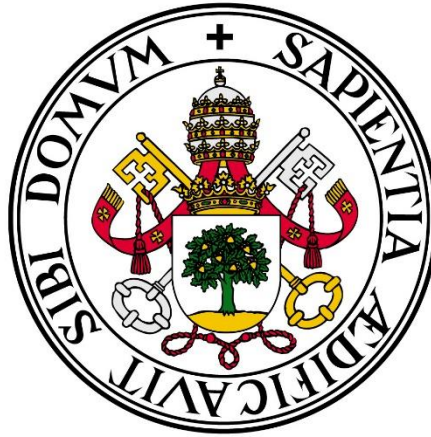




---

# **Universidad de Valladolid**

## **Facultad de Derecho**

### **Grado en Criminología**

#### **Estigmatización de los trastornos mentales: Un estudio cuantitativo con población general**

Presentado por:  
**María Ramos Casado**

Tutelado por:  
**Alejandro Miguel-Álvaro**

*Valladolid, 1 de junio de 2025*

# ÍNDICE

|        |                                                                            |    |
|--------|----------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.     | RESUMEN/ABSTRACT .....                                                     | 3  |
| 2.     | INTRODUCCIÓN .....                                                         | 4  |
| 2.1.   | TRASTORNO MENTAL; CONCEPTO.....                                            | 4  |
| 2.1.1. | Tipos de trastornos; DSM-5.....                                            | 6  |
| 2.1.2. | Consecuencias de padecer un trastorno mental; Discriminación.....          | 11 |
| 2.2.   | ESTIGMA. ....                                                              | 13 |
| 2.2.1. | Estigmatización de los trastornos mentales; Violencia y delincuencia. .... | 14 |
| 2.3.   | OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....                                                 | 17 |
| 3.     | MÉTODO.....                                                                | 18 |
| 3.1.   | PARTICIPANTES.....                                                         | 18 |
| 3.2.   | INSTRUMENTOS DE MEDIDA. ....                                               | 18 |
| 3.3.   | PROCEDIMIENTO.....                                                         | 20 |
| 3.4.   | ANÁLISIS DE DATOS.....                                                     | 21 |
| 4.     | RESULTADOS .....                                                           | 21 |
| 4.1.   | CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA.....                                         | 21 |
| 4.2.   | PERCEPCIÓN SOBRE LOS TRASTORNOS MENTALES Y EL ESTIGMA ASOCIADO A ESTOS. .  | 23 |
| 4.3.   | DIFERENCIAS EN EL ESTIGMA EN FUNCIÓN DE DISTINTAS VARIABLES.....           | 25 |
| 5.     | DISCUSIÓN (CONCLUSIONES Y LIMITACIONES) .....                              | 30 |
| 6.     | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                           | 37 |
| 7.     | ANEXOS .....                                                               | 42 |

## 1. RESUMEN/ABSTRACT

*Introducción:* en el ámbito de la salud mental, el estigma es una etiqueta que se aplica a las personas con trastornos mentales, asociada a la creencia de que son inherentemente peligrosas o propensas a cometer delitos, lo que genera discriminación y limita su inclusión y acceso a unos tratamientos adecuados. *Objetivo:* conocer el estigma social existente en la población general, así como las posibles diferencias según distintos grupos sociales hacia los trastornos mentales. *Método:* se elaboró una encuesta online en la que se recogieron las opiniones de los participantes (n=219) sobre las personas con un trastorno mental diagnosticado. *Resultados:* las diferentes comparaciones con datos normativos muestran un nivel de estigma moderado, por debajo de lo recopilado en la literatura científica. Se observa un menor grado de estigma en las mujeres, en personas con formación o experiencia en Trabajo Social, en quienes conocen a alguien con un trastorno mental y en aquellos que han recibido diagnóstico o tratamiento por uno. *Discusión:* los datos reflejan la persistencia de cierto estigma hacia las personas con trastornos mentales. Para reducirlo, es esencial implementar estrategias basadas en la educación, la sensibilización y el contacto directo que fomenten una sociedad más empática e inclusiva.

**Palabras clave:** trastorno mental, estigma, salud mental.

*Introduction:* in the field of mental health, stigma is a label applied to people with mental disorders, associated with the belief that they are inherently dangerous or likely to commit crimes, which leads to discrimination and limits their inclusion and access to appropriate treatment. *Objective:* to examine the social stigma present in the general population, as well as possible differences across various social groups toward mental disorders. *Method:* an online survey was conducted in which participants (n=219) shared their opinions about people diagnosed with a mental disorder. *Results:* comparisons with normative data indicate a moderate level of stigma, lower than what is commonly reported in the scientific literature. Lower levels of stigma were observed among women, individuals with education or experience in Social Work, those who know someone with a mental disorder, and those who have been diagnosed or treated for one.

*Discussion:* the data reflect the persistence of a certain level of stigma toward people with mental disorders. To reduce it, it is essential to implement strategies based on education, awareness-raising, and direct contact, in order to foster a more empathetic and inclusive society.

**Key words:** mental disorder, stigma, mental health.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. TRASTORNO MENTAL; CONCEPTO.

La OMS define trastorno mental como "una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo, asociado generalmente a una angustia o discapacidad funcional en otras áreas importantes" (OMS, 2022).

Existen muchos tipos de trastornos, desde leves hasta graves, y todos necesitan de un tratamiento adecuado. Aunque su inicio suele ser en la adolescencia o adultez temprana, se pueden presentar a cualquier edad. En cuestión de sexo, las mujeres tienen prevalencia respecto a los hombres. La OMS calcula que, en 2019, 970 millones de personas en el mundo padecían algún trastorno mental, cifra la cual se estima que aumente cada año, y que 1 de cada 4 personas padecerá algún trastorno mental a lo largo de su vida (OMS, 2022).

Para hablar de trastornos mentales es importante conocer al padre de la psiquiatría moderna. Philippe Pinel fue un psiquiatra, médico e investigador francés nacido en 1745. En esta época de desconocimiento se aplicaba el aislamiento social, la violencia y el trato inhumano como tratamiento o "solución" a los trastornos mentales. Pinel fue el primero en emplear un *tratamiento moral* para la recuperación de los pacientes, procedimiento que por primera vez abogaba por un trato humanitario. Su enfoque en la observación y la clasificación de los trastornos mentales sentó las bases para el desarrollo de la psicoterapia moderna (Ricardo, 2024). Sus contribuciones siguen siendo relevantes hoy en día, influyendo en la forma en que entendemos y tratamos las enfermedades mentales, con un énfasis en el bienestar y la rehabilitación de los pacientes.

En el siguiente siglo, tenemos como sucesor de Pinel a Emil Kraepelin. Este psiquiatra alemán revolucionó el campo con su sistema de clasificación basado en la manifestación clínica de los problemas mentales, base para posteriores clasificaciones, como el DSM (Mahieu, 2009). Kraepelin introdujo la distinción entre la demencia precoz (actual esquizofrenia) y el trastorno bipolar (Castillero Mimenza, 2017). Además, dividió los trastornos en endógenos y exógenos. Se entiende por endógeno cuando existe un origen interno del individuo, hereditario, biológico. Por otro lado, exógeno se refiere a un origen externo, ambiental. Este autor apoyaba la idea de que las causas de estos trastornos eran principalmente biológicas.

Otro autor que apoya esta idea es Eric R. Kandel. Se trata de un científico especializado en neurociencia y neurofisiología, con el premio nobel en Fisiología o Medicina en el año 2000. Kandel explora en su libro *"La nueva biología de la mente"*, la base biológica de diferentes trastornos. Hace una síntesis entre la neurociencia y la psicología cognitiva moderna, afirmando que la neurología y la psiquiatría se unirán en una sola disciplina. Por lo tanto, vemos que este autor afirma que los factores biológicos o neurológicos tienen primacía respecto a los factores ambientales (Kandel, 2019).

Para otros autores, los factores sociales son más primordiales. Es el caso de John Read, un psicólogo clínico, conocido por su investigación sobre las causas de las problemáticas más graves dentro de la salud mental. En esta investigación explica que el abuso, la desatención, la desigualdad, la pobreza o los conflictos bélicos son causa directa en estos problemas, especialmente si se experimentan en la infancia, afirmando que estas adversidades infantiles aumentan el riesgo de psicosis y esquizofrenia (Mad in (S)pain, 2018).

Existe una cantidad considerable de artículos que sugieren que algunos indicadores socioeconómicos desventajosos están asociados a los trastornos mentales frecuentes. (Kessler et al., 1994).

Olivier De Schutter es el actualmente nombrado Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la extrema pobreza y los derechos humanos (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2024). Este profesor belga afirma que las personas con ingresos más bajos tienen hasta tres veces más riesgo de padecer

depresión, ansiedad y otros trastornos mentales frecuentes en comparación con quienes tienen mayores ingresos. Se ha comprobado que la inestabilidad laboral agrava aún más la salud mental, ya que la incertidumbre, la falta de control sobre tu puesto de trabajo, los sueldos insuficientes, o los horarios laborales altamente impredecibles dificultan mantener un equilibrio sano entre el trabajo y la vida personal. A su vez, los problemas de salud mental derivados de la pobreza se convierten en un obstáculo para salir de ella (AFP, 2024).

Aunque hay autores con diversas opiniones, la mayoría aboga por la idea de que son muchos los factores que influyen en la aparición de los trastornos mentales. Hablamos del actual modelo biopsicosocial, en el que factores biológicos, psicológicos y sociales comparten protagonismo (Rodríguez Batista, 2015). Hablamos de factores biológicos refiriéndonos a desequilibrios en los neurotransmisores, cambios hormonales o anomalías cerebrales. Esta categoría incluiría también factores genéticos, como es el caso de antecedentes familiares con trastornos mentales. Los factores ambientales son las experiencias traumáticas, la exposición a la violencia, el entorno social, familiar, etc. Y, por su parte, los psicológicos se corresponden a los rasgos de personalidad, como pueden ser los mecanismos de afrontamiento a diferentes situaciones, o el nivel de tolerancia del estrés.

Los autores de este modelo biopsicosocial son George L. Engel y Jon Romano (Torales et al., 2017). Defienden que cada paciente tiene sus propios pensamientos, forma de actuar, historia, etc., afirmando que el desarrollo del trastorno se enfoca a través de una compleja interacción de todos los factores expuestos, produciendo una distinta respuesta en cada sujeto.

### **2.1.1. Tipos de trastornos; DSM-5.**

Como hemos dicho anteriormente, existe un abanico muy amplio en lo referido a clasificaciones de trastornos mentales. Cada trastorno conlleva una serie de síntomas, así como un tratamiento especializado, teniendo en cuenta además al individuo particular.

El DSM-5, (Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) es un manual elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, (APA), el cual proporciona criterios diagnósticos y descripciones detalladas de trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2013).

En el DSM-5, actualmente hay 22 grupos diferenciados de trastornos mentales. Vamos a desglosar algunos de los más relevantes para nuestro estudio;

### 1. Trastornos del neurodesarrollo

Este grupo incluiría trastornos del desarrollo intelectual, trastornos de la comunicación, el TEA (trastorno del espectro autista), el TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad), los trastornos motores (trastornos de tics, Tourette), el trastorno específico del aprendizaje y otros trastornos del desarrollo neurológico.

