



Salud mental y estigma: estudio cuantitativo de conocimientos y comportamientos en contextos comunitarios y profesionales

Mental Health and Stigma: Quantitative Study of Knowledge and Behaviors in Community and Professional Contexts

M.^a Ángeles Quesada-Cubo
Universidad Pablo de Olavide

RESUMEN

El estigma hacia las personas con problemas de salud mental constituye un fenómeno complejo y multidimensional que continúa limitando su inclusión social. Este estudio cuantitativo analiza la interacción entre conocimientos, actitudes y conductas vinculadas al estigma, comparando a profesionales de salud mental con población general residente cerca de centros especializados. Se utilizaron tres escalas validadas: *Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)*, *Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI)* y *Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)*. Asimismo, se examina el impacto de variables sociodemográficas como sexo, edad, nivel educativo, formación y contacto previo. Los resultados muestran que, aunque profesionales poseen mayor conocimiento, ello no implica actitudes más inclusivas, lo que resalta la necesidad de intervenciones que integren dimensiones emocionales y conductuales. Se identifican patrones más positivos en mujeres, personas jóvenes y con mayor nivel educativo. Se propone un enfoque salutogénico para promover visiones más empáticas y transformadoras de la salud mental.

Palabras clave: **Salud mental; Estigma; Actitudes sociales; Psicología**

ABSTRACT

Stigma toward people with mental health problems constitutes a complex and multidimensional phenomenon that continues to limit their social inclusion. This

quantitative study analyzes the interaction between knowledge, attitudes, and behaviors related to stigma, comparing mental health professionals with the general population living near specialized centers. Three validated scales were used: the Mental Health Knowledge Schedule (MAKS), the Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI), and the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS). The impact of sociodemographic variables such as sex, age, educational level, training, and prior contact was also examined. The results show that although professionals possess greater knowledge, this does not necessarily translate into more inclusive attitudes, highlighting the need for interventions that integrate emotional and behavioral dimensions. More positive patterns were identified among women, younger individuals, and those with higher education levels. A salutogenic approach is proposed to promote more empathetic and transformative views of mental health.

Keywords: Mental health; Stigma; Social attitudes; Psychology

INTRODUCCIÓN

La salud mental (en adelante, SM) ha ganado una relevancia creciente en la agenda pública, científica y sanitaria, alineándose con un enfoque integral de la salud que trasciende la mera ausencia de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) define la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades y aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y ser capaz de contribuir a su comunidad” (p. 1). Esta concepción pone en evidencia la dimensión funcional y relacional de la SM, situándola más allá del enfoque biomédico tradicional.

A nivel mundial, la preocupación por la salud mental ha aumentado, con estimaciones que indican que una de cada cuatro personas experimentará un trastorno mental a lo largo de su vida (Confederación de Salud Mental de España, 2016). En el contexto español, la *Encuesta Europea de Salud en España* (Instituto Nacional de Estadística, 2020) reportó una disminución en la prevalencia de estos trastornos (del 7,4 % en 2014 al 5,4 % en 2020); sin embargo, la pandemia por COVID-19 ha revertido esta tendencia, intensificando tanto su impacto como su visibilidad (OMS, 2019). En términos globales, los trastornos mentales representan una carga significativa: constituyen el 40 % de las enfermedades crónicas y están entre las principales causas de discapacidad y mortalidad no accidental.

Uno de los principales obstáculos para el adecuado abordaje de la SM es el estigma asociado, el cual se manifiesta en actitudes prejuiciosas, prácticas discriminatorias y rechazo social (Confederación de Salud Mental, 2016). Este estigma se

ve intensificado por la invisibilidad y complejidad de los trastornos mentales, así como por la persistencia de tabúes y representaciones sociales negativas (Balasch et al., 2016; Molina, 2021).

El concepto de estigma ha sido ampliamente desarrollado en las ciencias sociales, siendo Erving Goffman uno de sus referentes fundacionales. Según Erving Goffman (1963), el estigma se entiende como “un atributo profundamente desacreditador que convierte a quien lo porta en alguien reducido e incompleto ante los ojos de los demás” (p. 13). Este concepto no solo hace referencia a una marca individual, sino de un proceso relacional en el que ciertos atributos son desvalorizados en contextos sociales específicos, configurando identidades de desviación y exclusión.

Este enfoque fue ampliado por Norbert Elias (1982), quien, desde una perspectiva procesual y relacional, subraya que “los estigmas se forman en las relaciones entre grupos humanos desiguales. Uno de los grupos, desde su posición de poder, estigmatiza a otro como menos civilizado, menos humano, menos valioso” (p. 99). La estigmatización, en este sentido, no es un fenómeno aislado ni individual, sino una manifestación de relaciones de poder estructurales que consolidan jerarquías sociales duraderas. Esta mirada resuena con los planteamientos de Pierre Bourdieu (2000), que vinculan el estigma a mecanismos simbólicos de dominación.

Autores contemporáneos como Bruce Link y Jo Phelan (2001) han propuesto una conceptualización multidimensional del estigma, que incluye procesos de etiquetamiento, estereotipación, separación (“nosotros” frente a “ellos”) o pérdida de estatus y discriminación, todo ello enmarcado en dinámicas de poder. Desde esta perspectiva, el estigma no solo afecta la identidad individual, sino que opera como un dispositivo que limita el acceso a derechos y oportunidades.

Más recientemente, Tyler (2020) ha insistido en la necesidad de analizar el estigma como una forma de violencia estructural que produce y reproduce desigualdades sociales. Desde la antropología crítica, se ha advertido que estas formas de exclusión se inscriben en imaginarios colectivos que asocian la salud mental con la peligrosidad, la incapacidad o la irracionalidad (Estroff, 1989; Kleinman y Hall-Clifford, 2009), configurando un “imaginario del otro” que habilita su marginación.

