso de 124 participantes entre 18 y 53 años (siendo la media de 25,65 años y la edad más repetida, 23), de los cuales 117 era mujeres (94,4%) y 7 eran hombres (5,6%). El resto de las características sociodemográficas serán descritas en el apartado de “resultados”.

3.3.3 Variables e instrumentos

La evaluación consistió en la administración de un cuestionario compuesto por las siguientes preguntas y escalas (Anexos II):

Características sociodemográficas: Constituido por preguntas de creación propia a partir de los datos deseados a obtener como género (masculino, femenino o no binario/tercer género), edad (los participantes debían escribir la cifra perteneciente a sus años), estado civil (Pareja estable/ casado/a, Soltero/a o Divorciado/a/ Separado/a/ Viudo/a), ocupación en el ámbito logopédico (Estudiante, Empleado/a, Desempleado/a o Jubilado/a), curso al que pertenezca en caso de ser estudiante o cuál ha sido el último cursado (1º, 2º, 3º, 4º, Graduado o Postgrado) o en caso de ser trabajador, cuántos años lleva ejerciendo de logopeda (escribiéndolo en el espacio indicado para ello).

Formación sobre salud mental: Del mismo modo que las preguntas en el apartado de datos sociodemográficos, estas preguntas que forman parte del cuestionario han sido de creación propia para poder valorar el grado de contacto que tienen los participantes con la información/formación a cerca de la salud mental y si consideran que es suficiente para un posterior trato

con posibles pacientes. Para ello, las preguntas fueron: “*Ha recibido formación específica durante sus estudios sobre salud mental?*” y “*Considera que es suficiente la información recibida para atender de forma adecuada a una persona con problemas de salud mental?*”, siendo para ambas preguntas “Sí” y “No” las opciones de respuesta.

Escala de familiaridad con la salud mental: Traducida de “Mental Health Knowledge Schedule” (King.,1997). Constituida por 11 ítems con los que se pretende medir el conocimiento y la experiencia de las personas en relación con la salud mental. Dicha escala, no tiene una corrección específica ya que su único fin es obtener información sobre la exposición de los problemas mentales. Por ello, no es una medida directa de la estigmatización y debemos utilizar otros cuestionarios o escalas para validar, evaluar y abordar la estigmatización en relación con la salud mental.

Cuestionario CAMI12: Se aplicó la versión reducida de la escala CAMI (Community Attitudes towards Mental Illness) de Taylor y Dear (1981). Dicha escala nos permite evaluar las actitudes y pensamientos de los sujetos hacia pacientes con enfermedades mentales graves.

A la hora de evaluar dicha prueba, debemos tener en cuenta la inversión de alguno de los ítems presentes para calcular el grado de estigma, los ítems son 5, 6, 11 y 12.

La fórmula de corrección correspondiente para evaluar la puntuación total implica el sumatorio de la puntuación de todos sus ítems, siendo la puntuación máxima posible a obtener de 60.

La escala cuenta con subescalas que miden más concretamente según Zabaleta et al. (2013) son:

1. *Autoritarismo* (a mayor puntuación, mayor estigma). Evalúa las opiniones acerca de las personas con enfermedad mental como una clase inferior a las personas que no la padecen. La fórmula de corrección corresponde al sumatorio de los ítems 1, 2, 3 y 4, pudiéndose obtener una puntuación máxima de 20.
2. *Benevolencia* (a menor puntuación, más estigma). Valora las actitudes hacia la acogida y que pueden derivar en actitudes paternalistas. La fórmula de corrección corresponde al sumatorio de los ítems 5 y 6, pudiéndose obtener una puntuación máxima de 10.
3. *Restricción social* (a mayor puntuación, más estigma). Evalúa el potencial peligro para la sociedad y sugiere que, tanto antes como después de la hospitalización, se debe

limitar a las personas con enfermedad mental. La fórmula de corrección corresponde al sumatorio de los ítems 7, 8, 9 y 10, pudiéndose obtener una puntuación máxima de 20.

4. *Ideología comunitaria de salud mental* (a menor puntuación, mayor estigma). Valora las actitudes y creencias relacionadas con la inserción del colectivo en la comunidad y, en la sociedad en general. La fórmula de corrección corresponde al sumatorio de los ítems 11 y 12, pudiéndose obtener una puntuación máxima de 10.

Cuestionario AQ-9: El estigma social se midió aplicando el Cuestionario de Atribución-9 (AQ-9), que es una versión del Cuestionario de Atribución-27 que reduce los 27 ítems originales a nueve (Corrigan et al., 2014). Para este estudio se utilizó una versión en español del AQ-9 (Muñoz et al., 2015), y se seleccionaron los ítems que formaban parte de la versión reducida. Este cuestionario evalúa una serie de constructos que explican las diferentes actitudes, afectaciones y comportamientos relacionados con una hipotética persona que padece una enfermedad mental. Eligiéndose, en este caso, una descripción neutra de la persona (*“Noa es una persona soltera de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Esta persona vive sola en un apartamento y trabaja en una gran firma de abogados. Le han hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad”*) A continuación, se forma de nueve ítems que se midieron mediante una escala tipo Likert con nueve alternativas de respuesta que abarcan desde (1) nada en absoluto hasta (9) Muchísimo. Este cuestionario consta de los siguientes factores: lástima, peligrosidad, miedo, culpa, segregación, ira, ayuda, evitación y coacción. Las puntuaciones más altas demuestran más atributos estigmatizantes, por ello, a mayor puntuación, mayor es la estigmatización (González-Sanguino et al., 2022).

La corrección correspondiente a la escala AQ-9 sería la siguiente:

Puntuación total, el sumatorio de todos los ítems que conforman la escala con un máximo de puntuación de 81. Sin embargo, cada uno de los factores medidos tienen una máxima puntuación de 9 cada uno. A mayor puntuación, mayor estigma.

Escala de distancia social Link.1987: Se utilizó una versión modificada de la escala original de distancia social (SDS) (Link et al., 1987). Se seleccionaron cinco preguntas relativas a la interacción social que mejor se ajustaban a nuestro contexto sociocultural, basándose en una revisión bibliográfica (Corrigan et al., 2001). Senra-Rivera et al. (2008), utilizaron esta misma escala en español y la viñeta en la que se basaron las preguntas en una investigación previa sobre el estigma.

En primer lugar, se presenta una viñeta en la que se describe a una persona neutra que presenta los síntomas típicos de un episodio psicótico de esquizofrenia paranoide (*"García tiene 28 años de edad. Le cuesta relacionarse con los demás, es recelosa, desconfía de la gente y, a veces, cree que todo el mundo está en su contra. En los dos últimos años tuvo tres crisis que duraron, aproximadamente, un mes. Durante estos episodios llegó a creer que la personas que iban por la calle hablaban mal de ella, le seguían o intrigaban para hacerle daño. Actualmente, García tiene un trabajo estable en una oficina"*). A continuación, se registran diferentes preguntas sobre el grado de cercanía que el participante desea tener con la persona de la viñeta (por ejemplo, vecino, empleado, amigo, pareja, cuidador de los hijos). Los ítems se puntúan en una escala tipo Likert con cinco alternativas de respuesta que van desde (1) "nada de acuerdo" hasta (5) "totalmente de acuerdo". Las puntuaciones más bajas indican un mayor deseo de distancia social y, por tanto, mayor estigma (González-Sanguino et al., 2019).

Por tanto, la corrección para esta escala sería:

Puntuación total: sumatorio de todos los ítems planteados, obteniéndose una puntuación máxima de 25. Sin embargo, la corrección de cada ítem tendría una máxima de 5 cada uno. A mayor puntuación obtenida menor deseo de distancia social y, por tanto, menor estigma.

3.3.4 Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos obtenidos se llevó a cabo por medio de analíticas descriptiva. En primer lugar, se procedió a trasladar los resultados obtenidos en el servidor "Qualtrics", donde se habían recogido los datos de la encuesta, al programa "SPSS" en su versión para iOS. En dicho programa, se realizó una limpieza de la base de datos, eliminándose los datos de los encuestados que no habían respondido todas las preguntas que cumplimentaban el formulario, es decir, que no lo habían finalizado.

Una vez limpia la base de datos, se inició el análisis estadístico con SPSS donde para obtener los resultados finales, existen casos donde se han tenido que revalorizar algunos valores. En el caso de la escala CAMI 12, como se ha indicado anteriormente en la descripción de dicha escala, algunos de los ítems tuvieron que ser invertidos según lo indica su propia corrección.

En el caso referente a “*Si trabajas como logopeda, ¿cuántos años llevas ejerciendo?*” se ha producido una revalorización para una mejor interpretación y tratamiento de los datos, donde los datos referentes a haber trabajado menos de un año, se han revalorizado a 0.

Posteriormente, se procedió al examen de las diferentes variables una por una, sociodemográficas, información sobre la salud mental, escala de familiaridad, CAMI12, AQ-9 y escala de Distancia Social. Para finalmente obtener resultados del estigma en función de la variable ocupación de los encuestados, perteneciente a las variables sociodemográficas, realizándose dicho análisis de la variable ocupación a dos niveles: estudiantes y empleado/a en activo en el ámbito logopédico, es decir, ejerciendo de logopeda actualmente.

3.3.5 Resultados

3.3.5.1 Características sociodemográficas de la muestra

En primer lugar, en la *Tabla 1* se puede observar el estado civil total de la muestra, constituida por: pareja estable/ casado/a (46,8%), Soltero/a (53,4%) y Divorciado/a/ separado/a/ viudo/a (0,8%) siendo esta última poco significativa.

Tabla 1:

Estado civil de la muestra (n= 124)

	N	%
Pareja estable/ Casado/a	58	46,8%
Soltero/a	65	52,4%
Divorciado/a/ Separado/a Viudo/a	1	0,8%

En cuanto a la ocupación laboral de las personas que forman parte de la muestra, se puede observar en la *Tabla 2* una mayor presencia de empleados (52,4%) y estudiantes (46,8%) en comparación a los desempleados y jubilados que muestra un porcentaje insignificante de la muestra total.