El TEA es una condición del neurodesarrollo que afecta la manera en que una persona se comunica e interactúa socialmente. Se caracteriza por dificultades significativas en la comunicación, la interacción social y patrones de comportamiento rígidos. Comienza en la infancia y suele durar toda la vida, afectando al comportamiento y al aprendizaje del individuo (Zúñiga et al., 2017).

### 2. Trastornos psicóticos y esquizofrénicos

Los cuales son el trastorno esquizotípico, el delirante, el psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizoafectivo, la esquizofrenia, y el trastorno psicótico inducido por sustancias/ medicamentos. Es importante destacar que muchos trastornos mentales son consecuencia o agravados por un consumo de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

La esquizofrenia es un trastorno psicótico que presenta delirios, alucinaciones, discurso o comportamiento desorganizado, comportamientos catatónicos, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia). No existe una única esquizofrenia, hay diversos

tipos, cada uno con sus particularidades (Abeleira Padín, 2012). En España, la esquizofrenia afecta a más de 400.000 personas (Jiménez, 2022).

Por su parte, el trastorno psicótico breve consiste en la aparición de ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas psicóticos que duran al menos 1 día, pero menos de 1 mes, con retorno final a la funcionalidad normal previa a la enfermedad (Tamminga, 2022).

### 3. Trastorno bipolar y relacionados

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH), el trastorno bipolar hace que las personas tengan cambios notables, a veces extremos, en el estado de ánimo y el comportamiento. Pueden darse episodios maníacos, depresivos, o mixtos. El trastorno bipolar está diagnosticado a un millón de españoles (Jiménez, 2022).

### 4. Trastornos depresivos

Dentro de este grupo, la depresión es el más común. Según la OMS, es un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos. Estos pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base, como el cáncer, enfermedad cerebro vascular, VIH, diabetes, trastornos alimenticios, abuso de sustancias... (Corea Del Cid, 2021).

En el estudio de Enric Aragonés, Josep Lluís Piñol y Antonio Labad (2009), se revela que casi la mitad de los pacientes con depresión mayor coexiste con un trastorno mental más, con dos en casi el 20%, y con tres en el 8,3%.

Este trastorno está muy presente en todas las sociedades, siendo las personas mayores, los jóvenes y las mujeres personas de riesgo (Clínica Universidad de Navarra, s.f.). Actualmente, en España este trastorno afecta a 6 millones de personas (Jiménez, 2022).

## 5. Trastornos de ansiedad

El trastorno de ansiedad es muy frecuente que acompañe también al trastorno depresivo (Aragonès et al., 2009).

## 6. Trastorno Obsesivo-Compulsivo y relacionados

## 7. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

## 8. Trastornos disociativos

## 9. Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

## 10. Trastornos alimentarios

## 11. Trastornos de la excreción

## 12. Trastornos del sueño-vigilia

## 13. Disfunciones sexuales

## 14. Disforia de género

## 15. Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

Este grupo incluiría el trastorno negativista desafiante (TND), trastorno explosivo intermitente (TEI), trastorno de la conducta, la piromanía y la cleptomanía.

El TND se caracteriza por un patrón de enfado/ irritabilidad, y discusiones/ actitud desafiante o vengativa. Esto conlleva un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

El TEI consta de arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por agresiones verbales o físicas.

El trastorno de la conducta, por su parte, consiste en un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales, dando lugar a la destrucción de la propiedad, agresiones, engaños y/o robos.

16. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

17. Trastornos neurocognitivos

18. Trastornos de la personalidad

Aquí se incluirían, entre otros;

El trastorno de la personalidad paranoide, caracterizado por una desconfianza y sospecha intensa hacia los demás, lo que interfiere en el funcionamiento diario del individuo. Las personas con este trastorno suelen creer que otros intentan hacerles daño sin tener pruebas que lo respalden, dudan de la lealtad de los demás y son reacias a confiar en otros. Pueden llegar a cometer delitos en creencia de autodefensa.

El trastorno de la personalidad límite, caracterizado por dificultades en la regulación de las emociones, cambios bruscos en el estado de ánimo, impulsividad, problemas de autoimagen y relaciones interpersonales inestables.

El trastorno de la personalidad esquizoide, en la que la persona muestra muy poco o ningún interés y capacidad para relacionarse con otras personas, y es muy difícil para ésta expresar un rango amplio de emociones (American Psychiatric Association, 2013).

En el trastorno de la personalidad narcisista, la persona necesita y busca demasiada atención, no comprende o no le importan los sentimientos de los demás, y se hacen ver como unas personas con plena confianza en sí mismos, pero realmente están llenas de inseguridad (Mayo Clinic, s.f.).

El trastorno antisocial está caracterizado por el desprecio por los derechos de los demás, junto con una falta de empatía, remordimiento y responsabilidad por las propias acciones. Las personas con este trastorno tienden a actuar de forma impulsiva, manipuladora, engañosa o incluso agresiva, y tienen dificultades para ajustarse a las normas sociales o legales.

19. Trastornos parafilicos
20. Otros trastornos mentales
21. Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos
22. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Varios estudios muestran que las mujeres tienen mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y psicóticos, mientras que en los hombres son más frecuentes los trastornos por abuso de sustancias y el trastorno antisocial de personalidad (Campo-Arias & Cassiani, 2008).

Es importante destacar que, para diagnosticar un trastorno, no basta con agotar la definición propia del trastorno, sino que tiene que haber un patrón persistente en el comportamiento, cumplir una serie de criterios (distintos para cada trastorno), y que éste afecte en el normal desarrollo y funcionamiento de la vida del individuo. Aunque algunos trastornos pueden tener características en común, son muy variados en cuanto a causas, síntomas y, sobre todo, tratamiento. Muchos se pueden aliviar con la debida atención, pero otros requerirán de un tratamiento de por vida para controlar sus síntomas. Son habituales las remisiones y recurrencias de los trastornos mentales, lo que puede provocar en el sujeto un mayor perjuicio. Además, es importante tener en cuenta que la demanda de atención a los trastornos mentales es muy grande y existe un reducido número de especialistas y personal de salud mental (Valencia Collazos, 2007).

### **2.1.2. Consecuencias de padecer un trastorno mental; Discriminación.**

Los trastornos mentales no se pueden explicar si se consideran únicamente los síntomas y signos de la enfermedad. Evidentemente, las consecuencias en el comportamiento de la persona, físicas o mentales, variarán según el tipo de trastorno, pero, ¿cuáles son las consecuencias de padecer un trastorno mental? Los trastornos mentales no solo tienen consecuencias en la vida del individuo a nivel familiar, social y laboral, padecer un trastorno mental acarrea además un coste económico y emocional.

Las personas con trastornos mentales suelen enfrentar discriminación y rechazo social, lo que agrava los efectos de su condición y dificulta su recuperación. Esta exclusión retrasa los procesos terapéuticos e impide la reintegración plena del individuo en la vida cotidiana. En consecuencia, se obstaculiza la normalización necesaria para su bienestar y autonomía. Se ha observado que las personas que padecen un trastorno mental no pueden acceder a espacios educativos normalizados, ni tampoco suelen establecer relaciones de amistad o pareja (Mascayano Tapia et al., 2015). Por otro lado, estas personas sufren además una ausencia de oportunidades de trabajo. De hecho, es más probable que estén desempleadas en lugar de estar trabajando (Ministerio de Sanidad, 2021). En España, las personas con una discapacidad por trastornos mentales presentan la peor tasa de empleo en comparación con el resto de grupos de personas con discapacidad (Lettieri, 2022). El trabajo no solo genera beneficios económicos, sino también psicológicos, ya que cumple una función resocializadora y reintegradora, vital para la recuperación del individuo.

Las familias de los pacientes también enfrentan múltiples desafíos, como la carga emocional que implica cuidar a una persona cuando tiene alguna discapacidad, así como el respaldo económico en caso de que no pueda trabajar. A esto se suman los gastos relacionados con el tratamiento, como consultas médicas, hospitalizaciones, terapias, medicamentos, etc. Además, hay que tener en cuenta el tiempo que algunos familiares deben dejar de trabajar, tanto para hacerse cargo del paciente en sus recaídas, como para acompañarle a terapia, por ejemplo. Todo esto impacta negativamente en la calidad de vida familiar, genera altos niveles de estrés y puede derivar en problemas emocionales y de salud mental entre los miembros del entorno cercano, como depresión o consumo de sustancias. Al igual que el individuo, las familias también llegan a sufrir discriminación por parte de su comunidad por el hecho de tener a una persona que sufre un trastorno mental en el hogar. En algunos casos, incluso se da una ruptura interna, cuando algún familiar no acepta al enfermo, negándole el apoyo que tanto necesita (Valencia Collazos, 2007). Como consecuencia de esto, el paciente puede acabar viviendo en la calle, con la delincuencia como única forma de supervivencia.

Por otro lado, los trastornos mentales no solo afectan a la economía del propio individuo o a la de su familia, sino que conllevan un alto coste económico a la sociedad. Estos

trastornos representan uno de los desafíos económicos más importantes para el sistema de salud en este siglo, ya que ponen en riesgo tanto los servicios de atención médica y social como la estabilidad futura de la economía (PsicoActiva, 2024). Los trastornos mentales suponen unos costes anuales equivalentes al 4.2% del PIB, lo que equivale a 60.000 millones de euros (El Confidencial, 2024).

A pesar de la inversión significativa que realiza el sistema de salud en España para abordar los trastornos mentales, los esfuerzos institucionales no siempre se ven acompañados por un cambio social real. La discriminación social y laboral que enfrentan muchos individuos con trastornos mentales actúa como una barrera adicional, que dificulta su inclusión plena en la sociedad y, en consecuencia, reduce la eficacia de los recursos destinados a su atención. Esta importante discriminación es consecuencia del estigma existente.

## **2.2. ESTIGMA.**

El estigma es una barrera más que tiene que afrontar el paciente durante su recuperación. Goffman (Goffman, 1970) definió *estigma* como un atributo profundamente devaluador, que degrada y rebaja a la persona portadora del mismo. En el ámbito de la salud mental, el estigma es como una etiqueta que se le aplica a las personas únicamente por padecer un trastorno mental.

El estigma consta de tres dimensiones: *cognitiva* (estereotipos), *emocional* (prejuicios) y *conductual* (discriminación). Los estereotipos serían las creencias de peligrosidad, impredecibilidad, irresponsabilidad, etc. Por su parte, los prejuicios son respuestas ante estos estereotipos, los cuales generan miedo, ira, o culpabilización del problema psicológico. Estos dan paso a la última dimensión del estigma, hablamos de conductas discriminatorias, evitación, distancia social, coacción u hostilidad, entre otras (Zamorano et al., 2023). El grupo estigmatizador ve al estigmatizado como distinto, inferior, lo cual lleva a una segregación, discriminación y a una asimetría de poder. Este es el llamado *estigma social*. El *estigma personal*, sería la interiorización por parte del individuo estigmatizado de todas esas actitudes, haciéndolas suyas. Y, por último, el *estigma estructural* corresponde a la discriminación que realizan las propias políticas

institucionales a estas personas, como sería una pobre atención médica o una falta de fondos para el tratamiento de los trastornos (UCM - Grupo 5 Contra el Estigma, s.f.).