El estigma hacia las personas con problemas de salud mental se manifiesta comúnmente a través de estereotipos —creencias erróneas y generalizadas—, prejuicios —actitudes emocionales negativas— y prácticas discriminatorias, como el distanciamiento social o la negación de derechos fundamentales (Confederación Española de Salud Mental, 2016; Overton y Medina, 2011). Como consecuencia,

muchas personas evitan buscar atención profesional, agravando su malestar psicológico (Rivera, 2014).

Esta doble dificultad, conocida como “doble enfermedad”, implica que las personas no solo deben lidiar con los síntomas de sus condiciones, sino también con las consecuencias sociales del estigma. La OMS (2019) alerta sobre el llamado “ciclo del estigma”, que conduce a la discriminación y exclusión social, privando a las personas de derechos fundamentales, como la participación plena en la sociedad, lo que impacta negativamente en sus trayectorias y calidad de vida.

Los medios de comunicación juegan un papel crucial relevante en la reproducción de estos imaginarios, ya que suelen vincular la enfermedad mental con conductas violentas o peligrosas. Los reportajes que vinculan trastornos mentales con la violencia son cuatro veces más comunes que aquellos que los abordan de manera positiva. Se ha constatado que el 90 % de la población obtiene su información a través los mismos, contribuyendo a reforzar la percepción negativa del colectivo (Mena et al., 2010). Este tratamiento sesgado contribuye a reforzar imaginarios negativos y a utilizar un lenguaje deshumanizante. Incluso los y las propias profesionales pueden verse afectados por el llamado “estigma por asociación”, lo que lleva en ocasiones a ocultar su vínculo laboral con la SM, dificultando así el diagnóstico y tratamiento (Confederación de Salud Mental, 2016; Overton y Medina, 2011), y en casos más graves, a reproducir involuntariamente prácticas discriminatorias.

Las actitudes discriminatorias también pueden manifestarse en el entorno social cercano, evidenciándose en el rechazo social, que se traduce en una tolerancia fría y paternalista hacia las personas que viven en entornos de atención psicosocial (Badallo et al., 2013). Este rechazo representa un estresor crónico y agudo que impacta negativamente en diversas áreas de la vida, especialmente en el ámbito ocupacional, con consecuencias adversas para la salud (Aguilar et al., 2016).

Diversos estudios documentan la manifestación del estigma en entornos cotidianos, como el familiar o comunitario, adoptando formas de tolerancia fría y paternalista hacia quienes habitan espacios de atención psicosocial (Badallo et al., 2013). Esta forma de rechazo representa un estresor social crónico, especialmente perjudicial en el ámbito laboral (Aguilar et al., 2016). Además, la percepción y expresión del estigma varía en función de factores sociodemográficos como la edad, el género y el nivel educativo, aunque los resultados no siempre son concluyentes. Algunas investigaciones sugieren mayor estigmatización entre hombres y personas mayores (Moreno et al., 2014; Pinto, 2020), mientras que

otras indican una percepción más negativa por parte de mujeres y adultos mayores (Fresán et al., 2012; Ruiz, 2015).

Las estrategias para combatir el estigma se han centrado en la educación y el contacto directo con personas con problemas de SM. Si bien la información puede modificar actitudes cognitivas (López et al., 2008), el cambio en el plano emocional y conductual es más difícil de alcanzar. No obstante, el contacto significativo ha mostrado efectos positivos en la reducción de la estigmatización (Couture y Penn, 2009; Medina et al., 2018; Moreno et al., 2006). Sin embargo, no toda interacción produce resultados similares: estudios con familiares han mostrado que el contacto por sí solo no garantiza una menor estigmatización (Muñoz et al., 2011).

Marcelino López et al. (2008) han observado que la información puede modificar el componente cognitivo, aunque este cambio tiene escasa repercusión en la conducta, dado que el componente emocional y conductual influye considerablemente en la permanencia de las actitudes. Se concluye que la educación y el contacto social son las dos estrategias que han demostrado ser efectivas en el cambio de actitudes.

En el caso de los y las profesionales, la formación y la experiencia práctica parecen tener un efecto protector (Cremonini et al., 2018; Del Olmo et al., 2019; Munsuri y Pinazo, 2016). En general, presentan actitudes menos estigmatizantes que la población general, aunque persisten diferencias según el contexto geográfico (Chávez y Rodríguez, 2020; Nordt et al., 2006; Winkler et al., 2016). Sin embargo, también enfrentan consecuencias del estigma, como agotamiento emocional y menor satisfacción laboral (Verhaeghe y Bracke, 2012), lo que refuerza la necesidad de intervenciones formativas específicas (Pande et al., 2011).

Disciplinas como la psicología y el trabajo social han demostrado tener un papel clave en la lucha contra el estigma. Mientras la intervención psicológica no solo se enfoca en el tratamiento de los trastornos a nivel individual, sino que busca modificar actitudes a nivel individual y colectivo (Rüsch et al., 2014), el trabajo social promueve el empoderamiento, la inclusión y la sensibilización comunitaria, pudiendo desempeñar un rol mediador, promoviendo el diálogo y la educación (Bland et al., 2021).

Pese a este amplio cuerpo de evidencia, aún existe una brecha en el análisis comparativo entre profesionales y población general en contextos concretos de convivencia próxima con personas con problemas de SM. Tampoco se ha indagado

lo suficiente sobre cómo influyen variables sociodemográficas, el grado de contacto y la formación especializada en las distintas dimensiones del estigma.

Este estudio aborda dicha brecha, con el propósito general de analizar los factores que inciden en el estigma hacia las personas con problemas de salud mental, comparando las percepciones de profesionales de la salud mental con las de la población general residente en las cercanías de dichos centros. Se adopta un enfoque interdisciplinar y multidimensional, que considera la interacción entre actitudes, nivel de conocimiento y disposición para interactuar con dicho colectivo. En particular, se explora la influencia de variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el nivel educativo, así como el papel del contacto previo con personas con este colectivo y la formación recibida en el área. Estos factores se analizaron en relación con cada una de las dimensiones del estigma.