Tabla 2:

Estado ocupacional en la vida laboral de los encuestados (n=124)

	N	%
Estudiante	58	46,8%
Empleado/a	65	52,4%
Desempleado/a	1	0,8%

En la *Tabla 3*, podemos observar el nivel académico de los encuestados, es decir, si son estudiantes el curso al que pertenecen o en caso de ser graduados cuál ha sido la última formación recibida. Se ve reflejado en los datos que un alto porcentaje ha recibido formación de postgrado tras haber finalizado el grado (33,9%), en cambio el 20,2% la última formación recibida ha sido el último año del grado de Logopedia. Así como el sumatorio de los porcentajes perteneciente a los diferentes cursos de logopedia, el 45,9% pertenece a seguir siendo estudiantes del grado de Logopedia.

Tabla 3:

Último curso de formación que han recibido de logopedia los participantes de la muestra (n=124)

	N	%
1º	16	12,9%
2º	1	0,8%
3º	21	16,9%
4º	19	15,3%
Graduado	25	20,2%
Postgrado	42	33,9%

Del mismo modo, en la *Tabla 4* junto a la *Figura 1*, podemos observar, en caso de trabajar o haber trabajado, los años que se lleva ejerciendo de Logopeda en el ámbito laboral, siendo el mínimo no haber trabajado nunca y el máximo, trabajar durante 25 años. La Mediana en dicha encuesta corresponde a haber trabajado durante 1 año, en cambio, la Media se corresponde a formar parte de la vida laboral durante 3,31 años ($M= 3,31$. $D.T= 5,46$). Tener en cuenta que se ha revalorizado a 0 las respuestas que formaban parte de haber trabajado menos de un año, perteneciendo a este grupo así mismo los que forman parte de ser estudiantes aún.

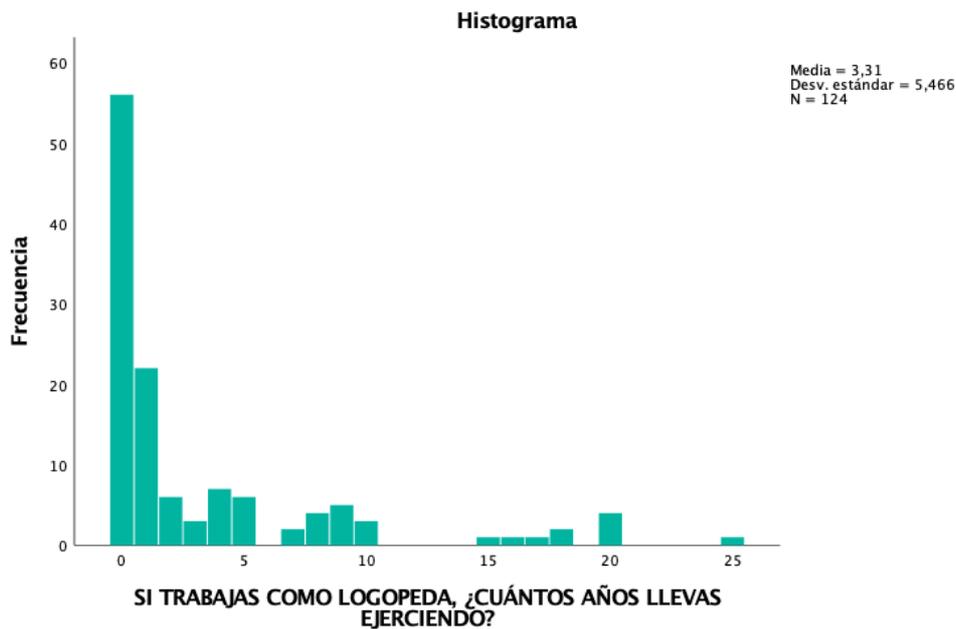
Tabla 4:

En caso trabajar como logopeda, los años que llevan los encuestados ejerciendo de ello. (n=124)

	Estadístico
Media	3,31
Mediana	1,00
Desviación Típica	5,46
Mínimo	0
Máximo	25

Figura 1:

Representación de los años pertenecientes a la vida laboral de la muestra (n=124)



3.3.5.2 PREGUNTAS DE CONTACTO

A la pregunta, ¿ha recibido información específica durante sus estudios sobre la salud mental, podemos observar datos similares de los encuestados que marcaron la opción a que sí habían recibido dicha información (45,2%) respecto a los que marcaron que no (54,8%).

Tabla 5

Información específica recibida durante sus estudios en Logopedia (n=124)

	N	%
Sí	56	45,2%
No	68	54,8%

En cambio, se realizó una segunda pregunta, para comprobar si la muestra de participantes consideraba si dicha información recibida era suficiente para poder atender de manera adecuada a una persona con problemas de salud mental. Las respuestas fueron en su mayoría que la información no era suficiente (95,2%) frente a los participantes que consideraban que sí (4,8%).

Tabla 6

Opinión acerca de si la información aportada durante sus estudios es suficiente (n=124)

	N	%
Sí	6	4,8%
No	118	95,2%

3.3.5.3 FAMILIARIDAD CON LA SALUD MENTAL

En la siguiente tabla (*Tabla 7*) podemos encontrar los resultados obtenidos tras la aplicación de la escala de familiaridad con la salud mental, con la que conocemos el conocimiento y la experiencia de los participantes encuestados. La información obtenida y que podemos destacar tras el análisis de los datos son:

El número de participantes que ha visto a una persona con problemas de salud mental siendo consciente de que los tenía, es similar a los que no (52,4%). En cambio, el porcentaje de los que han visto a una persona por la calle que creían que tenían problemas de salud mental (83,1%) es superior frente a los que no lo creían al verlo.

Una gran mayoría de los encuestados ha visto una película o programa de televisión donde se representaba a una persona con salud mental (93,5%). En cambio, únicamente el 64,5% ha visto un documental en la televisión acerca de un problema de salud mental.

El porcentaje de personas que ve frecuentemente a personas con problemas de salud mental es algo mayor que el que no (37,9%). Existe gran similitud entre los porcentajes de personas que presentan servicios/tratamientos a personas con problemas de salud mental en sus trabajos (50,8%) y los que no.

Más de la mitad de encuestados dicen tener a un amigo de la familia con problemas de salud mental (56,5%). Del mismo modo, el 54,8% presenta un familiar con problemas de salud mental. El 27,4% vive con una persona que los presenta. Finalmente, el 25% dice tener un problema de salud mental.

En la *Figura 2* se representa gráficamente la frecuencia con la que nuestros encuestados mantienen contacto con la salud mental, en la que se asigna el número del ítem al que corresponden junto a su frecuencia dependiendo de la respuesta dada “no/ si”. Dependiendo de dicha frecuencia podemos considerar que los ítems 2, 3, 4, 5 y 8 presentan una familiaridad alta, los ítems 1, 7 y 9 media y, sin embargo, los ítems 6, 10 y 11 una familiaridad baja con la salud mental.

Tabla 7

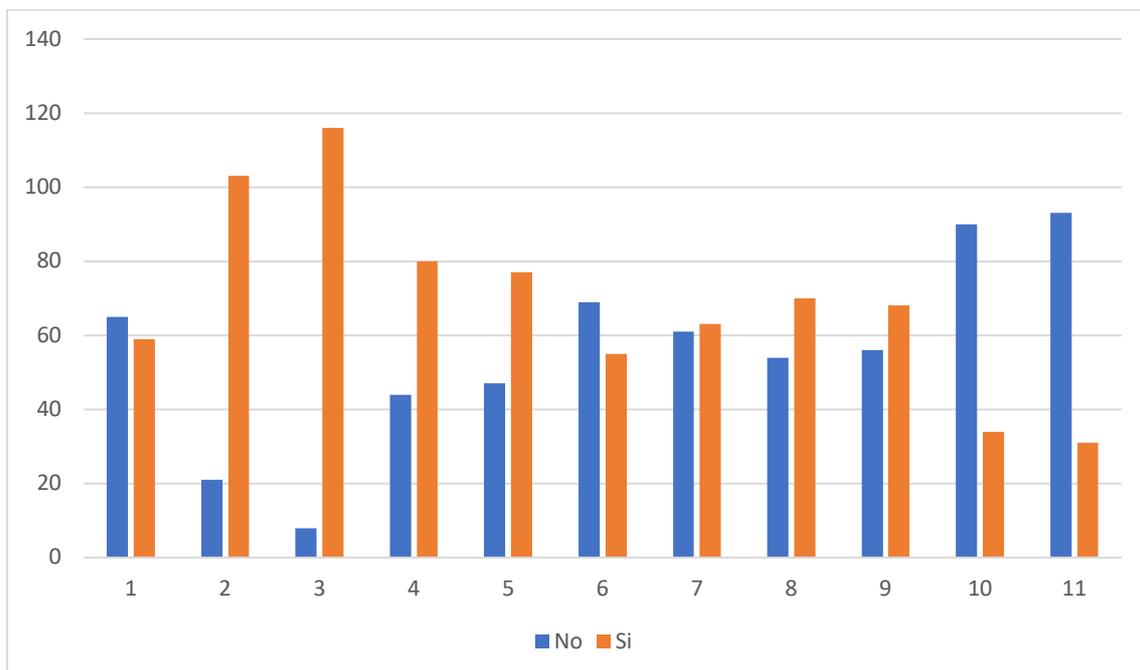
Representación de datos de la escala de familiaridad con la salud mental recogidos por parte de nuestros encuestados (n=124)

Ítem		N	%
1. Nunca he visto a una persona que yo fuera consciente de que había tenido un problema de salud mental.	NO	65	52,4%
	SI	59	47,6%
2. He visto, al pasar, a una persona que creo que pudiera haber tenido un problema de salud mental.	NO	21	16,9%
	SI	103	83,1%
3. He visto una película o programa de televisión en el que un personaje representaba a una persona con un problema de salud mental.	NO	8	6,5%
	SI	116	93,5%
4. He visto un documental en la televisión acerca de un problema de salud mental.	NO	44	35,5%
	SI	80	64,5%
5. He visto, frecuentemente, personas con problema de salud mental.	NO	47	37,9%
	SI	77	62,1%
6. He trabajado con una persona que tuvo un problema de salud mental en mi lugar de trabajo.	NO	69	55,6%
	SI	55	44,4%
7. Mi trabajo proporciona servicios/ tratamiento a personas con problemas de salud mental.	NO	61	49,2%
	SI	63	50,8%

8. Un amigo de la familia tiene un problema de salud mental.	NO	54	43,5%
	SI	70	56,5%
9. Tengo un familiar que tiene un problema de salud mental.	NO	56	45,2%
	SI	68	54,8%
10. Vivo con una persona que tiene un problema de salud mental.	NO	90	72,6%
	SI	34	27,4%
11. Tengo un problema de salud mental.	NO	93	75,0%
	SI	31	25,0%

Figura 2:

Representación gráfica de la frecuencia correspondiente al contacto con la salud mental todos los ítems que conforman la escala por parte de los encuestados. (n=124).