### **2.2.1. Estigmatización de los trastornos mentales; Violencia y delincuencia.**

Algunos de los trastornos mentales más estigmatizados son la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, a los que se les asocia erróneamente la locura, violencia, marginalidad, etc. El trastorno bipolar, al que normalmente se asocia la idea de peligrosidad e imprevisibilidad, está muy rechazado socialmente, o los trastornos de la personalidad, los cuales tienen incluso prejuicios marcados dentro del ámbito clínico, ya que muchos profesionales describen a los pacientes con trastorno límite de la personalidad como “estresantes” o “difíciles de tratar”, negándoles incluso a veces tratamiento, o derivándolos constantemente de un servicio a otro (Aviram et al., 2006). El trastorno de la personalidad antisocial se asocia automáticamente con “psicopatía” y “delincuencia”, y el trastorno narcisista, a menudo caricaturizado como “egocéntrico, tóxico, arrogante”. Según investigaciones (Sheehan et al., 2016), los pacientes con trastornos de la personalidad reciben menos empatía que aquellos con depresión o ansiedad. También existe la creencia de que las personas que padecen alguno de los trastornos citados pueden hacer daño a su entorno familiar y social (Aguilar, 2013). Por otro lado, la depresión, la ansiedad o el estrés no han sido vistos como verdaderos problemas de salud hasta hace pocos años, infravalorándose sus causas y consecuencias, quedando aún camino por recorrer. Las actitudes sociales son diferentes respecto a estos distintos trastornos, aunque lo que sí tienen en común es el rechazo. Según Álvarez et al. (2021), algunos tipos de trastornos se asocian más a la delincuencia y agresividad, como es el caso del trastorno antisocial de la personalidad.

En términos generales, a las personas que sufren algún trastorno mental se las tacha de “loco”. Este adjetivo se asocia con alguien violento, inestable, impredecible e incontrolable, lo que refuerza el estereotipo de que las personas con problemas de salud mental son una amenaza. Al emplear “loco/a”, se le resta valor o seriedad a una experiencia real de malestar psicológico y, además, se está reduciendo su identidad a su diagnóstico. Es decir, cuando te refieres a una persona que tiene esquizofrenia como

“esquizofrénico/a”, o a una persona con depresión “depresivo/a”, estás definiendo a la persona únicamente por su trastorno diagnosticado, quitándole identidad y creando una sensación de discapacidad constante (Pascual Sanoner, 2022).

Desde la infancia, rara vez se nos enseña a identificar, comprender o normalizar las dificultades relacionadas con la salud mental. A lo largo de los años, los trastornos mentales han sido objeto de un profundo estigma que hunde sus raíces en la desinformación, la falta de educación emocional desde edades tempranas y la persistente reproducción de estereotipos dañinos en los medios de comunicación. El cine, la literatura y los medios han reforzado esta imagen de “el loco peligroso”, alejando aún más la comprensión real de los trastornos mentales. “Loco” es comúnmente empleado para describir a personas con un trastorno mental, y no es más que una palabra basada en la desinformación que perpetúa estigmas, reforzando el miedo y el rechazo, y ridiculizando el sufrimiento. Mateo Aguilar, en su estudio sobre el trato del colectivo con trastornos mentales de los periódicos, afirma que, el uso incorrecto del lenguaje, el sensacionalismo en noticias sobre delitos cometidos por personas con trastornos mentales y la falta de información positiva refuerzan una imagen pública distorsionada y discriminatoria hacia este grupo. “Un paciente con esquizofrenia agrede a...”, “una persona con trastornos mentales ataca a...”, etc. La imagen que se nos muestra es que las personas con trastornos mentales son violentas, y en cualquier momento pueden desencadenar una reacción de este tipo (Menéndez, 2018). Las representaciones mediáticas, lejos de promover una visión realista, suelen vincular trastornos mentales con la violencia, el crimen o la maldad. Películas donde personajes con síntomas psicóticos son presentados como villanos, refuerzan la asociación entre enfermedad mental y peligrosidad. Además, la escasa presencia de voces con experiencia en primera persona, la falta de noticias que visibilicen historias positivas o de recuperación, y la ausencia de programas educativos que fomenten la empatía y la inclusión, consolidan el rechazo social. Todo ello contribuye a que los trastornos mentales sean no solo mal comprendidos, sino también marginados, dificultando el acceso al diagnóstico, al tratamiento y a una vida digna sin etiquetas ni prejuicios.

La creencia de que las personas con trastornos mentales son inherentemente peligrosas o propensas a cometer delitos es una idea muy extendida, pero ampliamente

desmentida por la literatura científica. En primer lugar, es fundamental comprender que la criminalidad no puede explicarse únicamente por la presencia de un trastorno mental. Factores como la exclusión social, la pobreza, una historia de trauma o abuso, y la falta de acceso a tratamiento adecuado son determinantes clave tanto en el desarrollo de trastornos mentales como en la aparición de comportamientos delictivos (OMS 2022; Borum, 2014). Si bien algunos trastornos mentales pueden estar asociados con un mayor riesgo de comportamientos delictivos, esta relación varía significativamente según el tipo de trastorno.

Por ejemplo, el trastorno antisocial de la personalidad (TPA) sí presenta una correlación elevada con la criminalidad, especialmente en delitos violentos, robos, agresiones o fraudes, debido a su sintomatología centrada en la impulsividad, la falta de empatía y el desprecio por las normas sociales (American Psychiatric Association, 2013). También se ha documentado que el trastorno por consumo de sustancias, cuando coexiste con otros diagnósticos, incrementa el riesgo de comportamiento delictivo (Fazel et al., 2009). Sin embargo, en la mayoría de los casos, los trastornos mentales no están relacionados con conductas criminales graves. Las personas con esquizofrenia tienen un riesgo ligeramente mayor de cometer actos violentos, pero este riesgo está más asociado al consumo de drogas o alcohol que al trastorno en sí (Large & Nielssen, 2011). La mayoría de los delitos cometidos por personas con enfermedades mentales no están directamente relacionados con su trastorno. Aunque existe una asociación entre los trastornos del espectro de la esquizofrenia y la violencia, la mayoría de las personas con estos trastornos no son violentas (Whiting et al., 2022). En concreto, solo alrededor del 4% de los delitos están causados directamente por los síntomas psicóticos, como alucinaciones o delirios (Europa Press, 2014). Por otro lado, en trastornos como el trastorno narcisista de la personalidad, aunque puede haber manipulación, estafas o maltrato psicológico, no suele existir un patrón de criminalidad grave, y la violencia física no es característica (Ronningstam, 2005). Por su parte, el trastorno bipolar puede asociarse en fases maníacas con conductas de riesgo o impulsividad, como hurtos menores, agresiones verbales o conducción temeraria, pero no con delitos violentos (Swann, 2010). Por otro lado, trastornos como la depresión, la ansiedad generalizada o el trastorno obsesivo-compulsivo rara vez están vinculados a comportamientos

delictivos, y más bien aumentan la vulnerabilidad de la persona como víctima en lugar de como agresora (Stuart, 2003). En realidad, la mayoría de las personas con trastornos mentales son más propensas a ser víctimas que perpetradoras (Fazel & Grann, 2006; Europa Press, 2014).

En definitiva, el riesgo de criminalidad entre personas con trastornos mentales es muy heterogéneo, no existe una relación directa entre salud mental y criminalidad, y generalizarlo refuerza estigmas erróneos que afectan directamente su inclusión y acceso a tratamientos adecuados.

### **2.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.**

El objetivo general de este estudio es explorar cuál es el grado del estigma hacia los trastornos mentales presente en la población general española, así como su percepción sobre la existencia de dicho estigma en la sociedad actual. A través de la administración de una encuesta estructurada, se pretende obtener datos cuantitativos que permitan medir la actitud social hacia las personas con estos problemas de salud mental y, al mismo tiempo, identificar si existe una conciencia colectiva del estigma como fenómeno estructural.

Por lo tanto, como objetivos específicos se plantean los siguientes;

- Evaluar el nivel de estigmatización hacia los trastornos mentales dentro de la población general.
- Analizar si la población es consciente del estigma que afecta a las personas con trastornos mentales en la sociedad española.
- Comparar la percepción individual del estigma con la visión general de su presencia en el entorno social.
- Examinar si las actitudes estigmatizantes varían en función del perfil profesional del participante, especialmente en aquellos que forman parte de sectores clave como la sanidad, el trabajo social, la docencia y las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado. Este análisis parte de la hipótesis formulada en numerosos estudios previos, los cuales evidencian que el estigma no solo proviene de la

sociedad en general, sino que también puede estar presente en profesionales sanitarios y en las propias instituciones (Zamorano et al., 2023).

- Se analizará también la influencia de contacto cercano o incluso en primera persona con un trastorno mental.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1. PARTICIPANTES.**

Se seleccionaron para el estudio a todos los individuos que completaron una encuesta online y que cumplían con dos criterios de inclusión. Los participantes debían ser mayores de 18 años y tener un dominio adecuado del idioma castellano, lo que les permitía entender y responder adecuadamente a las preguntas formuladas. Todos los sujetos participaron en el estudio de forma voluntaria y se les garantizó el anonimato y la confidencialidad. Esta encuesta fue difundida a través de las redes sociales, y se utilizó una estrategia de muestreo de bola de nieve, donde se animó a las personas que inicialmente participaron a compartir el enlace de la encuesta con sus contactos, facilitando así la ampliación de la muestra.

La encuesta fue completada por un total de 220 personas. Se excluyó a una de ellas por haber declarado tener 15 años, ya que incumplía uno de los criterios de inclusión. Así, se analizaron las respuestas de 219 participantes, de los cuales el 65 % eran mujeres. La edad media del grupo fue de 37,8 años (DT= 17,19).

#### **3.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA.**

La encuesta fue diseñada con el propósito de evaluar el nivel de estigmatización hacia los trastornos mentales, así como la percepción social sobre la existencia del propio estigma. Esta encuesta incluía al inicio una breve descripción de los objetivos del estudio y el consentimiento para los participantes. Los ítems de la encuesta se diferenciaban en dos secciones, y se consideraron los datos de ambas en el estudio. La encuesta se puede observar en el *anexo* del presente estudio. Contiene los siguientes aspectos;

La primera sección, “Aspectos Sociodemográficos”, recopila información sociodemográfica del participante, incluyendo edad, sexo, nacionalidad, país de origen, nivel educativo y ocupación. Asimismo, se indagaba si él mismo o alguien cercano había sido diagnosticado con un trastorno mental.

La segunda sección, titulada “Los trastornos mentales en sociedad”, comenzaba con la definición de trastorno mental proporcionada por la OMS, con el fin de evitar malentendidos y asegurar una comprensión uniforme por parte de los encuestados. La sección tenía como objetivo conocer el grado de estigma hacia las personas que padecían algún trastorno mental por parte del encuestado, así como su percepción sobre el nivel de estigmatización presente en la sociedad. Para ello, se incluyeron ítems que exploraban tanto creencias individuales como percepciones sociales. Algunos de los ítems abordaban la actitud hacia la inclusión laboral, evaluando, por ejemplo, el grado de comodidad al trabajar con personas con este diagnóstico psiquiátrico. También se indagó sobre la percepción de peligrosidad, el nivel de acuerdo con la posibilidad de llevar una vida normal bajo tratamiento, y la percepción general sobre la discriminación social hacia estos colectivos. Además, se incluyó una pregunta sobre la percepción causal de los trastornos mentales, diferenciando entre factores biológicos, circunstancias de vida o una combinación de ambos, con el fin de explorar creencias etiológicas. Finalmente, se evaluó la opinión de los participantes respecto al acceso a servicios de salud mental en su país, como indicador de percepción institucional.