MÉTODO

Diseño del estudio

Este estudio emplea un enfoque cuantitativo, seleccionado por su capacidad para recoger datos de manera eficiente y estandarizada en una muestra amplia. El anonimato ofrecido por esta metodología resulta crucial para abordar un tema altamente influenciado por sesgos sociales y personales, lo que favorece la sinceridad de las respuestas. Se trata de un diseño transversal y exploratorio, centrado en la evaluación de actitudes, conocimientos y conductas vinculadas al estigma hacia la SM.

Muestra

La muestra está compuesta por 50 sujetos residentes en la provincia de Sevilla, divididos en dos grupos: a) profesionales que trabajan en centros especializados en la atención directa a personas con problemas graves de salud mental (n=20), y b) población general que reside a un máximo de un kilómetro de dichos centros (n=30).

Se empleó un muestreo estratificado para asegurar la diversidad demográfica, lo cual contribuye a la validez externa de los resultados. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad y dominar el idioma castellano. Para los profesionales, se requería una experiencia mínima de cinco años en el ámbito; para la población general, la cercanía residencial al centro. Se excluyó a quienes no completaron al menos el 70 % del cuestionario.

La muestra presenta una mayoría femenina (62 %, n=31). En cuanto a la edad, el grupo predominante tenía entre 31 y 64 años (60 %), seguido de menores de 30 años (24 %) y mayores de 65 años. La edad media fue de 46,82 años (rango: 18-86). El nivel educativo estuvo distribuido sin grandes variaciones entre los niveles primario, secundario y terciario.

En cuanto al perfil profesional, las 20 personas profesionales se distribuyen en tres áreas: 50 % en el ámbito clínico (psiquiatría, psicología, enfermería), 30 % en el área psicosocial (trabajo social y abogacía), y 20 % en gestión y administración (coordinación, logística y gestión de recursos). Los centros donde trabajan ofrecen servicios de atención ambulatoria, viviendas tuteladas y programas de rehabilitación psicosocial.

Instrumentos

Para captar las diferentes dimensiones del estigma hacia la SM, se operacionalizó en tres constructos principales que constituyen las variables dependientes del estudio: actitudes, conocimientos y conductas. Estas dimensiones fueron evaluadas mediante tres escalas estandarizadas y validadas: CAMI, MAKs y RIBS, respectivamente. La elección responde a su reconocida fiabilidad y su adecuación para medir los aspectos clave del estigma en contextos comunitarios. A continuación, se detallan los instrumentos aplicados:

Cuestionario sociodemográfico Ad hoc

Diseñado específicamente para este estudio, recoge información sobre nueve variables: sexo, edad, nivel de estudios, ocupación actual e información, frecuencia, ámbitos y tipo de contacto con personas que presentan problemas de salud mental. Presentó una alta fiabilidad, con un Alfa de Cronbach (α) de 0,913.

Community Attitudes Toward the Mentally Illness (CAMI)

Desarrollada por Taylor y Dear (1981) y adaptada al español (Román et al., 2022), esta escala mide las actitudes hacia las personas con trastornos mentales. Incluye cuatro subescalas que evalúan lo siguiente: autoritarismo (AU), refleja una visión de inferioridad de las personas con enfermedades mentales y la necesidad de supervisión y coerción; benevolencia (BE), representa una visión humanista y comprensiva; restricción social (SR), creencia de que son una amenaza para la sociedad; ideología de la salud mental comunitaria (CMHI), que implica la aceptación e integración en los servicios de salud mental y en la comunidad. El estigma general se calcula mediante la suma de subescalas (mayor puntuación indica menor actitud estigmatizante). Su consistencia interna es del 90 %, con un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,861, lo que indica una excelente fiabilidad (Abi Doumit et al., 2019).

Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)

Elaborada por Sara Evans-Lacko, Kirsty Little et al. (2010), y siendo pionera en su utilización en español (Abi Doumit et al., 2019), mide los conocimientos sobre SM relacionados con el estigma, permitiendo una mejor comprensión de la interrelación entre conocimiento, actitudes y comportamiento (Cangas y Navarro, 2014).

Consta de doce ítems: seis sobre afirmaciones que exploran el nivel de conocimiento sobre SM relacionadas con el estigma, abordando variables como búsqueda de ayuda, reconocimiento, apoyo, empleo, tratamiento y recuperación; y seis sobre familiaridad con distintos trastornos (depresión, estrés, esquizofrenia, bipolaridad, drogadicción, entre otros) (Evans-Lacko, Little et al., 2010).

Reported and Intended Behavior Scale (RIBS)

También de Sara Evans-Lacko, Jillian London et al. (2010), evalúa comportamientos pasados y la disposición futura a interactuar con personas con trastornos mentales. Consta de ocho ítems distribuidos en cuatro contextos: familiar, laboral, comunitario y social. Los primeros cuatro ítems recogen experiencias previas de convivencia con opciones de respuesta “sí”, “no” y “no sé”, permitiendo estimar la prevalencia de contacto. Los cuatro ítems restantes evalúan la intención futura de interactuar (por ejemplo, vivir, trabajar, entablar amistad o estar cerca) mediante una escala Likert de 5 puntos, donde puntuaciones más altas indican una menor actitud estigmatizante. Presenta una consistencia interna adecuada con $\alpha = 0,766$ (Abi Doumit et al., 2019).

Análisis de datos

El proceso de recogida de datos se inició con el contacto presencial y telefónico tanto con los centros especializados como con la población general. Los centros seleccionados debían ofrecer atención integral y estar dispuestos a colaborar en el estudio.

La aplicación de los instrumentos se realizó en una única sesión presencial. Se informó previamente a las personas participantes sobre el objetivo del estudio, asegurando su participación voluntaria y la confidencialidad de los datos. El estudio cumplió con el Código de Ética del Trabajo Social, la normativa de la Federación Internacional de Trabajadores/as Sociales (FITS), y la Ley orgánica 3/2008 de protección de datos personales.