1. *Nunca he visto a una persona que yo fuera consciente de que había tenido un problema de salud mental*
2. *He visto, al pasar, a una persona que creo que pudiera haber tenido un problema de salud mental.*
3. *He visto una película o programa de televisión en el que un personaje representaba a una persona con un problema de salud mental.*
4. *He visto un documental en la televisión acerca de un problema de salud mental.*
5. *He visto, frecuentemente, personas con problema de salud mental.*

6. *He trabajado con una persona que tuvo un problema de salud mental en mi lugar de trabajo*
7. *Mi trabajo proporciona servicios/ tratamiento a personas con problemas de salud mental.*
8. *Un amigo de la familia tiene un problema de salud mental.*
9. *Tengo un familiar que tiene un problema de salud mental.*
10. *Vivo con una persona que tiene un problema de salud mental*
11. *Tengo un problema de salud mental*

3.3.5.4 Actitudes hacia la salud mental

Los resultados **totales** de la escala CAMI12 nos muestran que la media del estigma total y, por tanto, de las actitudes y pensamientos sobre las personas con problemas de salud mental consta de 36,61 puntos, siendo la puntuación máxima de dicho cuestionario de 60. La puntuación máxima obtenida del análisis de datos de 44 y la mínima de 30, por tanto, los datos se encuentran en una media alta. Las puntuaciones no son muy altas, pero no se encuentran por debajo de la mitad del total, es decir, inferior a 30 puntos. (M= 36,61; D.T= 3,35)

Sin embargo, dicha escala cuenta con 4 subescalas dependiendo de los ítems que lo forman. El primero de ellos, el **autoritarismo**, recibe por parte de los encuestados una media de 11,5 puntos (M=11,5; D.T= 2,31) siendo su máxima de 20 puntos con un margen de puntuaciones por parte de los encuestados de 6 puntos como mínimo y 19 como máximo, acercándose al máximo total. A mayor puntuación, mayor estigma.

Respecto a la subescala de **benevolencia** obtenemos una puntuación media de 6,02 situada por encima de la mitad de la puntuación total, 10 puntos (M=6,02; D.T= 0,85). Los límites observados por parte de los encuestados son mínimas 4 y máximas de 10 puntos. Se reducen las puntuaciones, ya que, a menor puntuación, mayor estigma.

En cuanto a la **restricción social** la puntuación media se corresponde a 13,21 con intervalos entre 8 y 19 puntos por parte de los participantes, siendo la máxima de la escala 20 puntos, por tanto, el estigma es mayor que en el resto de los aspectos debido a que este parámetro concluye que a mayor puntuación, mayor estigma. (M=13,21; D.T=2,37)

Por último, respecto a la **ideología comunitaria** obtenemos una puntuación media de 5,87 donde obtenemos el intervalo entre 2 y 9 puntos, siendo la máxima 10. A menor puntuación, mayor estigma, por tanto, en este parámetro el estigma baja. (M= 5,87; D.T= 1,36)

En la Figura 3, se representa gráficamente las medias de las diferentes subescalas que forman parte de la CAMI12. Así como La media total del estigma ofrecido a través de las respuestas a esta misma escala.

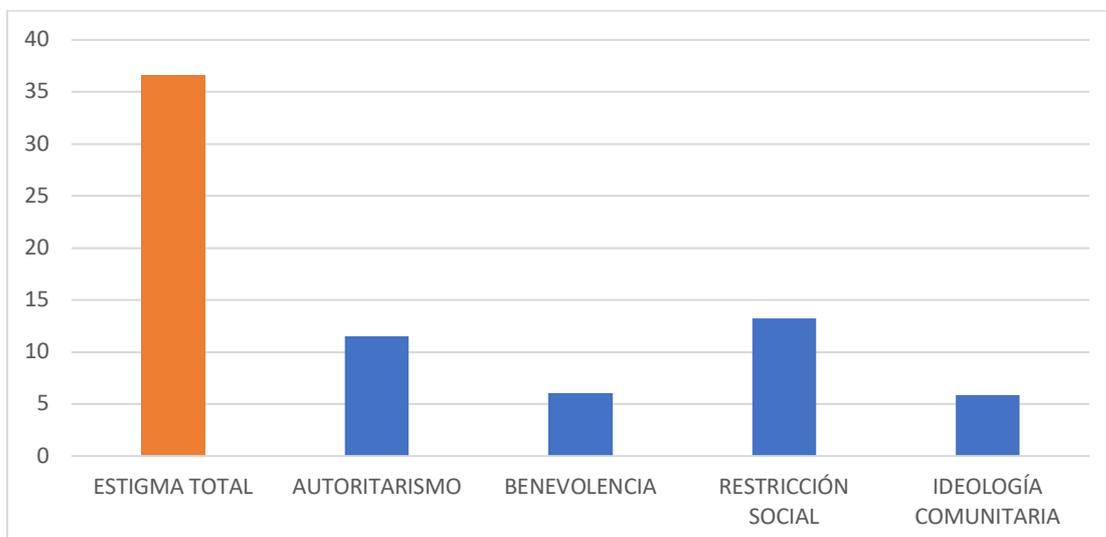
Tabla 8:

Datos descriptivos del sumatorio de todos los ítems de la escala CAMI12, así como de las subescalas que lo forman: autoritarismo, benevolencia, restricción e ideología comunitaria. (N=124)

	Mínimo	Máximo	Media	D.T
ESTIGMA TOTAL	30,00	44,00	36,61	3,35
AUTORITARISMO	6,00	19,00	11,50	2,31
BENEVOLENCIA	4,00	10,00	6,02	,85
RESTRICCIÓN SOCIAL	8,00	19,00	13,21	2,37
IDEOLOGÍA COMUNITARIA	2,00	9,00	5,87	1,36

Figura 3:

Representación gráfica de la media total de la puntuación de la Escala CAMI12 y de las subescalas que conforman dicha encuesta (Autoritarismo, Benevolencia, Restricción Social e Ideología Comunitaria). (n=124)



3.3.5.5 Atribuciones hacia la salud mental

Mediante el análisis de datos podemos obtener que la media se sitúa en 37,06 puntos, donde la máxima puntuación posible a obtener era de 81 y la mínima de 9. La puntuación máxima obtenida por parte de los participantes ha sido de 65, por lo tanto, el estigma global se encuentra por debajo de dicha puntuación valorándose como un estigma medio-alto. (M=37,06; D.T=12,13). Estos resultados se pueden observar en la *Tabla 9*.

Los factores que se miden y valoramos dentro de la escala AQ-9 son los siguientes:

Lástima: Se obtiene una media de 5,60 sobre 9. Incliniéndose las respuestas hacia puntuaciones elevadas, lo que indica sentir pena o lástima hacia la persona con problemas de salud mental. (M=5,60; D.T=2,23)

Peligrosidad: Se obtiene una media de 4,10 sobre 9, existiendo una predominancia hacia los valores más bajos, verificando que la mayoría de los encuestados no considerarían a una persona con problemas de salud mental peligrosos. (M=4,10; D.T=1,96)

Miedo: La media obtenida es de 4,15 y, por tanto, visualizando el histograma correspondiente se puede observar cómo las respuestas se. (M=4,15; D.T=2,25)

Culpa: La media obtenida es de 1,94, lo que concluye que las opciones más repetidas por los encuestados son bajas y por ello, consideran que no es culpa de la persona con problemas de salud mental que se encuentre en su situación. Observando el *Histograma 4* podemos observar que es el factor con la puntuación más baja. (M=1,94; D.T=1,57)

Segregación: La media obtenida es de 3,57 manteniéndose en la media de las puntuaciones. (M=3,57; D.T=2,22)

Ira: La media corresponde a 2,02 por tanto, observando el histograma podemos concluir es de los factores que obtiene menor puntuación media y por ello, las respuestas se inclinan hacia respuestas cercanas a no sentirse enfadado con la persona con problemas de salud mental. (M=2,02; D.T=1,59)

Ayuda: La media de las respuestas corresponde a 6,62 observándose predilección por puntuaciones altas donde los encuestados consideran que sí ayudarían a la persona con problemas de salud mental. (M=6,62; D.T=1,79)

Evitación: La media corresponde a 3,36 puntos donde podemos observar que la mitad de los encuestados tienden a una actitud más próxima del sujeto con problemas de salud mental, mientras que el resto opta por una actitud más evitativa. (M=3,36; D.T=2,36)

Coacción: No encontramos ante una de las puntuaciones medias más alta tratándose de 5,71 puntos, donde hay una influencia de la coacción donde gran parte de los encuestados presentan una tendencia a pensar que se debería obligar a la persona con problemas de salud mental a recibir tratamiento médico incluso en contra de su propia voluntad. (M=5,71; D.T=2,51)

En el Histograma 4 se representa gráficamente las medias de los diferentes factores que mide la escala AQ-9, pudiendo observar que el más elevado es la ayuda, así como el que menos puntuación recibe es la culpa. Siendo el factor con mayor puntuación en comparación con el resto observando el Histograma 4.