Para las preguntas sobre la percepción de peligrosidad (¿Qué tan de acuerdo estás con la afirmación: "Las personas con trastornos mentales representan un peligro para la sociedad"?) y el nivel de acuerdo con la posibilidad de llevar una vida normal bajo tratamiento (¿Qué tan de acuerdo estás con la afirmación: "Las personas con trastornos mentales pueden llevar una vida normal con el tratamiento adecuado"?), se utilizó como método de respuesta una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 correspondía a "totalmente en desacuerdo" y 7 a "totalmente de acuerdo", permitiendo una mayor sensibilidad en la medición de actitudes. El resto de los ítems fueron de opción cerrada (respuesta dicotómica o categórica), facilitando su análisis cuantitativo.

A continuación, en esta misma sección, se incorporó la *Escala CAMI*, (Community Attitudes Towards Mental Illness; Taylor & Dear, 1981), utilizándose una adaptación del

instrumento original al contexto español (CAMI-S; Sastre-Rus et al., 2018). Este cuestionario mide varias dimensiones del estigma hacia las personas con trastornos mentales, tales como: el estigma social, (la percepción que tiene la sociedad sobre las personas con trastornos mentales), el estigma personal, (las actitudes del individuo hacia este colectivo y su disposición a interactuar o incluirlas en diversos ámbitos de la vida, como el trabajo o las relaciones sociales), y la percepción de tratamiento y apoyo disponible en su comunidad.

La escala consta de 20 ítems, cada uno con una respuesta en formato de escala Likert de 5 opciones: desde "total desacuerdo" hasta "total acuerdo", pasando por "considerable desacuerdo", "neutro" y "considerable acuerdo". Las posibles puntuaciones totales de la escala presentan un intervalo de 20 a 100 puntos, indicando las puntuaciones más altas reacciones más favorables a la integración de las personas con trastornos mentales.

Este instrumento ha demostrado ser fiable y válido, siendo el coeficiente alfa de Cronbach de 0,790 (Sastre-Rus et al., 2018).

### **3.3. PROCEDIMIENTO.**

La encuesta fue elaborada mediante *Microsoft Forms*, utilizando el acceso proporcionado por la Universidad. En primer lugar, se incluyeron preguntas sociodemográficas para recabar información general sobre los participantes. Posteriormente, se añadieron ítems orientados a explorar aspectos relacionados con el estigma, y finalmente, se incorporó la escala CAMI-S. El consentimiento informado se presenta al inicio de la encuesta, donde se detalla su finalidad. Este puede consultarse en el correspondiente anexo.

La encuesta se difundió por primera vez el 25 de marzo, a través de WhatsApp a un grupo de confianza formado por tres mujeres, con el objetivo de realizar una prueba piloto. Gracias a sus observaciones se corrigieron preguntas que eran obligatorias y no debían serlo. Una vez corregido este fallo, se procedió ese mismo día a la difusión general de la encuesta vía WhatsApp. Se compartió el formulario tanto en chats privados como en chats de grupo, solicitando a los participantes que reenviasen la encuesta a sus contactos del mismo modo, para poder así ampliar el alcance. A su vez, se compartió un enlace en

Instagram, invitando a la gente a que colaborase en el estudio. El tiempo medio de cumplimentación fue de 6 minutos y 44 segundos. La encuesta se cerró el 5 de mayo.

Se garantizaron todos los requisitos éticos del estudio, incluyendo la confidencialidad de las respuestas y la protección de los datos personales de los participantes.

### **3.4. ANÁLISIS DE DATOS.**

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencia con el objetivo de caracterizar la muestra y examinar las diferentes estimaciones tanto del nivel de estigma como de la percepción de éste, según diferentes características personales de los encuestados. Para analizar las posibles diferencias entre las respuestas de distintos grupos, (según características comunes), se aplicaron pruebas t de student.

Se calculó el tamaño del efecto a través de la d de Cohen. De acuerdo a los criterios de Cohen (1992), para la d se consideraron efectos pequeños a partir de 0,2; medianos a partir de 0,5 y grandes a partir de 0,8.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA.**

Las características de los participantes en el estudio se pueden encontrar en la Tabla 1. La edad media fue de 37,8 años (DT = 17,9). La muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres, que representaron el 65% del total. Asimismo, la mayoría de los participantes eran de nacionalidad española (98%).

En cuanto al nivel educativo, destacan los participantes con estudios universitarios, que constituyen el 54% de la muestra. Respecto a la formación o experiencia laboral, se dispone de datos de 124 personas, (57% del total), ya que no todos los encuestados tenían formación o experiencia en alguno de los ámbitos propuestos. Del total de la muestra, nos encontramos con que un 30% tiene formación o experiencia en ciencias de la salud y forenses, un 8% en trabajo o educación social, un 15% en el ámbito educativo y un 8% en Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Por otro lado, el 64% de los encuestados manifestó conocer a alguien cercano con un trastorno mental, mientras que el 80% indicó no haber recibido nunca diagnóstico ni tratamiento por un trastorno de este tipo.

**Tabla 1.** Características de los participantes (n=219)

|                                                                          |                      | <i>n (%)</i> | <i>M (DT)</i> |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------|---------------|
| <i>Edad</i>                                                              |                      | -            | 37,8 (17,19)  |
| <i>Sexo</i>                                                              | Mujer                | 143 (65)     | -             |
|                                                                          | Hombre               | 74 (34)      |               |
|                                                                          | Prefiero no decirlo  | 2 (1)        |               |
| <i>País de Nacimiento</i>                                                | España               | 213 (97)     | -             |
|                                                                          | Otro                 | 6 (3)        |               |
| <i>Nacionalidad</i>                                                      | Española             | 215 (98)     | -             |
|                                                                          | Otras                | 4 (2)        |               |
| <i>Nivel de estudios</i>                                                 | Primarios            | 20 (9)       | -             |
|                                                                          | Secundarios          | 81 (37)      |               |
|                                                                          | Universitarios       | 118 (54)     |               |
| <i>Ocupación actual</i>                                                  | Estudiante           | 74 (34)      | -             |
|                                                                          | Empleado             | 113 (51)     |               |
|                                                                          | Desempleado          | 21 (9)       |               |
|                                                                          | Jubilado             | 11 (5)       |               |
| <i>Formación o experiencia laboral</i>                                   | Ciencias de la Salud | 48 (22)      | -             |
|                                                                          | Ciencias forenses    | 17 (8)       |               |
|                                                                          | Trabajo social       | 18 (8)       |               |
|                                                                          | Ámbito educativo     | 33 (15)      |               |
|                                                                          | FyCSE                | 8 (4)        |               |
| <i>¿Conoces a alguien cercano con un trastorno mental?</i>               | SÍ                   | 140 (64)     | -             |
|                                                                          | NO                   | 79 (36)      |               |
| <i>¿Has recibido diagnóstico o tratamiento para un trastorno mental?</i> | SÍ                   | 44 (20)      | -             |
|                                                                          | NO                   | 175 (80)     |               |

#### **4.2. PERCEPCIÓN SOBRE LOS TRASTORNOS MENTALES Y EL ESTIGMA ASOCIADO A ESTOS.**

En el segundo bloque de la encuesta, centrado en el estigma hacia los trastornos mentales, se planteó en primer lugar la afirmación: *“Las personas con trastornos mentales pueden llevar una vida normal con el tratamiento adecuado”*. Utilizando una escala de respuesta de 1 (totalmente desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), se obtuvo una calificación promedio de 5,05. Destaca que solo el 4% de la muestra eligió la opción 1, mientras que el 23% seleccionó la opción 6 y un 25% la 7. Relacionado con esto, nos encontramos con que casi el 90% de los encuestados consideró que en su país no existe suficiente acceso a tratamiento y apoyo para la salud mental.

En relación con la percepción de peligro asociada a los trastornos mentales, se formuló la afirmación: *“Las personas con trastornos mentales representan un peligro para la sociedad”*. Bajo el mismo formato de escala del 1 al 7, se obtuvo una calificación media de 3,25, posicionándose más del 20% de las respuestas en el número 4. Por su parte, un 7%, están totalmente de acuerdo con esta afirmación, y más del doble de éstos, en concreto un 16%, totalmente en desacuerdo.

Siguiendo con el grado de estigma, la pregunta *“¿Te sentirías cómodo/a trabajando con alguien que tiene un trastorno mental diagnosticado?”*, pretendía evaluar el nivel de aceptación interpersonal. Con opciones de respuesta Sí o No, únicamente un 20% del total optó por el No.

Por otro lado, el 92% de los participantes afirmaron creer que la sociedad discrimina a las personas con trastornos mentales.

En cuanto a la creencia de las causas de los trastornos mentales, un 6% opinaba que se debían exclusivamente a factores biológicos, mientras que el 17% a circunstancias de la vida. El 77% opinaba que se debían a ambos al 50%.

Tras estas cuestiones, se sitúa el cuestionario CAMI-S. Como mencionamos anteriormente, esta escala tiene una forma propia de puntuarse. El cuestionario consta de 20 ítems, de los cuales 12 están redactados en sentido positivo y 8 en sentido negativo (ítems con puntuación invertida). Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de 5 opciones; Total desacuerdo, considerable desacuerdo, neutro, considerable

acuerdo y total acuerdo. A cada respuesta de los ítems positivos, se le asigna un valor del 1 al 5, respectivamente. Mientras que, en los negativos, (ítems número 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13 y 20) se invierten los valores, siendo total desacuerdo= 5, considerable desacuerdo= 4, neutro= 3, considerable acuerdo= 2 y total acuerdo= 1.

Posteriormente, se suman los puntos de cada pregunta. Así, cada participante tiene un valor total en esta escala, que oscilará entre 20 y 100. A mayor puntuación, mayor perspectiva positiva respecto a la integración de las personas con algún trastorno mental.

Una vez realizado esto, observamos que la puntuación promedio ha sido de 78,46 puntos. La puntuación más baja es de 48 puntos, la cual corresponde a una mujer de 59 años española, con un nivel de estudios secundarios y actualmente desempleada. Esta participante negó tanto haber recibido diagnóstico por un trastorno mental como conocer a alguien cercano que lo padezca. Afirmó también que no se sentiría cómoda trabajando con alguien que tiene un trastorno mental. Por otro lado, afirma que la sociedad discrimina a estas personas.

4 personas han obtenido la puntuación más alta posible en el cuestionario, 100 puntos.

- 1- Mujer española, 21 años. Actualmente es estudiante universitaria, con formación en Ciencias de la Salud.
- 2- Mujer española de 60 años, trabajando en el ámbito educativo.
- 3- Hombre, 58 años, español. Estudios universitarios, máster.
- 4- Mujer de 56 años, española y con estudios primarios.

La primera mujer está considerablemente en desacuerdo con el hecho de que las personas con trastornos mentales representan un peligro para la sociedad. Los demás afirman estar totalmente en desacuerdo. A su vez, la primera mujer es la única que indica no sentirse cómoda en caso de trabajar con alguien con un trastorno mental. Los tres restantes afirman que si se sentirían cómodos.

Por otro lado, estos cuatro participantes dicen conocer a alguien cercano con un trastorno mental, mientras que la mujer de 56 años afirma además haber recibido personalmente tratamiento o diagnóstico para ello.