Posteriormente, los datos fueron procesados y codificados en Microsoft Excel, y analizados con IBM SPSS Statistics 27.0. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos, de fiabilidad (alfa de Cronbach), de contingencia (pruebas chi-cuadrado) y de asociación bivariada (tablas ANOVA). Además, se aplicaron regresiones lineales múltiples para explorar las relaciones entre las variables dependientes e independientes.

RESULTADOS

Los hallazgos obtenidos a partir del análisis de datos se presentan siguiendo una estructura progresiva. En primer lugar, se expone un análisis descriptivo basado

en la distribución de frecuencias y proporciones de las variables estudiadas. Posteriormente, se desarrolló el análisis bivalente, en el que se exploraron las relaciones entre las variables dependientes y sus respectivas variables independientes a través de tablas de contingencia y pruebas estadísticas de asociación. Finalmente, se llevó a cabo un análisis multivariante mediante regresiones lineales múltiples, con el objetivo de identificar los principales factores explicativos de cada variable dependiente.

Análisis descriptivo

El análisis de frecuencias reveló que el 68 % de la muestra tuvo contacto con personas con problemas de SM, mientras que el 32 % no mantuvo dicho contacto. Es relevante destacar que, dentro del grupo que reportó contacto, el 58,8 % ($n=20$) fueron profesionales cuyo trabajo implicó una interacción cotidiana y diaria con esta población. En cuanto al acceso a información sobre SM, los datos indican una distribución equilibrada, con un 52 % de participantes que han recibido información al respecto, frente a un 48 % que no recibió. Esto resalta la importancia de estrategias de sensibilización y difusión de conocimientos sobre SM, dado que una parte significativa de la población aún no ha accedido a información específica sobre el tema.

Análisis bivalente

Para evaluar las relaciones entre las variables dependientes y sus respectivas variables independientes, se realizaron tablas de contingencia volcadas en las tres tablas posteriores, una para cada variable dependiente. En cada caso, se aplicaron pruebas de chi-cuadrado para determinar la significación estadística de las asociaciones, acompañadas de los correspondientes valores del estadístico V de Cramer, con un nivel de confianza del 95 % y un nivel de significación del 5 %.

Como se muestra en la Tabla 1, el análisis de la actitud hacia el estigma evidenció que la variable sexo no presentó una asociación estadísticamente significativa con la variable dependiente, lo que sugiere que no existieron diferencias significativas en la actitud de estigma entre hombres y mujeres. Sin embargo, todas las demás variables independientes mostraron una relación significativa con la actitud hacia el estigma. La variable con la relación más fuerte fue el nivel de estudios, con un V de Cramer de 0,945, lo que indicó una asociación inversa: a mayor nivel educativo, menor actitud estigmatizante. Las demás variables presentaron asociaciones moderadas, con valores de V de Cramer entre 0,455 y 0,563.

Al examinar la distribución del nivel de estigma en la muestra total, se encontró que el 54 % de los y las participantes presentó un bajo nivel de estigma, mientras

Tabla 1. Análisis bivalente de la actitud hacia el estigma según variables independientes

Actitud hacia el estigma				
		Baja	Media	Alta
Tipo de perfil	Profesional	80,0	20,0	0,0
	Población	36,7	40,0	23,3
	Total	54,0	32,0	14,0
	P-valor	0,006		
	V de Cramer	0,455		
Sexo	Hombre	52,6	31,6	15,8
	Mujer	54,8	32,3	12,9
	Total	54,0	32,0	14,0
	P-valor	0,960		
	V de Cramer	0,041		
Edad	Menores de 30 años	83,3	16,7	0,0
	De 31 a 64 años	53,3	46,7	0,0
	Mayores de 65 años	12,5	0,0	87,5
	Total	54,0	32,0	14,0
	P-valor	0,000		
	V de Cramer	0,563		
Nivel de estudios	Primarios	5,9	52,9	41,2
	Secundarios	60,0	40,0	0,0
	Terciarios	94,4	5,6	0,0
	Total	54,0	32,0	14,0
	P-valor Gamma	0,000-0,945		
Contacto	Sí	76,5	20,6	2,9
	No	6,3	56,3	37,5
	Total	54,0	32,0	14,0
	P-valor	0,000		
	V de Cramer	0,563		
Información	Sí	80,8	15,4	3,8
	No	25,0	50,0	25,0
	Total	54,0	32,0	14,0
	P-valor	0,000		
	V de Cramer	0,563		

Nota: p-valor corresponde a la prueba de chi-cuadrado. Los valores son porcentajes.

que solo un 14 % mostró un alto nivel. Al desglosar estos resultados por perfil, se observó que la población general presentó un 23,3 % de alto estigma y un 36,7 % de bajo estigma, mientras que entre los y las profesionales no se registró alto estigma y un 80 % mostró bajo estigma. En términos de edad, el nivel de estigma

fue menor en los grupos etarios más jóvenes. Las personas menores de 30 años presentaron un 83,3 % de bajo estigma, las de 31 a 65 años un 53,3 % y las mayores de 65 años un 12,5 %, siendo este último grupo el único que presentó un alto nivel de estigma (87,5 %). Una tendencia similar se observó en el nivel educativo, donde el 94,4 % de las personas con estudios terciarios presentó bajo estigma, mientras que esta cifra descendió al 60 % en personas con estudios secundarios y al 5,9 % en aquellas con estudios primarios. Este último grupo fue el único que presentó un alto nivel de estigma (41,2 %).