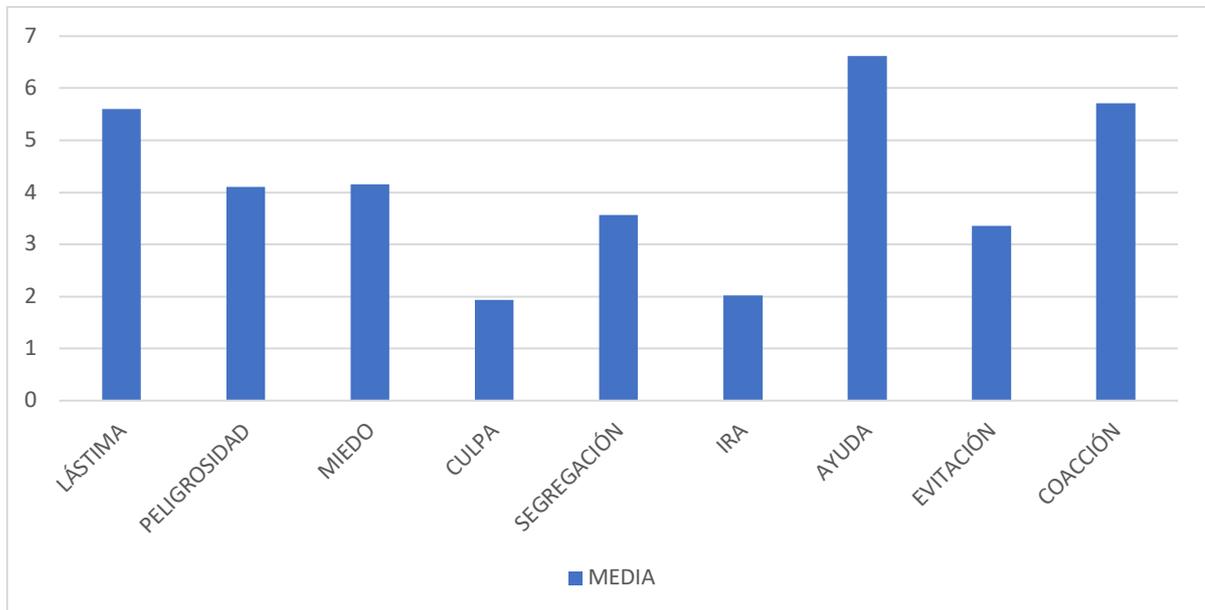
Tabla 9:

Datos descriptivos de las dimensiones que forman parte de la escala AQ-9, así como los datos descriptivos totales de la propia escala. (n=124)

	Mínimo	Máximo	Media	D.T
ESTIGMA TOTAL	9,00	65,00	37,06	12,13
LÁSTIMA	1	9	5,60	2,23
PELIGROSIDAD	1	9	4,10	1,96
MIEDO	1	9	4,15	2,25
CULPA	1	7	1,94	1,57
SEGREGACIÓN	1	9	3,57	2,22
IRA	1	8	2,02	1,59
AYUDA	1	9	6,62	1,79
EVITACIÓN	1	8	3,36	2,36
COACCIÓN	1	9	5,71	2,51

Figura 4:

Representación gráfica de las medias de los factores que mide y forman parte de la Escala AQ-9 donde se evalúa las actitudes frente a las personas con problemas de salud mental. (n=124)



3.3.5.6 Deseo de Distancia Social

Mediante el análisis de datos de la Escala de Distancia Social de Link podemos obtener que la media se sitúa en 16,18 puntos, donde la máxima puntuación posible a obtener era de 25 y la mínima de 5. La puntuación máxima obtenida por los participantes ha sido de 25, por lo tanto, el deseo de distancia social que presentan nuestros encuestados es medio-bajo ya que observando la gráfica hay una desviación de los datos hacia las puntuaciones más altas. (M=16,18; D.T=5,07)

En el *Histograma 5* se representa gráficamente la media de los diferentes ítems que mide la escala de Distancia Social, clasificándose de este modo en los diferentes contextos en los que se puede expresar deseo de distancia social hacia las personas con problemas de salud mental. Podemos observar que la media más baja y, por tanto, expresa mayor estigma se sitúa en la aceptación de responsabilizar a una persona con problemas de salud mental del cuidado de los propios hijos de los encuestados. Sin embargo, la situación que puntúa más alto y la que menos deseo de distancia social expresa es la aceptación como vecino.

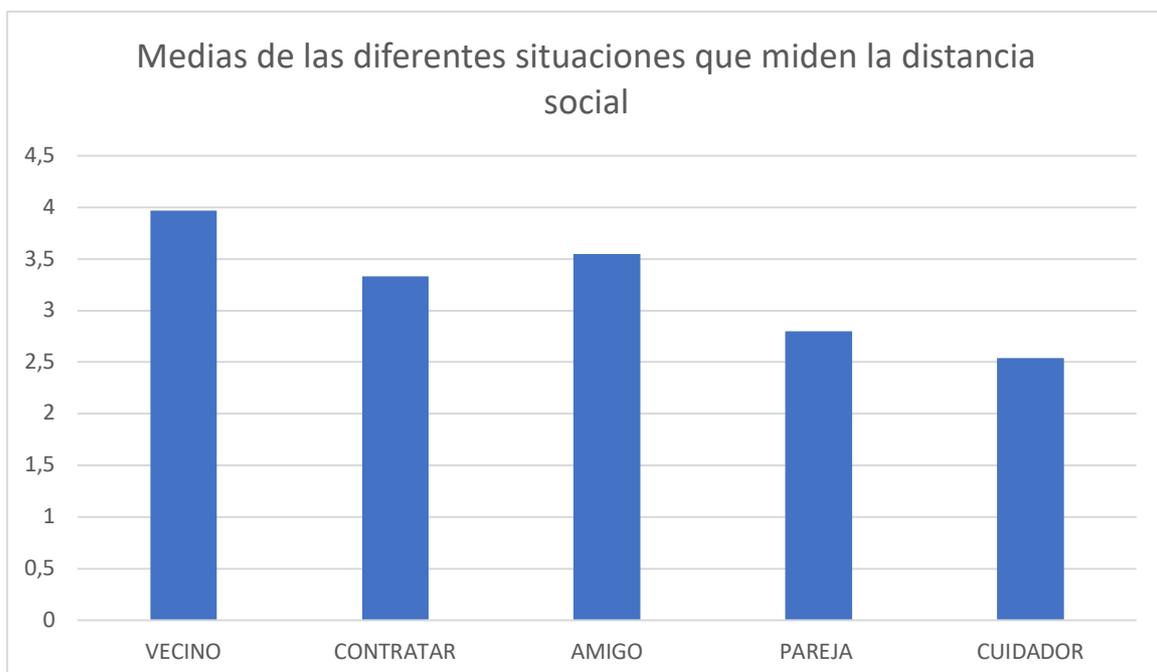
Tabla 10:

Datos descriptivos referentes a la Escala de Distancia Social, así como los factores que la componen según diferentes situaciones. (n=124)

	Mínimo	Máximo	Media	D.T
DISTANCIA SOCIAL TOTAL	5,00	25,00	16,18	5,07
ACEPTAR COMO VECINO	1	5	3,97	1,17
CONTRATAR EN UNA EMPRESA	1	5	3,33	1,16
ACEPTAR COMO AMIGO	1	5	3,55	1,18
ACEPTAR COMO PAREJA	1	5	2,80	1,34
ACEPTAR COMO CUIDADOR DE MIS HIJOS	1	5	2,54	1,25

Figura 5:

Representación gráfica de las diferentes situaciones planteadas para medir la distancia social frente a personas con problemas de salud mental. (n=124)



3.3.5.7 Estigma en función a la variable “ocupación”

3.3.5.7.1 Actitudes estigmatizantes en función a la variable “ocupación”

Mediante los datos descriptivos reflejados en la Tabla 11, podemos observar cómo las Actitudes y Pensamientos negativos frente a las personas con problemas de salud mental son ligeramente superiores en los encuestados pertenecientes al ámbito laboral (M=37,15; D.T=3,27) que en los estudiantes (M=36,02; D.T=3,40). Destacar, observando el Histograma 6, que los empleados presentan un rango de respuestas mayor, siendo puntuaciones altas las que pertenecen a dicho rango. Este mismo patrón, podemos observar que se observa en todos los factores mide dicha escala a excepción de la ideología comunitaria, donde los estudiantes presentan una puntuación mayor (M=6,22; D.T=1,31) frente a los empleados.