#### 4.3. DIFERENCIAS EN EL ESTIGMA EN FUNCIÓN DE DISTINTAS VARIABLES.

Procedemos a continuación a analizar las diferencias de estigmatización según las diferentes variables extraídas en la encuesta.

Para la correcta comprensión de todos los resultados y tablas que se ponen a continuación, se recuerda que el ítem “vida normal” consiste en la pregunta: (¿Qué tan de acuerdo estás con la afirmación: “Las personas con trastornos mentales pueden llevar una vida normal con el tratamiento adecuado?”), la cual se contestaba con una escala tipo Likert de 7 puntos, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”. El ítem “peligrosidad” corresponde a la pregunta, (¿Qué tan de acuerdo estás con la afirmación: “Las personas con trastornos mentales representan un peligro para la sociedad?”), con el mismo método de respuesta. El ítem CAMI-S equivale al cuestionario de 20 preguntas, cada una con opción de respuesta tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 “total desacuerdo” y 5 “total acuerdo”. La puntuación del CAMI-S oscila entre los 20 y 100 puntos, correspondiendo una mayor puntuación a una mayor perspectiva positiva hacia las personas con un trastorno mental.

Empezamos diferenciando los resultados en función del **sexo**. Podemos observarlos en la Tabla 2. Para ello, tenemos en cuenta a *Hombres y Mujeres*, obviando los datos de quien seleccionó “*Prefiero no decirlo*” en este apartado.

En el ítem de si creen que las personas con un trastorno mental podrían llevar una vida normal con tratamiento adecuado, las mujeres tienen una puntuación media de 5,09 (DT= 1,79), mientras que la de los hombres es de 4,99 (DT= 1,57). Esta pequeña diferencia no es estadísticamente significativa ( $t= 0,424$ ;  $p= 0,672$ ).

En el caso del ítem “peligrosidad”, las mujeres tienen una puntuación media de 3,17 (DT= 1,69), y los hombres de 3,43 (DT= 1,87). Ocurre lo mismo que anteriormente, ya que la diferencia no es estadísticamente significativa ( $t= 1,06$ ;  $p= 0,292$ ).

Respecto a los datos obtenidos del CAMI-S, vemos una media de las mujeres de 80,2 (DT= 11,9), mientras que en el caso de los hombres se obtiene una media inferior, siendo esta de 75,5 (DT= 13,9). Esta diferencia es estadísticamente significativa ( $t= 2,55$ ;  $p= 0,011$ ), obteniendo dicha diferencia un tamaño del efecto pequeño ( $d= 0,366$ ).

**Tabla 2.** Diferencias en los niveles de estigma en función del sexo

|                            | <i>Hombres</i> | <i>Mujeres</i> |          |          |          |
|----------------------------|----------------|----------------|----------|----------|----------|
|                            | <b>M (DT)</b>  | <b>M (DT)</b>  | <b>t</b> | <b>p</b> | <b>d</b> |
| <i>ÍTEM “vida normal”</i>  | 4,99 (1,57)    | 5,09 (1,79)    | 0,424    | 0,672    | 0,0608   |
| <i>ÍTEM “peligrosidad”</i> | 3,43 (1,87)    | 3,17 (1,69)    | 1,06     | 0,292    | 0,151    |
| <i>CAMI-S</i>              | 75,5 (13,9)    | 80,2 (11,9)    | 2,55     | 0,011    | 0,366    |

Ahora, analizamos las diferencias según la **edad** (véase Tabla 3). Para ello, agrupamos todas las edades en dos grupos, <38 y >38, incluyendo esta edad en el primero. Esta agrupación está realizada así ya que la media de edad entre los individuos de la muestra es de 37,8 años.

En el ítem de “vida normal”, los menores de 38 años obtienen una media de 5,06 (DT= 1,50), y los mayores de 38 de 5,05 (DT= 1,94). Esta diferencia no es estadísticamente significativa ( $t= 0,0250$ ;  $p= 0,980$ ).

Respecto al CAMI-S, obtenemos una media de 78,5 para ambos grupos, (DT= 12,7) y (DT= 13) respectivamente. Por lo que la diferencia tampoco es estadísticamente significativa ( $t= 0,0134$ ;  $p= 0,989$ ).

Sí observamos una diferencia significativa en el ítem “peligrosidad”. La media del primer grupo de edad es de 2,93 (DT= 1,46), y la del segundo es de 3,66 (DT=1,98), siendo estadísticamente significativa la diferencia ( $t= -3,15$ ;  $p= 0,002$ ). El tamaño del efecto es pequeño ( $d= 0,429$ ).

**Tabla 3.** Diferencias en los niveles de estigma en función de la edad

|                            | <i>&lt;38</i> | <i>&gt;38</i> |          |          |          |
|----------------------------|---------------|---------------|----------|----------|----------|
|                            | <b>M (DT)</b> | <b>M (DT)</b> | <b>t</b> | <b>p</b> | <b>d</b> |
| <i>ÍTEM “vida normal”</i>  | 5,06 (1,5)    | 5,05 (1,94)   | 0,025    | 0,980    | 0,00341  |
| <i>ÍTEM “peligrosidad”</i> | 2,93 (1,46)   | 3,66 (1,98)   | 3,15     | 0,002    | 0,429    |
| <i>CAMI-S</i>              | 78,5 (12,7)   | 78,5 (13)     | 0,0134   | 0,989    | 0,00183  |

Continuamos analizando las diferencias según el **nivel educativo** más alto alcanzado, haciendo distinción entre los que han alcanzado un *grado universitario* y los que no. (Los datos se encuentran en la Tabla 4). En este caso, encontramos una diferencia significativa en todos los ítems.

En el ítem de “vida normal” observamos que ( $t= 1,96$ ;  $p= 0,051$ ), obteniendo un tamaño del efecto pequeño ( $d= 0,266$ ). En el ítem “peligrosidad”, ( $t= 1,93$ ;  $p= 0,055$ ), siendo también el tamaño del efecto pequeño ( $d= 0,261$ ). Y, por último, ocurre lo mismo en el CAMI-S, ( $t= 2,51$ ;  $p= 0,013$ ), con un tamaño del efecto pequeño ( $d= 0,340$ ).

**Tabla 4.** Diferencias en los niveles de estigma en función del nivel educativo

|                            | <i>Grado<br/>universitario</i> | <i>No grado<br/>universitario</i> |          |          |          |
|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------|----------|----------|
|                            | <b>M (DT)</b>                  | <b>M (DT)</b>                     | <b>t</b> | <b>p</b> | <b>d</b> |
| <i>ÍTEM “vida normal”</i>  | 5,26 (1,61)                    | 4,81 (1,79)                       | 1,96     | 0,051    | 0,266    |
| <i>ÍTEM “peligrosidad”</i> | 3,04 (1,64)                    | 3,50 (1,84)                       | 1,93     | 0,055    | 0,261    |
| <i>CAMI-S</i>              | 80,4 (12,6)                    | 76,1 (12,6)                       | 2,51     | 0,013    | 0,340    |

La siguiente variable que vamos a ver es la **formación y experiencia laboral**, distinguiendo los datos según los distintos ámbitos.

En primer lugar, en la Tabla 5, agrupamos a las personas con formación o experiencia en *Ciencias de la Salud* junto con *Criminología* y *Ciencias Forenses*. Están incluidos en este apartado un total de 65 personas, respecto las 219 de la muestra total.

**Tabla 5.** Nivel de estigma según formación o experiencia en Ciencias de la Salud, Criminología y Ciencias Forenses.

|                            | <i>Ciencias de la Salud, Forenses<br/>y Criminología</i> | <i>NO Ciencias de la Salud,<br/>Forenses y Criminología</i> |          |          |          |
|----------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|
|                            | <b>M (DT)</b>                                            | <b>M (DT)</b>                                               | <b>t</b> | <b>p</b> | <b>d</b> |
| <i>ÍTEM “vida normal”</i>  | 5,29 (1,45)                                              | 4,95 (1,80)                                                 | 1,34     | 0,182    | 0,198    |
| <i>ÍTEM “peligrosidad”</i> | 3,18 (1,57)                                              | 3,28 (1,82)                                                 | 0,366    | 0,715    | 0,0541   |
| <i>CAMI-S</i>              | 79,7 (11,9)                                              | 77,9 (13,1)                                                 | 0,926    | 0,355    | 0,137    |

Aunque apreciamos una pequeña diferencia el ítem “vida normal”, no es estadísticamente significativa ( $t= 1,34$ ;  $p= 0,182$ ), no llegando a ser relevante el tamaño del efecto ( $d= 0,198$ ). Tampoco se aprecian diferencias significativas en los demás ítems.

En segundo lugar, vamos con la formación o experiencia en el ámbito del *Trabajo y Educación Social*, representado en la Tabla 6. Este grupo lo componen 18 personas, un 8% del total de la muestra.

Observamos que las tres diferencias son estadísticamente significativas. En el ítem “vida normal” obtenemos un tamaño del efecto pequeño ( $d= 0,428$ ), y un tamaño del efecto mediano en el ítem “peligrosidad” ( $d= 0,579$ ) y en el CAMI-S ( $d= 0,731$ ).

**Tabla 6.** Nivel de estigma según formación o experiencia en Trabajo Social

|                     | <i>Trabajo Social</i> | <i>NO Trabajo Social</i> |          |          |          |
|---------------------|-----------------------|--------------------------|----------|----------|----------|
|                     | <b>M (DT)</b>         | <b>M (DT)</b>            | <b>t</b> | <b>p</b> | <b>d</b> |
| ÍTEM “vida normal”  | 5,72 (1,45)           | 5 (1,72)                 | 1,74     | 0,083    | 0,428    |
| ÍTEM “peligrosidad” | 2,33 (1,28)           | 3,33 (1,76)              | 2,35     | 0,019    | 0,579    |
| CAMI-S              | 86,9 (8,77)           | 77,7 (12,8)              | 2,97     | 0,003    | 0,731    |

Continuamos con el siguiente grupo en la Tabla 7. Se trata del *Sector Educativo*, (maestros, docentes, etc.), representado por 33 encuestados, quienes representan un 15% de la muestra total.

Vemos que en el ítem “vida normal” la media del grupo perteneciente al ámbito educativo es de 5,39 (DT= 1,69), mientras que en el otro grupo es de 4,99 (DT= 1,71), existiendo así una diferencia significativamente estadística, ( $t= 1,24$ ;  $p= 0,216$ ), siendo el tamaño del efecto pequeño ( $d= 0,234$ ).

**Tabla 7.** Nivel de estigma según formación o experiencia en Ámbito Educativo

|                     | <i>Ámbito educativo</i> | <i>NO Ámbito Educativo</i> |          |          |          |
|---------------------|-------------------------|----------------------------|----------|----------|----------|
|                     | <b>M (DT)</b>           | <b>M (DT)</b>              | <b>t</b> | <b>p</b> | <b>d</b> |
| ÍTEM “vida normal”  | 5,39 (1,69)             | 4,99 (1,71)                | 1,24     | 0,216    | 0,234    |
| ÍTEM “peligrosidad” | 3,12 (1,71)             | 3,27 (1,75)                | 0,464    | 0,643    | 0,0876   |
| CAMI-S              | 79,3 (11,4)             | 78,3 (13)                  | 0,410    | 0,682    | 0,0774   |

Por último, el último grupo es el perteneciente a los integrantes de *Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FyCSE)*, siendo un 4% de la muestra. Vemos la representación en la Tabla 8.