Por otra parte, el contacto con personas con problemas de salud mental y la formación en salud mental también influyeron en la actitud hacia el estigma. El 76,6 % de quienes tuvieron contacto con este colectivo mostró un bajo nivel de estigma, en contraste con un 37,5 % de alto estigma en quienes no tuvieron contacto. De manera similar, el 80,8 % de las personas que recibieron educación sobre SM presentaron bajo estigma, frente a un 25 % de bajo estigma y 14 % de alto estigma en quienes no recibieron formación. Esto sugiere que el contacto frecuente y la formación podrían desempeñar un papel clave en la reducción del estigma.

El análisis del conocimiento sobre SM indicó que, al igual que en el análisis de la actitud hacia el estigma, la variable sexo no presentó una relación estadísticamente significativa. Sin embargo, tal como se observa en la Tabla 2, todas las demás variables independientes mostraron asociaciones significativas. La edad y el nivel educativo fueron las variables con mayor grado de asociación, con valores de V de Cramer de 0,919 y 0,850, respectivamente. Esta última es la única que presenta una relación inversa.

En términos generales, el 64 % de los participantes demostró un alto conocimiento sobre SM, mientras que solo el 16 % presentó un nivel bajo. Al desglosar estos resultados por perfil, se observó que el 53,3 % de la población general poseía un alto conocimiento y el 26,7 % un conocimiento bajo. Por otro lado, en el grupo de profesionales, el 80 % reportó un alto conocimiento y ninguna de las personas encuestadas mostró un bajo nivel de conocimiento, lo que sugiere que la experiencia laboral en este ámbito está relacionada con un mayor grado de conocimiento sobre el tema.

En cuanto a la edad, se identificó que los y las participantes menores de 30 años presentaban en su mayoría un alto conocimiento (91,7 %), mientras que en el grupo de 31 a 65 años esta proporción descendía al 66,7 %, y en el grupo de mayores de 65 años solo el 12,5 % mostraba un alto conocimiento. Además, el nivel de estudios tuvo un impacto significativo: el 87,9 % de las personas con estudios terciarios presentó un alto conocimiento, mientras que este porcentaje fue del

Tabla 2. Análisis bivariante del conocimiento sobre salud mental según variables independientes

Conocimiento				
		Alto	Medio	Bajo
Perfil de población	Profesional	80,0	20,0	0,0
	Población	53,3	20,0	26,7
	Total	64,0	20,0	16,0
	P-valor	0,036		
	V de Cramer	0,365		
Sexo	Hombre	52,6	26,3	21,1
	Mujer	71,0	16,1	12,9
	Total	64,0	20,0	16,0
	P-valor	0,423		
	V de Cramer	0,185		
Edad	Menores de 30 años	91,7	0,0	8,3
	De 31 a 64 años	66,7	33,3	0,0
	Mayores de 65 años	12,5	0,0	87,5
	Total	64,0	20,0	16,0
	P-valor	0,000		
	V de Cramer	0,919		
Nivel de estudios	Primarios	17,6	35,3	47,1
	Secundarios	86,7	13,3	0,0
	Terciarios	88,9	11,1	0,0
	Total	64,0	20,0	16,0
	P-valor	0,000		
	Gamma	-0,850		
Contacto	Sí	79,4	14,7	5,9
	No	31,3	31,3	37,5
	Total	64,0	20,0	16,0
	P-valor	0,002		
	V de Cramer	0,495		
Información	Sí	88,5	7,7	3,8
	No	37,5	33,3	29,2
	Total	64,0	20,0	16,0
	P-valor	0,001		
	V de Cramer	0,532		

Nota: p-valor corresponde a la prueba de chi-cuadrado. Los valores son porcentajes.

86,7 % en quienes tenían estudios secundarios y descendió al 17,6 % en quienes solo habían completado la educación primaria. Así, las personas con estudios primarios son el único grupo que presenta un bajo nivel de conocimiento (47,1 %).

El contacto con personas con problemas de SM también influyó en el nivel de conocimiento. Entre quienes tenían contacto, el 79,4 % mostró un alto conocimiento, en comparación con el 31,3 % de quienes no tenían contacto. De manera similar, la educación en SM se asoció con un mayor conocimiento: el 88,5 % de quienes habían recibido formación mostró un alto conocimiento, mientras que entre quienes no la habían recibido este porcentaje fue del 37,5 %. Estos hallazgos refuerzan la idea de que la formación académica y el acceso a información desempeñan un papel fundamental en la mejora del conocimiento sobre SM.

El análisis de la disposición para interactuar con personas con problemas de SM reveló que las variables perfil y sexo no presentaron una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente. En cambio, según se presenta en la Tabla 3, el nivel educativo mostró una relación inversa fuerte (V de Cramer = 0,868), indicando que a mayor nivel de estudios, mayor disposición para la interacción.

En términos generales, el 75 % de la muestra expresó una alta disposición para interactuar con personas con problemas de SM, mientras que solo un 2 % manifestó una baja disposición. En la población general, el 56,7 % presentó una alta disposición, mientras que en el grupo de profesionales este porcentaje ascendió al 75 %. En relación con la edad, los y las menores de 30 años presentaron el mayor porcentaje de alta disposición (83,3 %), seguidos por el grupo de 31 a 65 años (73,3 %). En contraste, entre los mayores de 65 años, solo el 37,5 % mostró una alta disposición. El nivel de estudios también influyó en la disposición para interactuar: el 94,4 % de quienes tenían estudios terciarios mostraron una alta disposición, en comparación con el 73,3 % de quienes contaban con estudios secundarios y el 23,5 % de quienes tenían estudios primarios. Este último grupo fue el único en el que se registró una baja disposición (47,1 %).

Por otra parte, el contacto con personas con problemas de SM y la formación en este ámbito se asociaron con una mayor disposición para interactuar. El 79,5 % de quienes tenían contacto con este colectivo manifestaron una alta disposición, mientras que entre quienes no tenían contacto este porcentaje se redujo al 31,3 %. De manera similar, el 84,6 % de quienes habían recibido formación en salud mental mostraron una alta disposición, frente al 41,7 % de quienes no habían recibido formación.