Tabla 11:

Representación descriptiva de los datos obtenidos mediante el análisis de las respuestas por parte de los encuestados de la Escala CAMI12 en función de la ocupación en el ámbito laboral (ser estudiante o empleado/a). (n=124)

		Mínimo	Máximo	Media	D.T
ESTIGMA TOTAL	Estudiante	30,00	43,00	36,01	3,40
	Empleado/a	31,00	44,00	37,15	3,27
AUTORITARISMO	Estudiante	6,00	16,00	11,01	2,32
	Empleado/a	7,00	19,00	11,93	2,25
BENEVOLENCIA	Estudiante	4,00	10,00	6,00	0,99
	Empleado/a	4,00	10,00	6,04	0,73
RESTRICCIÓN SOCIAL	Estudiante	8,00	17,00	12,77	2,13
	Empleado/a	8,00	19,00	13,61	2,52
IDEOLOGÍA COMUNITARIA	Estudiante	3,00	9,00	6,22	1,31
	Empleado/a	2,00	9,00	5,55	1,34

Figura 6:

Representación gráfica de las respuestas obtenidas a partir de la Escala CAMI12 en función de la variable ocupación. (=124)

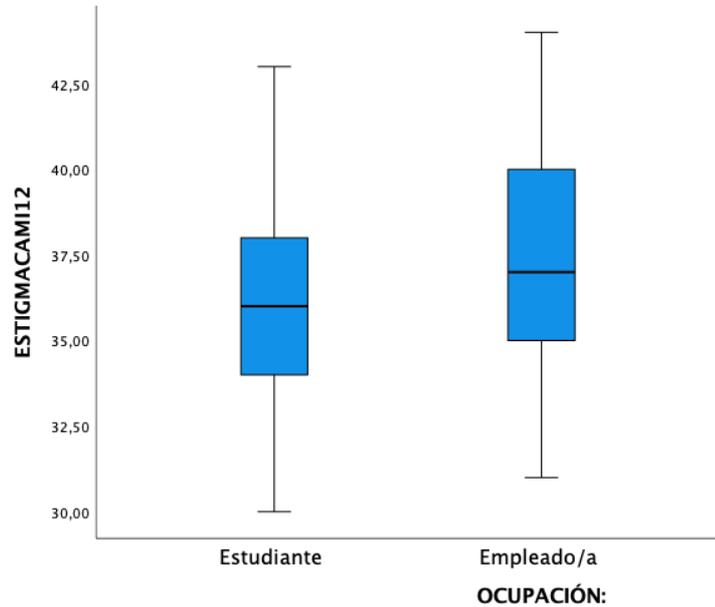
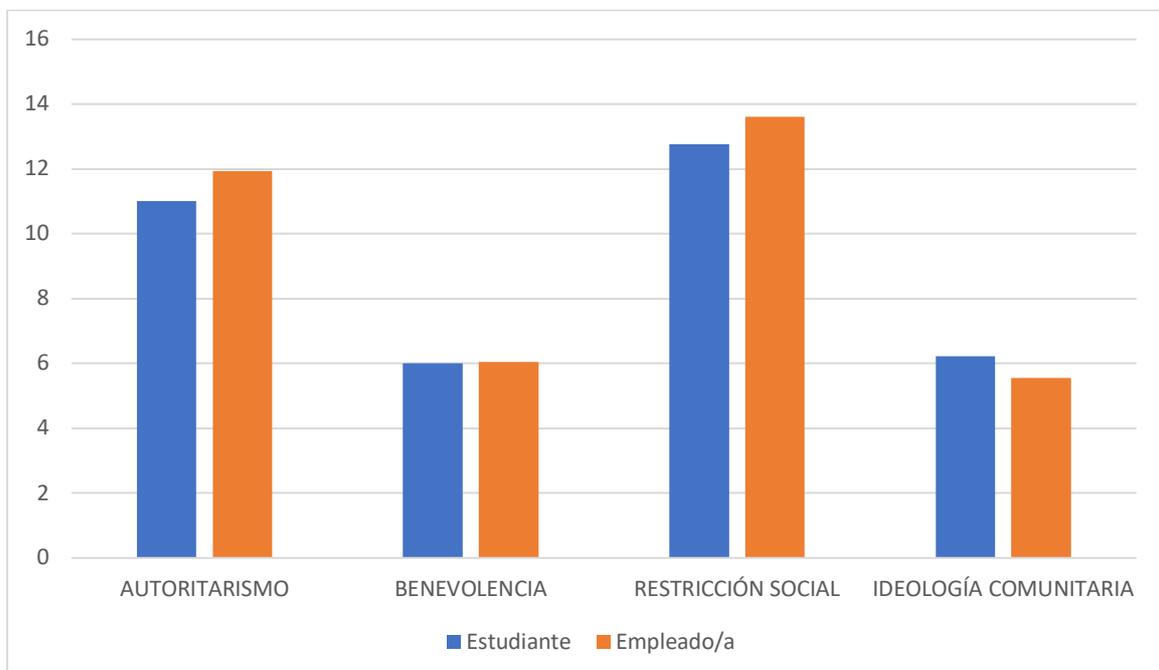


Figura 7:

Representación gráfica de la media de los factores que conforman la escala CAMI12 en función de la variable ocupación.



3.3.5.7.2 Atribuciones hacia la salud mental en función de la variable ocupación

Como se puede observar en la siguiente tabla (Tabla 12), podemos comprobar que ser estudiante mantiene una puntuación superior ($M=40,17$; $D.T= 13,33$) a ser empleado ($M= 34,33$; $D.T= 10,39$) respecto a la puntuación total de la escala, 81 puntos. Manteniendo los estudiantes un rango intercuartílico de respuestas de 22 y los empleados de 14. Por tanto, los participantes que pertenecen al ámbito laboral presentan un estigma menor. Sin embargo, al analizar los factores que describen la escala AQ-9 podemos encontrar que las diferencias no son excesivamente llamativas entre unos y otros (se puede observar en la figura 8), siendo el factor con mayor puntuación la ayuda y los factores que menor puntuación reciben por ambos grupos es la culpa y la ira, siendo de esta manera también los dos factores que más diferencias de puntuaciones medias encontramos entre estudiantes y empleados/as, siendo los estudiantes los que puntúan más alto (Culpa: $M= 2,47$; $D.T=1,94$., Ira: $M=2,45$; $D.T= 1,93$).

Tabla 12:

Datos descriptivos obtenidos por el análisis de datos de la Escala AQ-9 en función de la variable sociodemográfica ocupación. (n=124)

		Mínimo	Máximo	Media	D.T
PUNTUACIÓN TOTAL	Estudiante	9,00	65,00	40,17	13,33
	Empleado/a	17,00	61,00	34,44	10,39
LÁSTIMA	Estudiante	1	9	5,66	2,20
	Empleado/a	1	9	5,52	2,26
PELIGROSIDAD	Estudiante	1	9	4,60	2,14
	Empleado/a	1	8	3,62	1,66
MIEDO	Estudiante	1	8	4,74	2,29
	Empleado/a	1	9	3,58	2,09
CULPA	Estudiante	1	7	2,47	1,94
	Empleado/a	1	5	1,48	0,95
SEGREGACIÓN	Estudiante	1	7	3,90	2,06

	Empleado/a	1	9	3,29	2,35
IRA	Estudiante	1	8	2,45	1,93
	Empleado/a	1	5	1,63	1,09
AYUDA	Estudiante	1	9	6,48	1,88
	Empleado/a	3	9	6,77	1,72
EVITACIÓN	Estudiante	1	8	3,97	2,52
	Empleado/a	1	8	2,85	2,10
COACCIÓN	Estudiante	1	9	5,91	2,51
	Empleado/a	1	9	5,60	2,47

Figura 8:

Representación gráfica de los datos que representan las respuestas obtenidas de la Escala AQ-9 en función de la variable sociodemográfica ocupación.

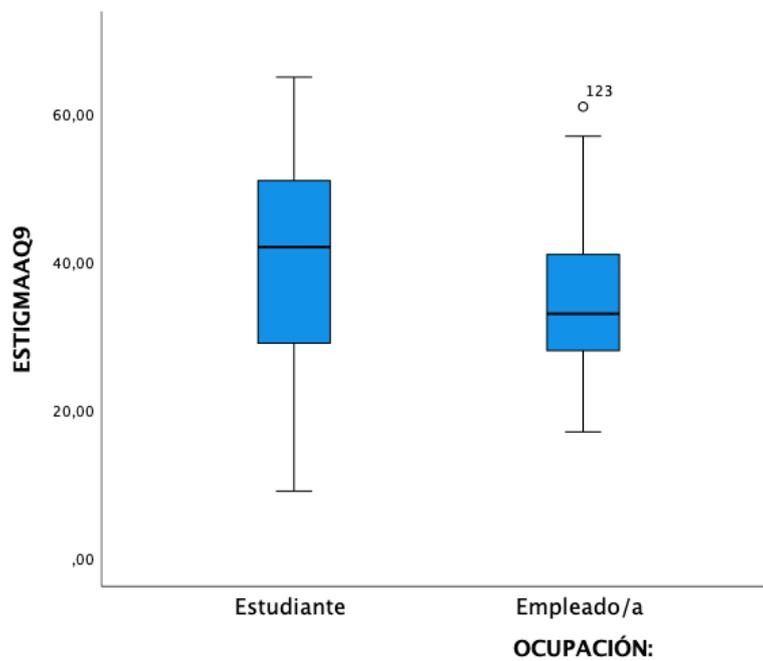
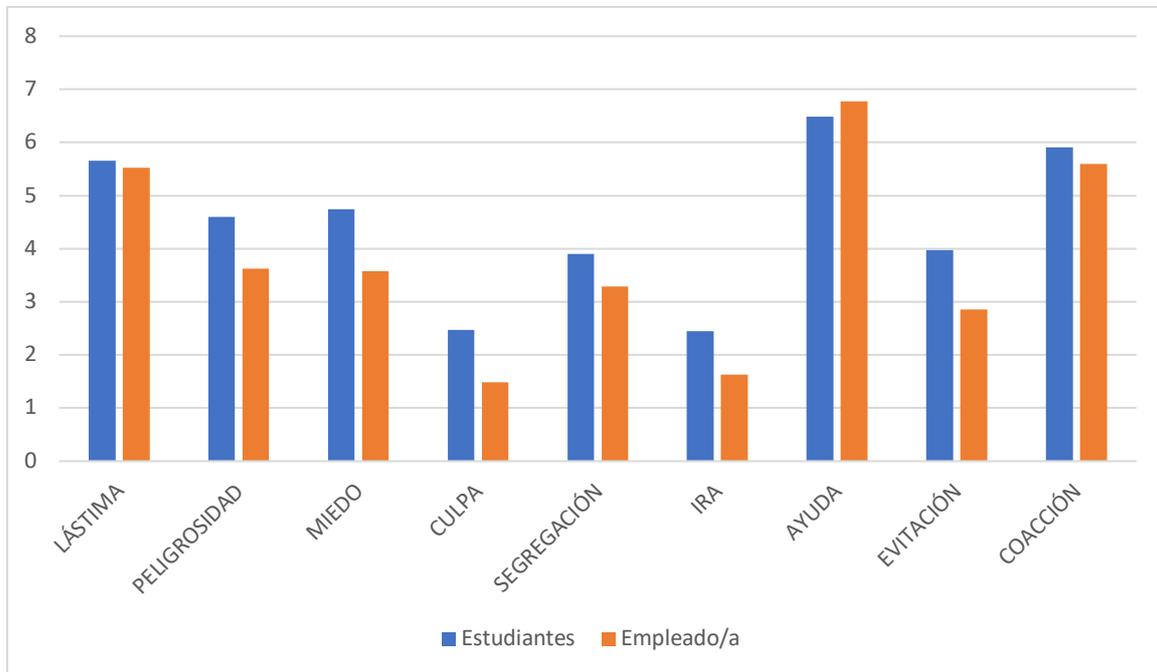


Figura 9:

Representación gráfica de las medias de los diferentes factores que conforman la escala AQ-9 en función de la variable ocupación.