Destacamos una diferencia estadísticamente significativa en el ítem “peligrosidad” y en el CAMI-S, obteniendo en el primero un tamaño del efecto mediano ( $d= 0,523$ ) y en el segundo un tamaño del efecto pequeño ( $d= 0,2$ ).

**Tabla 8.** Nivel de estigma según formación o experiencia en FyCSE

|                            | <i>FyCSE</i>  | <i>NO FyCSE</i> |          |          |          |
|----------------------------|---------------|-----------------|----------|----------|----------|
|                            | <b>M (DT)</b> | <b>M (DT)</b>   | <b>t</b> | <b>p</b> | <b>d</b> |
| <i>ÍTEM “vida normal”</i>  | 4,88 (1,46)   | 5,06 (1,72)     | 0,303    | 0,762    | 0,109    |
| <i>ÍTEM “peligrosidad”</i> | 2,38 (1,19)   | 3,28 (1,76)     | 1,45     | 0,148    | 0,523    |
| <i>CAMI-S</i>              | 76 (13,2)     | 78,6 (12,8)     | 0,554    | 0,580    | 0,2      |

En la Tabla 9 se presentan las diferencias en los tres ítems analizados, según si los encuestados tienen *conocidos cercanos con un trastorno mental* y si ellos mismos han *recibido diagnóstico o tratamiento* por uno. Observamos diferencias estadísticamente significativas en ambas variables para el ítem “peligrosidad”, siendo ambos tamaños del efecto pequeños. En la variable “Conoces o no a alguien cercano con un trastorno mental”, ( $d= 0,323$ ), mientras que para “Has sido diagnosticado con un trastorno”, ( $d= 0,213$ ). Vemos también como existe un tamaño del efecto mediano en ambas variables para el CAMI-S, siendo ( $d= 0,568$ ) y ( $d= 0,711$ ), respectivamente.

**Tabla 9.** Diferencias en los niveles de estigma según la cercanía a un trastorno mental

|                            | <i>Conocido<br/>con trastorno<br/>mental</i> |              |  | <i>No conocido<br/>con trastorno<br/>mental</i> |          |          | <i>Diagnosticado<br/>con trastorno<br/>mental</i> |              |  | <i>NO diagnosticado<br/>con trastorno<br/>mental</i> |          |          |
|----------------------------|----------------------------------------------|--------------|--|-------------------------------------------------|----------|----------|---------------------------------------------------|--------------|--|------------------------------------------------------|----------|----------|
|                            | <b>M (DT)</b>                                | <b>M(DT)</b> |  | <b>t</b>                                        | <b>p</b> | <b>d</b> | <b>M (DT)</b>                                     | <b>M(DT)</b> |  | <b>t</b>                                             | <b>p</b> | <b>d</b> |
| <i>ÍTEM “vida normal”</i>  | 5,14 (1,73)                                  | 4,91 (1,67)  |  | 0,934                                           | 0,352    | 0,131    | 5,23 (1,90)                                       | 5,01 (1,66)  |  | 0,749                                                | 0,455    | 0,126    |
| <i>ÍTEM “peligrosidad”</i> | 3,05 (1,72)                                  | 3,61 (1,74)  |  | 2,29                                            | 0,023    | 0,323    | 2,95 (1,85)                                       | 3,33 (1,71)  |  | 1,26                                                 | 0,208    | 0,213    |
| <i>CAMI-S</i>              | 81 (12,6)                                    | 74 (11,8)    |  | 4,04                                            | 0,001    | 0,568    | 85,5 (10,9)                                       | 76,7 (12,6)  |  | 4,21                                                 | 0,001    | 0,711    |

Por otro lado, continuamos comparando las siguientes variables relevantes; Diferenciamos a continuación los resultados en el CAMI-S según el **país de nacimiento**. Aquí observamos que la media para los que han nacido en *España* es de 78,6 (DT= 12,9), mientras que la media de los que han nacido *fuera de España* es de 72,2 (DT= 8,23). Esta diferencia resulta estadísticamente significativa ( $t= 1,22$ ;  $p= 0,222$ ), obteniendo un tamaño del efecto mediano ( $d= 0,507$ ).

Después, comparamos las puntuaciones obtenidas en el CAMI-S, en función de la *percepción sobre el acceso a tratamiento y apoyo para la salud mental en el país*. Los participantes que consideran que no hay suficiente acceso obtuvieron una media de 79,4 (DT= 12,5), mientras que aquellos que sí creen que el acceso es suficiente presentaron una media inferior, de 70,2 (DT= 12,4). Esta diferencia es estadísticamente significativa ( $t= 3,36$ ;  $p= 0,001$ ), siendo el tamaño del efecto mediano, ( $d= 0,742$ ).

Por último, vamos a comparar el nivel de estigma respecto de su *percepción social*.

En este caso, en el ítem de “vida normal”, en función de si piensan que la sociedad discrimina a las personas con trastornos mentales, los que no creen esto, han obtenido una media de 5,39 (DT= 1,24), mientras que los que sí piensan que la sociedad discrimina, tienen una media inferior, de 5,02 (DT= 1,74). Esta diferencia es estadísticamente relevante, ( $t= 0,866$ ;  $p= 0,387$ ), con un tamaño del efecto pequeño ( $d= 0,213$ ). En el ítem “peligrosidad”, el primer grupo, el cual niega el estigma, tiene una media de 3,06 (DT= 1,59), inferior al segundo grupo, con una media de 3,27 (DT= 1,76). En este caso, la diferencia no es estadísticamente significativa ( $t= 0,496$ ;  $p= 0,621$ ). Por último, las medias de los grupos para el CAMI-S son 71,4 (DT= 12,2) y 79,1 (DT= 12,7) respectivamente, obteniendo una diferencia significativa estadísticamente ( $t= 2,46$ ;  $p= 0,015$ ), siendo el tamaño del efecto mediano ( $d= 0,605$ ).

## 5. DISCUSIÓN (CONCLUSIONES Y LIMITACIONES)

El presente estudio pretendía explorar cuál es el grado de estigma, así como la percepción del mismo y de la violencia hacia las personas con un trastorno mental en la población general, comparando las estimaciones obtenidas de los participantes con los

datos expuestos en la literatura científica. Los resultados del análisis indicaron que la muestra estudiada presentaba un nivel de estigma inferior al esperado, tanto en la población general como entre los encuestados con formación en Ciencias de la Salud.

Por un lado, que la puntuación media obtenida en la afirmación *“Las personas con trastornos mentales pueden llevar una vida normal con el tratamiento adecuado”* haya sido de 5.05 puntos refleja una tendencia general positiva hacia la idea de recuperación y funcionalidad de quienes padecen un trastorno mental, lo que sugiere una presencia relativamente baja de estigmatización en este aspecto específico. Tal y como se expuso en la introducción, estudios previos reportaban datos diferentes, por ejemplo, el de Zamorano et al. (2023), o el de Tapia et al. (2015).

A su vez, los resultados obtenidos en relación con la aceptación interpersonal en el ámbito laboral sugieren un nivel relativamente bajo de estigma explícito hacia las personas con trastornos mentales. El hecho de que únicamente un 20 % de los participantes manifestara incomodidad al trabajar con alguien con un diagnóstico indica que, en general, existe una disposición positiva hacia la inclusión laboral de éstas. Sin embargo, la existencia de ese porcentaje indica la persistencia del estigma asociado a los trastornos mentales por una parte de la población. Recordemos que las personas que presentan un trastorno mental es más probable que estén desempleadas a que estén trabajando (Ministerio de Sanidad, 2021), y que las personas con una discapacidad por trastorno mental presentan la peor tasa de empleo en comparación con el resto de grupos de personas con discapacidad (Lettieri, 2022).

Aunque la mayoría no ve a las personas con trastornos mentales como un peligro, todavía persiste cierta duda o ambivalencia, ya que un 20% se mantiene en una posición neutral. La presencia de un 7 % que está totalmente de acuerdo con esta creencia es un dato relevante en lo referido al estigma, nos recuerda que aún no ha desaparecido. Aun así, más del doble de ese porcentaje (16%) está totalmente en desacuerdo, lo cual nos sigue indicando que el nivel de estigma en la muestra es bajo. Según Hare (1981), la conducta antisocial y la criminalidad de los psicópatas delincuentes es más agresiva y violenta que la de los delincuentes no psicópatas. Recordemos que, según estudios previos, existen trastornos que se asocian más a una percepción de peligrosidad (Álvarez

et al., 2021; Sheehan et al., 2016). Estudios futuros deberían indagar específicamente en estos trastornos en particular para comprobar si varían los resultados.

La puntuación media obtenida en el CAMI-S (78,46) sugiere una disposición en relación con los anteriores resultados obtenidos en el estudio. La media por ítem es de 3,9 sobre 5,  $(78,46 \div 20)$ , lo cual se sitúa por encima del punto medio (3). Aunque no se alcanza el nivel máximo de aceptación, la puntuación sugiere una disposición general bastante favorable.

La puntuación más baja del cuestionario (48) corresponde a una mujer la cual no ha sido diagnosticada ni ha recibido tratamiento por un trastorno mental, y que tampoco cuenta con personas cercanas que hayan atravesado esta experiencia. Afirmó además que no se sentiría cómoda trabajando con este perfil. Su nivel educativo máximo es la educación secundaria, por lo que no posee formación en el ámbito de las Ciencias de la Salud. Este perfil sugiere que la falta de contacto directo o conocimiento sobre los trastornos mentales puede estar asociada a una mayor presencia de estigmas. La “lejanía”, tanto a nivel personal como formativo podría influir en el mantenimiento de actitudes más negativas o prejuiciosas hacia las personas con trastornos mentales. Esta misma mujer reconoce la discriminación existente en la sociedad.

Cuatro personas obtuvieron la puntuación máxima de 100 en el cuestionario, lo que refleja una actitud muy positiva y sin estigma hacia las personas con trastornos mentales. Este grupo es diverso en edad, género y nivel educativo, lo que indica que la alta aceptación puede presentarse en distintos perfiles.

Todas ellas coinciden en rechazar la idea de que las personas con trastornos mentales representen un peligro para la sociedad, mostrando un claro desapego de ese estereotipo. Sin embargo, se observa una ligera diferencia en la aceptación interpersonal: la mujer más joven, a pesar de su alta puntuación global, manifiesta incomodidad para trabajar con alguien con un trastorno mental, mientras que los otros tres participantes más mayores, se sienten cómodos en esa situación.

Un elemento común en este grupo es que todos conocen a alguien cercano con un trastorno mental, y una de ellas incluso ha recibido diagnóstico y tratamiento, lo que podría reforzar la idea anterior de que el contacto directo con personas afectadas puede

favorecer actitudes más abiertas y comprensivas (Arnaiz & Uriarte, 2006). Además, es la única diferencia personal significativa entre estos cuatro entrevistados y la mujer con menos puntuación, ya que ésta comparte edad, nivel educativo y nacionalidad con alguno de los cuatro.

Por otro lado, el hecho de que el 77% de los encuestados opine que las causas de los trastornos mentales son tanto biológicas como circunstancias de la vida sugiere una comprensión equilibrada y actual. La opción de que las causas se debían exclusivamente a factores biológicos, elegida únicamente por el 6% de la muestra, puede indicar una visión de la persona con trastorno mental como un enfermo irremediable.