Análisis multivariante

Previo a este análisis, se verificaron los supuestos mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y homocedasticidad. Luego, se aplicaron regresiones lineales múltiples, obteniendo en los tres modelos un ANOVA significativo ($p = 0,000$), lo que confirma relaciones estadísticamente significativas entre las variables. Los resultados detallados pueden consultarse en la Tabla 4.

Tabla 3. Análisis bivalente de la disposición para interactuar según variables independientes

Disposición para interactuar				
		Alta	Media	Baja
Perfil de población	Profesional	75,0	25,0	0,0
	Población	56,7	40,0	3,3
	Total	75,0	25,0	2,0
	P-valor	0,352		
	V de Cramer	0,204		
Sexo	Hombre	52,6	42,1	5,3
	Mujer	71,0	29,0	0,0
	Total	75,0	25,0	2,0
	P-valor	0,241		
	V de Cramer	0,238		
Edad	Menores de 30 años	83,3	16,7	0,0
	De 31 a 64 años	70,0	30,0	0,0
	Mayores de 65 años	12,5	74,0	12,5
	Total	75,0	25,0	2,0
	P-valor	0,006		
	V de Cramer	0,382		
Nivel de estudios	Primarios	23,5	70,6	5,9
	Secundarios	73,3	26,7	0,0
	Terciarios	94,4	5,6	0,0
	Total	75,0	25,0	2,0
	P-valor	0,000		
	Gamma	-0,868		
Contacto	Sí	79,4	20,6	0,0
	No	31,3	62,5	6,3
	Total	75,0	25,0	2,0
	P-valor	0,003		
	V de Cramer	0,484		
Información	Sí	84,6	15,4	0,0
	No	41,7	54,2	4,2
	Total	75,0	25,0	2,0
	P-valor	0,006		
	V de Cramer	0,452		

Nota: p-valor corresponde a la prueba de chi-cuadrado. Los valores son porcentajes.

El alto valor del coeficiente de determinación (R^2) en los tres modelos indica que una parte significativa de la variabilidad de la variable dependiente es atribuible a las variables independientes consideradas, lo que refleja un sólido ajuste del modelo y una notable capacidad predictiva.

Tabla 4. Regresiones lineales múltiples de las variables dependientes según variables independientes

	Actitud			Conocimiento			Conducta		
	Coeficiente	Beta	Sig.	Coeficiente	Beta	Sig.	Coeficiente	Beta	Sig.
(Constante)	177,971		0,000	58,279		0,000	20,104		0,000
Perfil	5,337	0,080	0,387	-2,918	-0,119	0,034	-0,651	-0,120	0,231
Edad	-0,903	-0,487	0,000	-0,177	-0,478	0,000	-0,080	-0,529	0,000
Sexo	-7,669	-0,112	0,042	-2,990	-0,219	0,004	-1,666	-0,298	0,000
Estudios	8,089	0,201	0,049	1,073	0,134	0,024	0,616	0,188	0,040
Información	-4,167	-0,063	0,494	-2,570	-0,195	0,158	-0,501	-0,093	0,350
Contacto	8,144	0,296	0,002	1,782	0,325	0,002	0,562	0,251	0,011
		R2	0,822		R2	0,787		R2	0,792
		ANOVA	0,000		ANOVA	0,000		ANOVA	0,000

Modelo de regresión: $y = 5,337x_1 - 0,903x_2 - 7,669x_3 - 8,089x_4 - 4,167x_5 - 8,144x_6 + 177,971$

Modelo de regresión: $y = 2,918x_1 - 0,177x_2 - 2,990x_3 - 1,073x_4 - 2,570x_5 - 1,782x_6 + 58,279$

Modelo de regresión: $y = 0,651x_1 - 0,080x_2 - 1,666x_3 - 0,616x_4 - 0,501x_5 - 0,562x_6 + 0,562$

Tras controlar los efectos de otras variables, se identificaron cuatro variables con asociación estadísticamente significativa con la actitud: edad, sexo, nivel de estudios e intensidad del contacto. La variable con mayor impacto fue la edad ($\text{Exp}(B) = 0,487$), seguida de la intensidad del contacto (0,296) y el nivel de estudios (0,201), mientras que el sexo presentó la menor influencia (0,112). El coeficiente Beta de la variable edad resultó negativo, lo que indica una relación inversa con la variable dependiente: a menor edad, mayor puntuación en la escala CAMI, lo que sugiere una actitud más positiva frente al estigma. En términos prácticos, los individuos más jóvenes muestran una mayor predisposición a actitudes favorables. Asimismo, un nivel educativo superior también se asoció con una actitud más positiva. Además, las mujeres y quienes reportaron una mayor frecuencia de contacto con personas afectadas evidenciaron actitudes más favorables.

En lo que respecta al conocimiento, se identificó una asociación estadísticamente significativa con cinco variables: tipo de perfil, edad, sexo, nivel de estudios e intensidad del contacto. La edad continuó siendo la variable con mayor peso ($\text{Exp}(B) = 0,478$), seguida de la intensidad del contacto (0,325) y el sexo (0,219). Con menor impacto, se identificaron el nivel de estudios (0,134) y el tipo de perfil (0,119). En este caso, se observó una diferencia significativa entre la población general y los y las profesionales, siendo estos últimos quienes presentaron un mayor nivel de conocimiento. De manera análoga a lo observado en la variable actitud, a menor edad, mayor nivel educativo y mayor intensidad de contacto con personas con problemas de salud mental, se asoció un mayor nivel de conocimiento. Asimismo, se identificó una mayor prevalencia de conocimiento entre las mujeres.

Por último, en relación con la disposición para interactuar, se halló una asociación significativa con cuatro variables: edad, sexo, nivel de estudios e intensidad del contacto. La edad se mantuvo como la variable más influyente ($\text{Exp}(B) = 0,529$), seguida del sexo (0,298), la intensidad del contacto (0,251) y el nivel de estudios (0,188). La dirección de las asociaciones fue consistente con los hallazgos previos en la escala CAMI: las personas de mayor edad, con un nivel educativo más alto y una mayor frecuencia de contacto, mostraron una mayor disposición a interactuar. Asimismo, las mujeres evidenciaron actitudes más favorables en este contexto.

DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos en esta investigación cumplen con los objetivos planteados, mostrando que los conocimientos, actitudes y conductas hacia la salud mental son fenómenos multifactoriales, influenciados por diversas variables sociodemográficas. Además, se emplearon técnicas de muestreo estratificado para garantizar

que la muestra reflejara adecuadamente la diversidad demográfica del entorno local, lo que contribuyó a una mejor representación interna de la población y fortaleció la validez y la solidez de los resultados obtenidos. En particular, se identificaron cuatro variables principales que predicen el estigma: el sexo, la edad, el nivel de estudios y la frecuencia de contacto con personas con problemas de salud mental. Por otro lado, variables como el tipo de perfil (profesionales vs. población general) y el acceso a información sobre salud mental actuaron como variables confundentes, lo que sugiere que no son determinantes claros en la percepción del estigma, refutando así la hipótesis central de que los profesionales presentan un mayor conocimiento, menor prevalencia de estigma y mayor disposición para interactuar en comparación con la población general.

El análisis detallado reveló que la mitad de los y las participantes de la muestra exhibió un bajo nivel de estigmatización, alto conocimiento y una mayor disposición para interactuar, mientras que solo una cuarta parte mostró altos niveles de estigmatización, bajo conocimiento y escasa disposición para el contacto. A pesar de que no se hallaron diferencias significativas entre las actitudes y conductas hacia el estigma de la población general y los y las profesionales, sí se identificaron diferencias en el conocimiento, siendo este mayor entre profesionales. Este hallazgo sugiere que el tipo de perfil no es el único determinante en la percepción del estigma, sino que otros factores, como el nivel educativo y la cercanía, desempeñan un papel crucial. Este punto está en consonancia con los resultados de Yolanda Medina et al. (2018), quienes argumentan que el contacto cercano y significativo con personas con problemas de SM puede fomentar actitudes y creencias más positivas.

En relación con el sexo, los resultados muestran que las mujeres tienden a tener actitudes más favorables hacia las personas con problemas de SM, mostrando mayor tolerancia e inclusividad, mientras que los hombres presentan actitudes más autoritarias y estigmatizantes. Estos hallazgos son consistentes con las conclusiones de Ana Moreno et al. (2014), quienes encontraron que los hombres tienen intenciones conductuales más negativas hacia este colectivo. Este fenómeno podría estar relacionado con la persistencia de desigualdades de género y normas sociales arraigadas en la estructura patriarcal, como señala Rohlf et al. (2005).

En cuanto a la edad, se encontró que las personas más jóvenes mostraron actitudes más positivas y benevolentes hacia las personas con problemas de SM. Esto está alineado con los hallazgos de Carla Abi Doumit et al. (2019), que indicaron que las personas mayores tienden a presentar actitudes más negativas y acciones de rechazo hacia este colectivo. Esta tendencia podría deberse a que, con el paso del tiempo, las personas se vuelven más reacias a modificar estereotipos y creencias arraigadas. Además, la comprensión del concepto de salud mental varía

según la edad, siendo que la población joven tiende a no asociarla exclusivamente con trastornos graves como la esquizofrenia, a diferencia de las personas mayores.

El análisis también reveló que, a mayor nivel educativo, mayor es el conocimiento sobre SM, lo que se traduce en actitudes y conductas más benevolentes y con menor rechazo social. Este hallazgo es consistente con la investigación de Mariana Pinto (2020), que encontró que las personas con mayor nivel educativo presentan menores índices de estigmatización. Esta relación puede explicarse por el mayor acceso a información de calidad y a servicios de salud, lo que a su vez mejora la calidad de vida y la salud mental. Según Link y Phelan (2001), las personas de estratos socioeconómicos más altos tienden a mostrar actitudes más positivas hacia las personas con SM debido a su acceso a fuentes de información más amplias y verídicas, lo que les permite desarrollar una visión crítica de los estigmas.

Un hallazgo notable fue que no se encontró correlación significativa entre el recibir información sobre SM y el nivel de conocimiento, actitudes y conductas. Este resultado podría estar relacionado con la desinformación que circula en los medios y con la insuficiencia de la formación en SM entre los y las profesionales. Resulta preocupante que solo la mitad de la muestra reportara haber recibido información sobre SM, con un 80 % de los y las profesionales reconociendo recibirla, frente a un solo 33 % de la población general. Vinneta Pande et al. (2011) destacan la necesidad de una mayor formación de los y las profesionales, subrayando la importancia de implementar programas educativos para desmitificar el estigma. Marcelino López (2007) señala que, aunque la información puede modificar el componente cognitivo, su impacto en la conducta es limitado debido a la prevalencia de factores emocionales y conductuales en la formación de actitudes. Por lo tanto, es crucial que la educación y el contacto social se utilicen como estrategias complementarias para cambiar actitudes y combatir el rechazo social, como sostienen Esther Ruiz (2015) y Miguel Ruiz et al., (2012).

Además, los hallazgos de Alma Martínez et al. (2021) subrayan que la convivencia actúa como un predictor de menores conductas discriminatorias, lo que sugiere que la familiaridad con los problemas de SM puede reducir el estigma asociado. Este resultado refuerza la idea de que el contacto cercano y habitual con personas que enfrentan estos problemas puede fomentar actitudes más positivas y una mayor disposición a la interacción social.