3.3.5.7.3 Deseo de Distancia Social en función a la variable “ocupación”

Observándose los datos representados en la Tabla 13 podemos encontrar que la media es ligeramente mayor en los encuestados que pertenecen al ámbito laboral ($M=16,43$; $D.T=4,73$) que en los estudiantes ($M=15,85$; $D.T=5,48$). Por ello, los estuantes presentan mayor deseo de distancia social y, por tanto, mayor estigma.

Este mismo patrón, se repite en todas las situaciones que mide la Escala D.S. debido a que los empleados puntúan ligeramente superior, pero sin diferencias altamente llamativas. Del mismo modo, vemos como las medias van disminuyendo a mayor cercanía de contacto, y por tanto, mayor deseo de distancia social. Estos datos pueden ser observados numéricamente en la Tabla 13, así como gráficamente en las Figuras 8 y 9.

Tabla 13:

Representación descriptiva de los datos de la Escala de Deseo de Distancia Social, así como las situaciones planteadas en dicha escala en función a la variable sociodemográfica de ocupación laboral. (n=124)

		Mínimo	Máximo	Media	D.T
DISTANCIA SOCIAL	Estudiante	5,00	25,00	15,86	5,48
	Empleado/a	6,00	25,00	16,43	4,73
VECINO	Estudiante	1	5	3,95	1,23
	Empleado/a	1	5	3,97	1,13
CONTRATAR	Estudiante	1	5	3,31	1,12
	Empleado/a	1	5	3,34	1,20
AMIGO	Estudiante	1	5	3,41	1,29
	Empleado/a	1	5	3,66	1,07
PAREJA	Estudiante	1	5	2,76	1,43
	Empleado/a	1	5	2,82	1,27
CUIDADOR	Estudiante	1	5	2,43	1,32
	Empleado/a	1	5	2,65	1,20

Figura 10:

Representación gráfica de los datos globales de la Escala de Distancia Social en función de la ocupación laboral de los encuestados. (n=124)

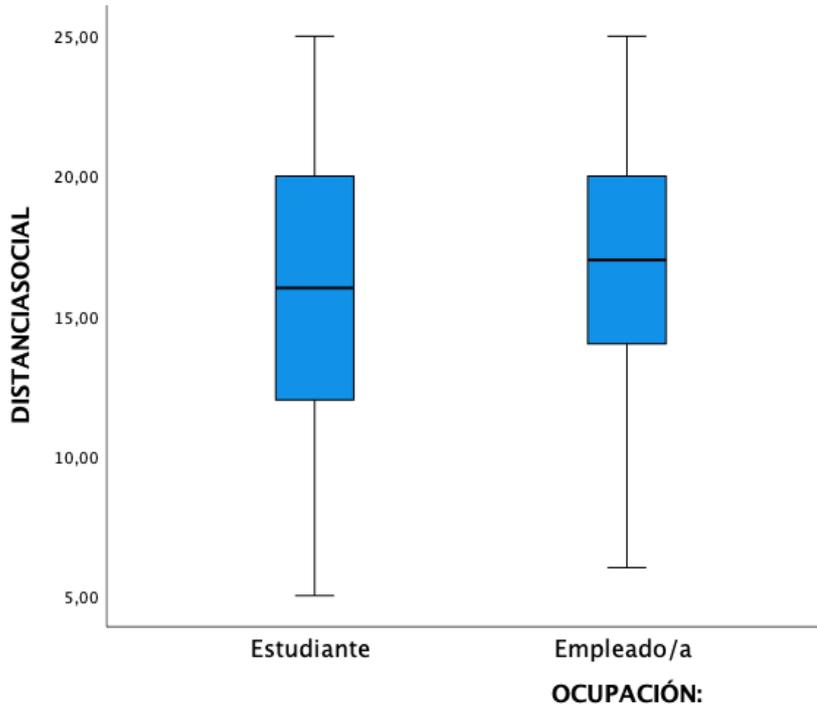
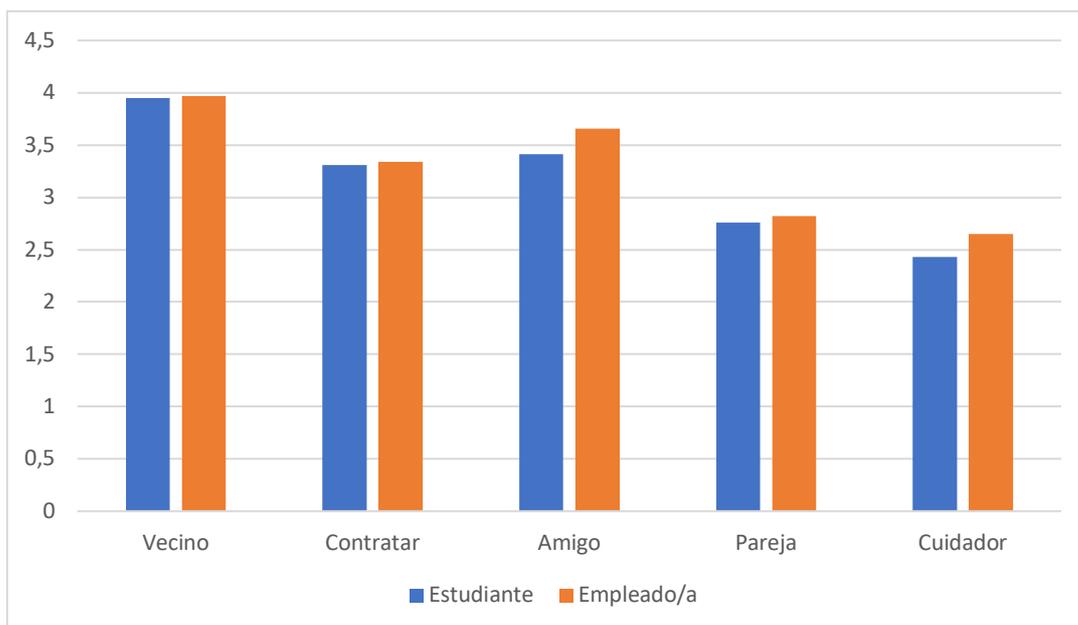


Figura 11:

Representación gráfica del deseo de distancia social por parte de los encuestados según las situaciones planteadas de cercanía, en función a la variable: ocupación laboral.



3.4 Discusión y conclusiones

Mediante el estudio se ha pretendido investigar el nivel de estigma existente en el ámbito de la Logopedia, tanto de los estudiantes que aún cursan el grado, como logopedas graduados e inmersos en el mundo laboral. Tras analizar los datos, podemos concluir que, aunque el nivel de estigma mostrado tras el estudio no sea excesivamente elevado, podemos comprobar que sí existe estigma hacia los problemas de salud mental en el ámbito de la logopedia.

Al analizar las preguntas de contacto realizadas a la muestra de participantes, podemos comprobar que el 54,8% de los encuestados consideran no haber recibido formación específica durante sus estudios sobre salud mental y en el caso de que la respuesta fuese marcada como afirmativa, la muestra (95,2%) considera que dicha información no es suficiente para poder atender de manera correcta a una persona con problemas de salud mental. Esto viene influenciado a la información recibida durante la formación, ya que, en ocasiones, únicamente los datos obtenidos se basan en información objetiva, es decir, definiciones y datos, pero no centrados en la intervención o de qué manera se debe actuar en caso de tener que intervenir con pacientes que tengan asociados o implícitos problemas de salud mental. Por ello, se deberían basar los contenidos en salud mental a la práctica clínica, así como al trato al paciente con dichas características.

A pesar de haber recibido información y formación específica sobre salud mental y problemas de salud mental, aunque no sea considerada suficiente por parte de los encuestados, se debe tener en cuenta la influencia de dicha información. Esta, puede estar influenciada directamente por los estigmas del propio docente sobre el tema, ya que puede estar malversada o indocumentada, transmitiendo esos ideales o pensamientos a los estudiantes o personas que se forman en el tema.