Un 8% de la muestra afirma creer que la sociedad no discrimina a las personas con trastornos mentales, por lo que la gran mayoría sí perciben que existe discriminación hacia estas personas, lo que refleja una conciencia social sobre el estigma, una alta percepción del estigma existente respecto de la muestra obtenida. Analizando los datos de los tres ítems en función de la parte de la muestra que piensa que la sociedad discrimina a las personas con trastornos mentales y las que no creen esto, vemos que el segundo grupo tiene un menor estigma en el ítem “vida normal” y en el ítem “peligrosidad”, además de obtener una puntuación mayor en el CAMI-S. Las personas que la niegan son más integradoras, tienen un menor nivel de estigma que las que reconocen la existencia de una discriminación social.

Que el 90% de los encuestados considere que en su país no existe suficiente acceso a tratamiento y apoyo para la salud mental sugiere una conciencia generalizada sobre las deficiencias del sistema sanitario en este ámbito. Este grupo tuvo menos puntuación en el CAMI-S, por lo que tienen un mayor nivel de estigma respecto del 10% que opina que el acceso a apoyo y tratamiento es bueno.

Respecto a las comparaciones según las características de los encuestados: atendiendo al sexo, solo encontramos una diferencia significativa en la puntuación obtenida en el CAMI-S, siendo más alta la de las mujeres. Las mujeres presentan puntuaciones más altas en el CAMI-S, lo que sugiere una actitud más favorable hacia las personas con trastornos mentales en comparación con los hombres.

En lo referido a la edad, los mayores de 38 años presentan un mayor estigma para el ítem “peligrosidad”, lo cual puede deberse a que en generaciones anteriores se hablaba mucho menos sobre salud mental, lo que favorecía prejuicios y desinformación. En cambio, en la actualidad estos temas están más visibilizados y normalizados. Aunque, por otro lado, 3 de las 4 personas que obtuvieron la nota máxima en el CAMI-S, oscilaban entre las edades de 56 a 60 años, presentando un menor estigma que la cuarta persona, de 21 años. Por último, que la media obtenida en el CAMI-S sea exactamente la misma para ambos grupos (78,5), es un dato llamativo que sugiere una posible convergencia generacional en las actitudes hacia la salud mental, quizás fruto de una creciente sensibilización social y de una mayor presencia del tema en el discurso público en los últimos años (Buraschi & Idáñez, 2019).

Diferenciando según los encuestados con grado universitario o sin él, se aprecia en los tres ítems un menor grado de estigma en el grupo con grado universitario, lo que podría estar relacionado con un mayor acceso a información, una formación más amplia en temas sociales y de salud, o una mayor exposición a fuentes más variadas y especializadas.

En la diferenciación según formación o experiencia en Ciencias de la Salud, Criminología y Ciencias Forenses, no se encuentran diferencias con respecto al resto de la muestra. Sin embargo, es importante señalar que este grupo no distingue entre perfiles específicos, como psicólogos o psiquiatras, sino que abarca de forma general todo el ámbito de las Ciencias de la Salud, lo que reduce la precisión del análisis.

En la comparación según formación o experiencia en Trabajo Social, se aprecia una importante diferencia en los tres ítems, con un menor nivel de estigma en el grupo con esta formación. Esto podría deberse a la orientación profesional del Trabajo Social, centrada en la inclusión, la empatía y la comprensión de las problemáticas psicosociales.

En el caso de la formación o experiencia en el Ámbito Educativo, encontramos solo una pequeña diferencia, teniendo el grupo con esta formación un menor nivel de estigma en el ítem “vida normal”. El ámbito educativo constituye una base fundamental en la formación de valores y actitudes de las nuevas generaciones. El hecho de que no se refleje una diferencia más amplia en este grupo podría indicar la necesidad de reforzar

la inclusión de contenidos relacionados con la salud mental en la formación docente, dado el papel clave que tiene la educación en la construcción de una sociedad más empática y libre de estigmas.

Al comparar el grupo perteneciente a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado con el resto de la muestra, se observa una diferencia importante en el ítem “peligrosidad”, donde el grupo de FyCSE muestra un nivel de estigma significativamente menor. Este resultado desafía ciertos estereotipos que asocian a los profesionales de la seguridad con visiones más rígidas o estigmatizantes respecto a la salud mental. Una posible interpretación es que, debido a su formación y a su experiencia directa en situaciones de crisis o vulnerabilidad, los miembros de FyCSE puedan haber desarrollado una percepción más realista y menos temerosa hacia las personas con trastornos mentales. No obstante, es importante matizar esta conclusión, ya que este grupo está compuesto únicamente por 8 personas. Por tanto, si bien el hallazgo es llamativo, debe interpretarse con cautela debido al tamaño reducido del grupo, que limita la generalización de los resultados.

En relación con las variables de cercanía a un trastorno mental, se observa un menor grado de estigma en el ítem “peligrosidad” y en la puntuación obtenida en el CAMI-S, tanto en el grupo que afirma conocer a alguien cercano con un trastorno mental como el grupo que ha recibido diagnóstico o tratamiento. Resulta relevante también que en el ítem “vida normal” no hay diferencias entre los grupos. Estos resultados refuerzan la idea planteada anteriormente acerca de que la experiencia directa o indirecta con los trastornos mentales tiende a reducir el estigma, probablemente al favorecer una comprensión más empática y realista de estas situaciones.

Por último, vemos que la puntuación del CAMI-S es menor en el grupo de personas nacidas fuera de España, lo que indica un mayor nivel de estigma en comparación con los nacidos en el país. Este resultado podría estar influido por diferencias culturales en la percepción de la salud mental, el grado de visibilidad pública del tema en los países de origen (Hccs, s. f.), o el acceso previo a información y educación sobre trastornos mentales. No obstante, es importante resaltar que este grupo únicamente está compuesto por 6 personas, lo cual limita considerablemente la posibilidad de generalizar los resultados y exige cautela al interpretar esta diferencia. Una muestra tan reducida

puede no ser representativa y estar influida por factores individuales más que por tendencias generales del grupo.

El presente trabajo presenta otras limitaciones. Por ejemplo, se trata de un estudio transversal, es decir, los datos recogidos son de un momento específico en el tiempo, mientras que, si fuese longitudinal, podría examinar a los sujetos a lo largo del tiempo, detectando cambios. Por otro lado, como método de recogida de datos se utiliza el autoinforme, una herramienta útil, pero con ciertas limitaciones, como el sesgo de deseabilidad social, la falta de introspección, o una interpretación ambigua de las preguntas. Por último, el muestreo no es aleatorio, sino de conveniencia, por lo que la posibilidad de que haya sesgos de selección no puede descartarse.

En definitiva, aunque los datos reflejan en su mayoría un bajo nivel de estigma, representan también la persistencia de éste. Aun así, los resultados obtenidos nos muestran que el nivel de estigma es más bajo respecto de lo reportado en la literatura científica (Pascual Sanoner, 2022). Este hallazgo podría deberse a una creciente sensibilización social impulsada por campañas de concienciación, una mayor visibilidad del tema en los medios y, en general, una integración más amplia en la sociedad. Asimismo, se ha observado que el contacto previo con personas con trastorno mental, ya sea a nivel personal o cercano, se relaciona con una menor presencia de estigma, lo que refuerza la importancia de la experiencia directa en la formación de actitudes (Aithor, 2024). Por otro lado, quienes tienden a negar la existencia de discriminación hacia este colectivo presentan niveles más bajos de estigma respecto de los que reconocen el estigma existente, lo cual podría interpretarse como una diferencia en la forma de percibir y conceptualizar la problemática, más que como una ausencia real de actitudes discriminatorias.

Aun así, es necesario seguir reduciendo el estigma existente hacia los trastornos mentales, mejorando la rehabilitación y la adaptabilidad de los que los sufren. Esto requiere un enfoque integral que combine educación, sensibilización y contacto directo con las personas afectadas. Incluir la salud mental en los programas educativos desde edades tempranas puede fomentar una comprensión más empática y libre de prejuicios (Arnaiz & Uriarte, 2006). Promover espacios de diálogo y visibilización de experiencias reales contribuye a humanizar estas vivencias y desmontar estereotipos.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeleira Padín, G. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, (4), 157–172.  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4018442.pdf>
- Agencia AFP. (2024, 24 de octubre). ¿Cómo la pobreza triplica los trastornos mentales? Esto dice la ONU. *El Espectador*.  
<https://www.elespectador.com/economia/como-la-pobreza-triplica-los-trastornos-mentales-esto-dice-la-onu/>
- Aithor. (2024, 25 octubre). *La importancia de la experiencia en el desarrollo profesional y personal*. aithor.com. <https://aithor.com/essay-examples/la-importancia-de-la-experiencia-en-el-desarrollo-profesional-y-personal>
- Álvarez, P., Díaz, Ó., & Sanz, C. J. (2021). *Trastorno de la personalidad antisocial y delincuencia: análisis de sentencias entre 2009-2019*. Dialnet. [https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7972909&utm\\_source](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7972909&utm_source)
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.; A. Guix, trad.). Editorial Médica Panamericana.
- Aragonès, E., Piñol, J.E., Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*, Volume 41, Issue 10, 545-551.
- Arnaiz, A. y Uriarte, J.J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 26, 49-59. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Trastorno límite de la personalidad, estigma e implicaciones del tratamiento. *Revista de psiquiatría de Harvard*, 14(5), 249–256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Borum, R. (2014). *Assessing violence risk among youth*. Springer Publishing Company.
- Buraschi, D., & Idáñez, M. J. A. (2019). *Empoderamiento comunicacional: una estrategia de intervención comunitaria para superar los límites de la*

*sensibilización social.*

Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7102023>

Campo-Arias, A., y Cassiani Miranda, C. A. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 598-613.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502008000400010&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000400010&lng=en&tlng=es).

Castillero Mimenza, O. (2017, septiembre 23). Emil Kraepelin: biografía de este psiquiatra alemán. *Psicología y Mente*.  
<https://psicologiaymente.com/biografias/emil-kraepelin>

Cátedra UCM - Grupo 5 Contra el Estigma. (s.f.). *El estigma de la población española hacia las personas con problemas de salud mental, en situación sin hogar y con discapacidad intelectual*. Universidad Complutense de Madrid.  
<http://www.contraelestigma.com>

Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). Depresión: Causas, síntomas y tratamiento. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion>

Cohen J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155–159.  
<https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>

Corea Del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(Supl. 1), 46–51.  
<https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>

El Confidencial. (2024, febrero 29). Los problemas de salud mental cuestan a la economía española el 4,2% del PIB. *El Confidencial*.  
[https://www.elconfidencial.com/economia/2024-02-29/problemas-salud-mental-impacto-pib-informe-ces\\_3840292/](https://www.elconfidencial.com/economia/2024-02-29/problemas-salud-mental-impacto-pib-informe-ces_3840292/)

Europa Press. (s. f.). La mayoría de los delitos cometidos por enfermos mentales no están directamente relacionados con su trastorno.  
*Infosalus*. <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-mayoria->

delitos-cometidos-enfermos-mentales-no-estan-directamente-relacionados-trastorno-20140421191602.html

Fazel, S., & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1397–1403.

<https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1397>

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6(8),

e1000120. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>

Goffman, E., & Guinsberg, L. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada* (pp. 1-11).

Buenos Aires: Amorrortu.