Analizando la escala de familiaridad con la salud mental podemos observar el nivel de conocimiento, contacto y experiencia de los participantes encuestados con la salud mental. En esta escala es donde podemos analizar la existencia de contacto directo e indirecto con la salud mental siendo un tema que está presente en el entorno de los encuestados. La manera en la que más se hace presente el tema tratado son mediante los ítems: (2) "He visto, al pasar, a una persona que creo que pudiera haber tenido un problema de salud mental", (3) "He visto una película o programa de televisión en el que un personaje representaba a una persona con un problema de salud mental", (4) "He visto un documental en la televisión acerca de un problema

de salud mental”, (5) “He visto, frecuentemente, personas con problemas de salud mental” y (8) “Un amigo de la familia tiene un problema de salud mental”, estas respuestas reflejan la influencia recibida por canales externos, es decir, en el caso del ítem 2, se prejuzga a las personas únicamente por su apariencia física o su comportamiento, así como el caso 3 y 4, es una influencia directa de la información sobre salud mental, ya que lo que representen mediante ese canal, creará los prejuicios o creencias en la sociedad, casi siempre resaltando los aspectos negativos de los problemas de salud mental enmascarándolos de villanos, asesinos, inválidos, acosadores, dependientes... Del mismo modo, en otras investigaciones se llegan a las mismas conclusiones, donde los estereotipos, creencias, apariencias, el juzgar a una persona y la distancia social se hace presente como es el caso de la investigación de López-López (2023) y Nordt (2006).

En referencia al análisis de la escala CAMI 12 podemos concluir que en el ámbito logopédico podemos encontrar un estigma medio-alto hacia los problemas de salud mental debido a que no recibe puntuaciones excesivamente altas, pero no por debajo de la mitad de la puntuación total, es decir, inferiores a 30 puntos. Por tanto, nos encontramos con actitudes negativas frente a las personas con problemas de salud mental, reflejando de esta manera el estigma que se encuentra presente en el ámbito logopédico. Las dimensiones en las que encontramos puntuaciones más elevadas son en autoritarismo y restricción social, al igual que ocurre en otras investigaciones en las que los resultados son similares, como es la realizada por Zabaleta (2023) donde se reflejan las actitudes de los estudiantes frente a la Salud Mental, obteniendo las puntuaciones más altas en las mismas dimensiones que en el ámbito logopédico.

Analizando las dimensiones que la forman la escala CAMI 12 podemos observar que los encuestados, respecto al autoritarismo, rondan la puntuación media hacia la mitad del total, pero siendo superior. Por ello, presentan pensamientos de superioridad frente a las personas con problemas de salud mental, considerándoles una clase inferior. Del mismo modo, creen que las principales causas es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad, así como que las personas con problemas de salud mental tienen algo que les distingue del resto.

Respecto a la benevolencia, que refleja las actitudes hacia la acogida pudiendo derivar en actitudes paternalistas, nuestros encuestados reducen el estigma ya que presentan una puntuación por encima de la mitad total, concluyendo que a mayor puntuación el estigma se

reduce. Por ello, consideran que se debe tomar una actitud más tolerante y comprensiva en la sociedad.

La restricción social representa y evalúa el peligro que suponen que significa para la sociedad, sugiriendo que se debe limitar a las personas con problemas de salud mental, donde indican que no se les puede dar responsabilidades o confiar para el cuidado de otras personas, así como el deseo de distancia social. Tras el análisis de datos los límites son elevados, situándose por encima de la mitad de la puntuación total y por ello representan el mayor estigma de las cuatro subescalas que conforman la prueba.

Por último, la ideología comunitaria baja el estigma, ya que las puntuaciones están muy poco por encima de la mitad de la puntuación, siendo la máxima y la mínima repartida equitativamente, bajando de esta manera el estigma. Por ello, nuestros encuestados presentan actitudes y creencias relacionadas con la inserción del colectivo en la sociedad.

Tras el análisis de la Escala AQ-9, donde evaluamos las atribuciones asociadas a los problemas de salud mental, podemos concluir que los resultados obtenidos representan un estigma medio-alto con una media de 37,06. Observando los factores que se miden de esta escala observamos que los encuestados puntúan en la mayoría por debajo de la puntuación total, únicamente puntuando valores muy altos en lástima, ayuda y coacción, donde los encuestados sienten pena, ayudarían y piensan que se debería obligar a las personas con problemas de salud mental a ponerse en tratamiento médico incluso si no quiere. Sin embargo, los participantes de nuestra encuesta no están de acuerdo o lo están en menor medida en: considerarlos peligrosos, que les asusten, pensar que es su culpa que se encuentren en su situación, ingresarlos en un hospital psiquiátrico para mejoría de la comunidad, sentirse enfadado con ellos y mantener una distancia física. Siendo las correspondientes a culpa e ira las puntuaciones más bajas.

La escala de distancia social de Link, evaluando el deseo de distancia social a través de situaciones de interacción social ajustadas a nuestro contexto sociocultural, es decir el grado de cercanía que nuestros encuestados consideran que podrían tener con personas con problemas de salud mental, comprobamos a través del análisis de datos obtenidos que presentan un deseo de distancia social medio-bajo debido a que a menor puntuación mayor deseo. Más concretamente, las situaciones de interacción planteadas reflejan que, a mayor cercanía con los encuestados, menor puntuación reciben y, por tanto, mayor grado de

distanciamiento. Reflejándose que, en el ítem correspondiente a “¿Lo/a aceptaría como vecino?” es el que recibe puntuaciones más altas y por tanto mayor grado de cercanía, a diferencia de los ítems “¿Aceptaría como pareja a García o a una persona como él/ella?” y “Si tuviese hijos, ¿aceptaría que cuidase de ellos una persona como García?” recibiendo las puntuaciones más bajas y por tanto un deseo mayor de distanciamiento social. Estos mismos resultados se obtienen en diferentes investigaciones, en los que el deseo de distancia social aumenta en función del grado de interés y cercanía con la persona con problemas de salud mental, encontrando así evidencia en el estudio de Gil (2016) y Nordt (2006)

Referente a los datos recogidos en función de la variable “Ocupación” en función a la situación actual laboral de los encuestados que forman parte del ámbito de la logopedia, podemos concluir que existen diferencias entre las medias obtenidas de las variables ser estudiante y ser empleado/a, pero no de manera significativas. Las medias muestran pequeños intervalos de diferencias, donde encontramos que los empleados/as presentan actitudes más estigmatizantes, sin embargo, los estudiantes presentan mayor nivel de atribuciones negativas frente a las personas con problemas de salud mental. Finalmente, los empleados/as vuelven a presentar mayor nivel de deseo de distancia social en las situaciones sociodemográficas planteadas protagonizadas por una persona con problemas de salud mental.

Analizando la escala CAMI12 observamos cómo los empleados/as en el ámbito logopédico muestran actitudes y pensamientos más estigmatizantes que los estudiantes, siendo tanto la media 37,15 y el rango de respuestas mayor que el de los estudiantes de logopedia de la Universidad de Valladolid. Al contrario que en estudios donde se utiliza la escala CAMI como medición, la población diana puntúan alto en benevolencia e ideología comunitaria, sin embargo, en nuestro estudio en el ámbito logopédico los estudiantes puntúan alto en autoritarismo y restricción social (Zabaleta et al., 2023)

De la misma manera, analizando la Escala AQ-9 en función de esta misma variable, comprobamos que al contrario que en la escala anterior, los estudiantes (M=40,17) presentan atribuciones más estigmatizantes que los empleados (M= 34,33) que conforman este grupo. Siendo del mismo modo el rango de respuestas superior en estudiantes.

Por último, el deseo de distancia social medido mediante la escala de Distancia Social de Link nos muestra que los empleados/as presentan menor deseo de distancia social, ya que ligeramente presentan puntuaciones medias superiores a la de los estudiantes. Comprobando

que, en ambos casos a mayor acercamiento personal en las situaciones planteadas, menor acercamiento hacia las personas con problemas de salud mental se produce.

3.5 Limitaciones y futuras líneas de investigación

LIMITACIONES

Cabe señalar varias limitaciones en relación al estudio realizado y el planteamiento general. Como principal limitación podemos señalar el tamaño y la composición de la muestra, debido a que no puede considerarse representativa de conveniencia del ámbito logopédico, ya que la muestra no es completamente aleatoria, ha sido enfocada a los estudiantes de la Universidad de Valladolid y logopedas titulados. Por otro lado, los tamaños de los subgrupos de las muestras, debido a que no es representativa afectando así a los resultados finales. Un claro ejemplo de esto es que la muestra de estudiantes recogida únicamente pertenece al alumnado de Logopedia de la Universidad de Valladolid.

Por otro lado, las dificultades que aparecen en la recogida de los datos, generando así retraso en el proceso, reduciendo el tiempo para la realización del análisis de los datos descriptivos obtenidos a partir de la encuesta realizada y recopilación de los datos a través de la bola de nieve. Reduciéndose de esta manera puntos de interés del trabajo que se propondrán para futuras líneas de investigación.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Considero interesante proseguir con la investigación debido a que ampliando la muestra a otras Universidades y recoger datos de mayor rango de profesionales del ámbito de la logopedia nos puede ofrecer datos más concretos y fiables sobre el estigma sobre la salud mental en dicho ámbito. Así como comparación del nivel de estigma entre el grado de Logopedia en diferentes Universidades, observando si se mantienen los niveles.

Del mismo modo, realizar estudios en función de las diversas variables sociodemográficas, así como la correlación entre ellas.