Hccs. (s. f.). *La Influencia de la Identidad Cultural en la Salud Mental*. Hispanic

Community Counseling Services. <https://hccsphil.org/es/learning-center/la-influencia-de-la-identidad-cultural-en-la-salud-mental>

Jiménez, Á. L. (2022, 6 mayo). Enfermedades estigmatizadas - ConSalud.

ConSalud.es. [https://www.consalud.es/pacientes/enfermedades-estigmatizadas\\_114270\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/enfermedades-estigmatizadas_114270_102.html)

Kandel, E. R. (2019). *La nueva biología de la mente: Qué nos dicen los trastornos*

*cerebrales sobre nosotros*. Ediciones Paidós.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S.,

Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of

DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the

National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8–19.

Large, M., & Nielssen, O. (2011). Violence in first-episode psychosis: A systematic

review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 125(2–3), 209–220.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.026>

Lettieri, A. (2022). *Análisis de la discriminación laboral de personas con discapacidad*

*por trastornos mentales graves en el empleo ordinario* (Tesis doctoral,

Universidad de Salamanca).

- Mad in (S)pain. (2018, 18 junio). Las verdaderas causas de la locura: crear un cambio de paradigma [Vídeo]. YouTube.  
[https://www.youtube.com/watch?v=e7\\_Bs5Ss7dl](https://www.youtube.com/watch?v=e7_Bs5Ss7dl)
- Mahieu, E. L. (2009). Las diez clasificaciones de Kraepelin. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. XX, 221-227.
- Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W., Mena Poblete, C., & Manchego Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.
- Mateo Aguilar, E. (2013). Estudio sobre el trato del colectivo con trastornos mentales de los periódicos El País y El Mundo, desde 1997 a 2011. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 4(2), 83–92.
- Mayo Clinic. (s.f.). Trastorno de la personalidad narcisista: Síntomas y causas.<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/narcissistic-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20366662>
- Menéndez, S. (2018, 3 de junio). El estigma de las personas con trastornos mentales. Bekia Psicología. <https://www.bekiapsicologia.com/articulos/estigma-personas-trastornos-mentales/>
- National Institute of Mental Health. (s.f.). *Trastorno bipolar*.<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-bipolar>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, (2024). Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos. <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-poverty>
- Pascual Sanoner, C. (2022, 23 de septiembre). Estigmas: ¿Cómo afectan estas etiquetas a la salud mental? MundoPsicologos.  
<https://www.mundopsicologos.com/articulos/estigmas-como-afectan-estas-etiquetas-a-la-salud-mental>

- PsicoActiva. (2024, octubre 6). El coste social y económico de los trastornos mentales. PsicoActiva. <https://www.psicoactiva.com/blog/coste-social-economico-los-trastornos-mentales/>
- Ricardo R. (2024, 23 marzo). *Philippe Pinel: Biografía, carrera y contribución a la psicología | Estudiando*. Estudiando. <https://estudiando.com/philippe-pinel-biografia-carrera-y-contribucion-a-la-psicologia/>
- Rodríguez Batista, K. (2015, 10 de diciembre). Causas comunes de los trastornos mentales. Psyciencia. <https://www.psyciencia.com/algunas-causas-comunes-de-los-trastornos-mentales/>
- Ronningstam, E. (2005). *Identifying and understanding the narcissistic personality*. Oxford University Press.
- Sastre-Rus, M., Montes-Hidalgo, J., Lluch-Canut, M. T., García-Lorenzo, A., & Tomás-Sábado, J. (2018). Adaptación y validación preliminar de la forma española de la escala CAMI-S (Community Attitudes Towards Mental Illness). *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 35(2), 123–130.
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., Corrigan, P. (2016). The Stigma of Personality Disorders. [https://www.researchgate.net/publication/290788544\\_The\\_Stigma\\_of\\_Personality\\_Disorders](https://www.researchgate.net/publication/290788544_The_Stigma_of_Personality_Disorders)
- Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: An overview. *World Psychiatry*, 2(2), 121–124.
- Swann, A. C. (2010). Antisocial personality disorder and bipolar disorder: Overlapping clinical features. *Current Psychiatry Reports*, 12(3), 162–169. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0104-5>
- Tamminga, C. (2022). *Brief psychotic disorder*. En *Manual MSD, edición profesional*. <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/brief-psychotic-disorder>

- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225–240. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>
- The jamovi project (2024). *jamovi*. (Version 2.6) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Torales, J., Barrios, I., Moreno, M., (2017). “Modelos explicativos en psiquiatría”, *Revista Científica de la UCSA*, Vol.4 N.º3, pp. 59-70.
- Valencia Collazos, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. *Salud Mental*, 30(2), 75–80.
- Whiting, D., Gulati, G., Geddes, J. R., Fazel, S., (2022). Association of Schizophrenia Spectrum Disorders and Violence Perpetration in Adults and Adolescents From 15 Countries: A Systematic Review and Meta-analysis, *JAMA Psychiatry*, 79(2), 120–132.
- World Health Organization: WHO. (2022, 8 junio). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Zamorano, S., Sáez-Alonso, M., González-Sanguino, C., & Muñoz, M. (2023). Social stigma towards mental health problems in Spain: A systematic review. *Clínica y Salud*, 34(1), 23–34. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a5>
- Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría integral*, 21(2), 92-108.

## 7. ANEXOS

### ENCUESTA PERCEPCIONES TRASTORNOS MENTALES

¡Bienvenido/a!

Estamos realizando un estudio sobre cómo se perciben los trastornos mentales dentro de la sociedad. Este cuestionario consta de 2 bloques cuya cumplimentación no le llevará en ningún caso más de 10 minutos.

**Toda la información recogida será tratada de manera anónima y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.**

Tu participación es voluntaria, pudiendo abandonar el estudio en cualquier momento si así lo desea, sin que te perjudique de forma alguna y sin tener que dar ningún tipo de explicación. Si tienes cualquier duda acerca del estudio, puedes ponerte en contacto con la responsable de este, María Ramos Casado (Estudiante de Criminología en la Universidad de Valladolid), en la siguiente dirección: [maria.ramos.casado@estudiantes.uva.es](mailto:maria.ramos.casado@estudiantes.uva.es)

Al enviar el formulario otorga su consentimiento para participar en el presente estudio de investigación, declara que ha recibido suficiente información sobre este estudio, declara que es **mayor de 18 años** y comprende que su participación es voluntaria y puede interrumpirla en cualquier momento sin dar explicaciones.

¡Muchas gracias por su tiempo!

## Sección 1

### ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo \*

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ Prefiero no decirlo

2. Edad (años) \*

3. País de nacimiento \*

- ☐ España
- ☐ Otras

4. Nacionalidad \*

- ☐ Española
- ☐ Otras

5. Nivel educativo más alto alcanzado \*

- ☐ Educación Primaria o equivalente
- ☐ ESO o equivalente / FP Básica
- ☐ Bachillerato / FP Grado Medio
- ☐ FP Grado Superior
- ☐ Grado Universitario
- ☐ Máster
- ☐ Doctorado

6. Ocupación actual \*

- ☐ Estudiante
- ☐ Trabajador por cuenta propia
- ☐ Empleado tiempo completo
- ☐ Empleado tiempo parcial
- ☐ Desempleado
- ☐ Jubilado

7. ¿Tienes formación o experiencia profesional en alguno de los siguientes ámbitos?

- ☐ Ciencias de la salud (FP en adelante)
- ☐ Criminología / Ciencias forenses
- ☐ Trabajo Social / Educación Social
- ☐ Ámbito educativo (maestros, docentes, etc.).
- ☐ Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado

8. ¿Conoces a alguien cercano con un trastorno mental? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

9. ¿Has recibido diagnóstico o tratamiento para un trastorno mental? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

## Sección 2

### LOS TRASTORNOS MENTALES EN SOCIEDAD

La OMS, (Organización Mundial de la Salud), entiende **trastorno mental** por "una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo, generalmente asociado a angustia o discapacidad funcional en otras áreas importantes." Es decir, las personas con problemas de salud mental tienen síntomas que les dificultan adaptarse al entorno cultural y social en el que viven, lo que puede provocar alguna forma de malestar subjetivo. Tomando en consideración esta información, contesta las siguientes preguntas:

10. ¿Qué tan de acuerdo estás con la afirmación: "Las personas con trastornos mentales pueden llevar una vida normal con el tratamiento adecuado"? 1 = Totalmente en desacuerdo; 7 = Totalmente de acuerdo. \*

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

11. ¿Te sentirías cómodo/a trabajando con alguien que tiene un trastorno mental diagnosticado? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

12. ¿Crees que la sociedad discrimina a las personas con trastornos mentales? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

13. ¿Crees que los trastornos mentales son causados más por factores biológicos o por circunstancias de la vida? \*

- ☐ Factores biológicos
- ☐ Circunstancias de la vida
- ☐ Ambos al 50%

14. ¿Qué tan de acuerdo estás con la afirmación: "Las personas con trastornos mentales representan un peligro para la sociedad"? 1 = Totalmente en desacuerdo; 7 = Totalmente de acuerdo. \*

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

15. ¿Sientes que hay suficiente acceso a tratamiento y apoyo para la salud mental en tu país? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

16. A continuación se presentan una serie de afirmaciones sobre las que tiene que informar su grado de acuerdo. \*

|                                                                                                                                                                                  | Total desacuerdo      | Considerable<br>desacuerdo | Neutro                | Considerable<br>acuerdo | Total<br>acuerdo      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| Los ciudadanos deberían aceptar la instalación de centros de salud mental en su barrio para el beneficio de la comunidad.                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| La mayoría de las personas que alguna vez han padecido un trastorno mental pueden hacerse cargo del cuidado de menores.                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| La ubicación de servicios de salud mental en los barrios residenciales no pone en peligro a los vecinos.                                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| El hecho de que las personas con trastorno mental vivan en barrios residenciales, puede ser una buena opción para su recuperación, pero hay demasiados riesgos para los vecinos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Existen buenas razones para que los ciudadanos se resistan a la ubicación de servicios de salud mental en su vecindario.                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| La enfermedad mental es una enfermedad como otra cualquiera.                                                                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Es necesario tener una actitud más tolerante hacia las personas con trastorno mental.                                                                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Las personas con trastorno mental son menos peligrosas de lo que la mayoría de la gente supone.                                                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Lo mejor es evitar a las personas con trastorno mental.                                                                                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |

No me gustaría tener como vecino a una persona que ha padecido un trastorno mental.

☐☐☐☐☐

Es aterrador pensar que algunas personas con trastorno mental viven en barrios residenciales.

☐☐☐☐☐

La mejor opción para

tratar a las personas con un trastorno mental es que estén ingresados.

☐☐☐☐☐

Los vecinos no tienen nada que temer de las personas que acuden a su barrio para utilizar los servicios de salud mental.

☐☐☐☐☐

Se debería poner menos énfasis en proteger a la gente de los enfermos mentales.

☐☐☐☐☐

La mejor terapia para muchas personas con trastorno mental es formar parte de la comunidad.

☐☐☐☐☐

Las personas con trastorno mental no deberían ser marginadas.

☐☐☐☐☐

En la medida de lo posible, los servicios de salud mental deberían estar incluidos en los servicios comunitarios.

☐☐☐☐☐

Nadie tiene derecho a

excluir a las personas con trastorno mental de su comunidad.

☐☐☐☐☐

El enfermo mental debería de estar aislado del resto de su comunidad.

☐☐☐☐☐

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.