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría, .. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Asociación de Psiquiatría.
- Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. (2015). *Nuevos significados en los cuidados de enfermería de Salud Mental*. Madrid: Anesm
- Barrera, A. (2006). Cognitive deficits in schizophrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 215-221.
- Belinchón, M. (1988). *Esquizofrenia y lenguaje: una aproximación psicolingüística*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Brown, S. A. (2008). Factors and measurement of mental illness stigma: A psychometric examination of the Attribution Questionnaire. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 32, 89-94.
- Cappelli, M., De Fina, A., & Ferrari, M. (2017). Anxiety, self-esteem, and subjective well-being in children with specific learning disorders: A cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*.
- Comisión de las Comunidades Europeas, .. (2006). *Libro verde. Iniciativa Europea en favor de la transparencia*. Bruselas.
- Corrigan, P.W., Edwards, A.B., Green, A., Diwan, S.L., Penn, D.L., 2001. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr. Bull.* 27, 219–225.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (2015). Lessons from social psychology on discreting psychiatric stigma. *Stigma and Health*.
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Michaels, P. J. (2014). Brief battery for measurement of stigmatizing versus affirming attitudes about mental illness. *Psychiatry Research*, 215(2), 466-470.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. (2004). At issue: Stop the stigma: call mental illness a brain disease. *Schizophr.*
- Federación Salud Mental Andalucía, .. (2022). *Plan Estratégico 2023-2025*.
- Gil Santiago, H., Winter Navarro, M., León Pérez, P., y Navarrete Betancort, E. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de salud mental*, 14 (55), 103-111.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

- González Sanguino, C. (2021). *El Estigma en la Salud Mental: Estigma Implícito y Explícito*. [Tesis Doctoral]. Universidad Complutense de Madrid.
- González-Sanguino, C., González-Dominguez, S., Castellanos, M. A. and Muñoz, M. (2022). Mental Illness Stigma. A comparative Cross-sectional Study of Social Stigma, Internalized Stigma and Self-esteem. *Clínica y Salud*, 59-64.
- González-Sanguino, C., Muñoz, M., Castellanos, M. A., Pérez-Santos, E., & Orihuela-Villameriel, T. . (2019). Study of the relationship between implicit and explicit stigmas associated with mental illness. *Psychiatry research*, 663-668.
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*.
- Lawrie, S.M., Parsons, C., Patrick, J., Masson, S., Sussmann, J., Cumming, D., et al. (1996) A controlled trial of general practitioners attitudes to patients with schizophrenia. *Health Bull. Edinb*.
- Link, B., Cullen, F., Frank, J., Wozniak, J. (1987). The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *Am. J. Sociol.* 92 (6), 1461–1500.
- Livingston, J. D., Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people with living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc. Sci. Med*(71).
- López-López, C., Freijeiro-Llorca, A., y Arbesú-Fernández, M. E. (2023). Evolución del estigma hacia salud mental en especialistas sanitarios en formación en Asturias. *Enfermería Global*, 22(69), 105-133.
- Muñoz, M. P. (2009). *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Complutense.
- Muñoz, M., Guillén, A. I., Pérez-Santos, E., & Corrigan, P. W. (2015). A structural equation modeling study of the Spanish Mental Illness Stigma Attribution Questionnaire (AQ-27-E). *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(3), 243-249.
- Nordt, C., Rossler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depressions. *Schizophrenia bulletin*.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.

- Ottati, V., Bondenhausen, G.V., & Newman, L.S. (2005). Social Psychological Models of Mental Illness Stigma. *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. American Psychological Association.
- Paul, R. &. (2012). Language disorders from infancy through adolescence: Assessment and intervention. *Elsevier Health Sciences*.
- Reayley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J. & Jorm, A.F. (2014). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: A comparison of Australian health professionals with the general community. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 433-441.
- Redmond, S. M. (2003). Conversational treatment for children with pragmatic language deficits. *Topics in Language Disorders*, 325-339.
- Reinke, R. R., Corrigan, P. W., Leonhard, C., Ludin, R. K., & Kubiak, M. A. (2004). Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of social and clinical psychology*, 377-389.
- Saavedra, J., y Murvartian, L. (2021). Estigma público en salud mental en la universidad. *Universitas Psychologica*, 20, 1-15.
- Senra-Rivera, C., De Arriba-Rossetto, A., Seoane-Pesqueira, G., 2008. Papel de la experiencia en la aceptación vs. rechazo del paciente con esquizofrenia. *Rev. Latinoam. Psicol.* 40, 73-83.
- Zabaleta González, R., Casado Muñoz, R., Martínez Pérez, A. y Lezcano Barbero, F. (2023). Estigma y actitudes hacia las enfermedades mentales entre los estudiantes universitarios: estudio descriptivo. *Health and Additions/ Salud y Drogas*.
- Zabaleta González, R., Casado Muñoz, R., Martínez Pérez, A. y Lezcano Barbero, F. (2023).

ANEXO II:

CUESTIONARIO:

Desde la facultad de Medicina, de la Universidad de Valladolid, estamos realizando un estudio sobre las actitudes asociadas a trastornos de la salud mental en el ámbito logopédico. Pretendemos conocer la opinión tanto de estudiantes como profesionales de logopedia sobre este tema. Para ello, proponemos una serie de preguntas en este formulario. Contestar no le llevará más de 5 minutos, y contribuirá a mejorar el conocimiento y necesidades de las personas con problemas de salud mental que reciben atención logopedia.

Este cuestionario es totalmente anónimo, y los datos recogidos serán protegidos y nunca serán transmitidos a terceras personas y/o instituciones sin otro propósito que la investigación y difusión de resultados.

Todos los datos obtenidos se manipularán de acuerdo con los principios de confidencialidad y anonimato siguiendo la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales; garantizándose la confidencialidad y anonimato de cada participante.

Rogamos que cualquier duda o si desea más información contacte con:
(tutora del trabajo de fin de grado).

Considero que he recibido suficiente información sobre el estudio y acepto participar voluntariamente

GÉNERO:

- Masculino
 Femenino
 No binario / tercer género

Q3

EDAD/ AÑOS:

ESTADO CIVIL:

- Pareja estable/casado/a
- Soltero/a
- Divorciado/a/separado/a/ viudo/a
-
-

Q5

OCUPACIÓN:

- Estudiante
- Empleado/a
- Desempleado/a
- Jubilado/a

Q6

INDICA QUÉ CURSO CURSAS ACTUALMENTE O CUÁL HA SIDO EL ÚLTIMO CURSADO

- 1º
- 2º
- 3º
- 4º
- Graduado
- Postgrado
-
-

Q7

SI TRABAJAS COMO LOGOPEDA, ¿CUÁNTOS AÑOS LLEVAS EJERCIENDO?

Q8

¿HA RECIBIDO FORMACIÓN ESPECÍFICA DURANTE SUS ESTUDIOS SOBRE SALUD MENTAL?

- Sí
- No
-
-

Q9

¿CONSIDERA QUE ES SUFICIENTE LA INFORMACIÓN RECIBIDA PARA ATENDER DE FORMA ADECUADA A UNA PERSONA CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL?

- Sí
- NO

ESCALA DE FAMILIARIDAD:

	NO	SI
1. Nunca he visto una persona que yo fuera consciente de que había tenido un problema de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. He visto, al pasar, a una persona que creo que pudiera haber tenido un problema de salud mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. He visto una película o programa de televisión en el que un personaje representaba a una persona con un problema de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. He visto un documental en la televisión acerca de un problema de salud mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. He visto, frecuentemente, personas con problemas de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. He trabajado con una persona que tuvo un problema de salud mental en mi lugar de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Mi trabajo proporciona servicios/ tratamiento a personas con problemas de salud mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Un amigo de la familia tiene un problema de salud mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tengo un familiar que tiene un problema de salud mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Vivo con una persona que tiene un problema de salud mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tengo un problema de salud mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CAMI12

Valore de acuerdo con la siguiente escala en qué medida está de acuerdo con cada una de las afirmaciones. Conteste según la primera reacción que tenga, no hay respuestas correctas o incorrectas.

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Las personas con enfermedad mental tienen algo que les hace distinguirlas fácilmente de otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedad mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Las personas con enfermedad mental no merecen nuestra comprensión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. No me gustaría vivir al lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Las personas con enfermedad mental son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. En la mayoría de los casos, se puede confiar, para el cuidado de otras personas en personas que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. La mejor terapia para muchas personas con enfermedad mental es vivir en su entorno familiar, de amigos, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Da miedo pensar en personas con problemas mentales viviendo en el barrio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AQ-9

"Noa es una persona soltera de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Esta persona vive sola en un apartamento y trabaja en una gran firma de abogados. Le han hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad".

Ahora conteste a cada una de las siguientes preguntas sobre Noa. Señale el número que mejor indique su opinión (1 en absoluto- 9 muchísimo).

	[1] Nada en absoluto	2	3	4	5	6	7	8	[9] Muchísimo
1. Sentiría pena por Noa	<input type="radio"/>								
2. En tu opinión, ¿hasta que punto es peligrosa/o Noa?	<input type="radio"/>								
3. ¿Hasta qué punto Noa le asustaría?	<input type="radio"/>								
4. Pensaría que es culpa de Noa que se encuentre en su situación actual.	<input type="radio"/>								
5. Creo que sería mejor para la comunidad de Noa su ingreso en un hospital psiquiátrico.	<input type="radio"/>								
6. ¿En qué medida se sentiría enfadado/a con Noa?	<input type="radio"/>								
7. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a Noa?	<input type="radio"/>								
8. Trataría de estar separado/a de Noa	<input type="radio"/>								
9. Hasta qué punto está de acuerdo en se debería obligar a Noa ponerse en tratamiento médico incluso si no quiere?	<input type="radio"/>								

ESCALA DE DISTANCIA SOCIAL

"García tiene 28 años de edad. Le cuesta relacionarse con los demás, es recelosa, desconfía de la gente y, a veces, cree que todo el mundo está en su contra. En los dos últimos años tuvo tres crisis que duraron, aproximadamente, un mes. Durante estos episodios llegó a creer que las personas que iban por la calle hablaban mal de ella, le seguían o intrigaban para hacerle daño. Actualmente, García tiene un trabajo estable en una oficina".

	[1] Nada de acuerdo	2	3	4	[5] Totalmente de acuerdo
¿Lo aceptaría como vecino/a?	<input type="radio"/>				
Si tuviese una empresa, ¿la/e contrataría?	<input type="radio"/>				
¿La/o aceptaría como amigo/a?	<input type="radio"/>				
¿Aceptaría como pareja a García o a una persona como él/ella?	<input type="radio"/>				
Si tuviese hijos, ¿aceptaría que cuidara de ellos una persona como García?	<input type="radio"/>				