CONCLUSIONES

Este estudio ha integrado tres variables fundamentales en el análisis del estigma hacia las personas con problemas de salud mental: conocimientos, actitudes y

conductas. Su análisis ofrece un enfoque innovador, permitiendo comprender cómo interactúan estos factores e impactan en la estigmatización. Los resultados sugieren que el estigma es un fenómeno multifactorial influido por variables sociodemográficas como el sexo, la edad y el nivel educativo. Aunque los y las profesionales presentan un mayor nivel de conocimiento, este no siempre se traduce en actitudes más inclusivas. Esto resalta la importancia de no solo aumentar el conocimiento, sino también fomentar interacciones cercanas y empáticas para generar cambios efectivos en actitudes y conductas.

Además, se observa que las mujeres tienden a mostrar actitudes más inclusivas y menos estigmatizantes que los hombres, lo que pone de manifiesto el impacto del género en la formación de creencias sociales. Por otro lado, la edad y el nivel educativo también son determinantes clave: las personas más jóvenes y las de mayor nivel educativo tienden a presentar actitudes más positivas hacia las personas con problemas de SM, lo que subraya la relevancia de la educación y la exposición temprana para reducir el estigma.

La principal contribución de este estudio radica en su enfoque integrado, que aborda el estigma desde tres perspectivas fundamentales: cognitiva, emocional y conductual. Este enfoque abre la puerta a nuevas intervenciones que puedan transformar de manera efectiva las actitudes sociales. En este sentido, disciplinas como la psicología y el trabajo social desempeñan un papel esencial en el diseño e implementación de estrategias educativas y de intervención que integren estos tres componentes.

Es crucial que las intervenciones aborden los tres aspectos del estigma —cognitivo, emocional y conductual— para generar cambios duraderos en las actitudes sociales y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Además, futuras investigaciones deberían ampliar este enfoque para considerar las variables culturales y socioeconómicas, las cuales podrían tener un impacto significativo en la perpetuación del estigma. Este enfoque multidimensional es esencial para generar cambios sostenibles en las creencias y conductas sociales.

No obstante, este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, aunque se han tomado medidas para asegurar la confidencialidad, es posible que exista un sesgo de deseabilidad social. También, se destaca la subrepresentación de ciertos aspectos de la SM en la literatura existente, lo que resalta la necesidad de actualizar los instrumentos de evaluación utilizados para medir los constructos. La falta de una representación completa y contextualizada de estos factores puede limitar la capacidad de los instrumentos actuales para captar con precisión las diversas dimensiones del estigma, afectando así la fiabilidad y validez de los resultados obtenidos.

Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones tanto teóricas como prácticas. En términos prácticos, es fundamental diseñar programas educativos que integren los tres aspectos del estigma –cognitivo, emocional y conductual– para fomentar una visión más inclusiva. Además, este estudio no solo contribuye a la comprensión del estigma, sino que también resalta la importancia de cambiar la forma en que se percibe la salud mental. Es crucial promover una visión de la salud mental que no se limite únicamente a los trastornos o enfermedades, sino que también abarque aspectos como el bienestar, la resiliencia y la capacidad de afrontamiento.

Este enfoque, alineado con los conceptos de “salud mental positiva” y “salud mental óptima”, fomenta una perspectiva más integral de la salud mental, centrada en el fortalecimiento de los recursos psicológicos y emocionales de las personas. Al adoptar un enfoque salutogénico puede no solo reducir el estigma en la población general, sino también transformar las actitudes científicas y profesionales. En muchos ámbitos, persisten modelos predominantemente patologizantes que, aunque valiosos para el tratamiento de enfermedades, no favorecen la comprensión de la salud mental como un espectro que también incluye la resiliencia y el bienestar. Cambiar esta narrativa hacia un modelo que valore estos aspectos es fundamental para combatir la estigmatización. Esto no solo mejoraría la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental, sino que también fomentaría una visión más comprensiva y empática en la sociedad, contribuyendo a una reducción significativa de prejuicios y actitudes discriminatorias.

REFERENCIAS

- Abi Doumit, Carla; Haddad, Chadia; Sacre, Hale; Salameh, Pascale; Akel, Marwan; Obeid, Sahar; Akiki, Maria; Mattar, Elie; Hilal, Najla; Hallit, Souheil, & Soufia, Michael. (2019). Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. *PLOS ONE*, 14(9), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222172>
- Aguilar, José M.; López, Remedios; Fernández, José M.; Padilla, David, & Álvarez, Joaquín. (2016). Influencia de la ocupación en actividades de la vida diaria y de ocio sobre la salud real de la persona mayor. *Psychology, Society and Education*, 8, 35-147. <https://ojs.ual.es/ojs/index.php/psye/article/view/554>
- Badallo, Adrián; García, Susana, & Yélamos, Laura. (2013). La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(120), 737-747. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352013000400005>
- Balasch, Marcel; Causa, Aleix; Faucha, Mireia, & Casado, Jon. (2016). *La percepción de la salud mental en Cataluña*. Apunts.do.
- Bland, Robert; Drake, Gabrielle, & Drayton, John. (2021). *Social work practice in mental health: An introduction*. Routledge.
- Bourdieu, Pierre. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama.

- Cangas, Adolfo, & Navarro, Noelia. (2014). *I Congreso nacional de sensibilización al estigma social en salud mental*. Alborán Editores.
- Chávez, Liz, & Rodríguez, Christian. (2020). *Estigma hacia personas con problemas mentales en profesionales de salud en hospitales minsa de la provincia del Santa, 2020* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Nacional del Santa, Chimbote-Perú.
- Confederación de Salud Mental de España. (2016). *Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastorno mental en España 2016*. RIBERDIS. <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/5202>
- Couture, Shannon, & Penn, David. (2009). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literatura. *Journal of Mental Health*, 12(3), 291-305. <https://doi.org/10.1080/09638231000118276>
- Cremonini, Valeria; Pagnucci, Nicola; Giacometti, Franco, & Rubbi, Ivan. (2018). Health care professionals attitudes towards mental illness: Observational study performed at a public health facility in northern Italy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 32(1), 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.007>
- Del Olmo, Francisco; González, María; Sarró, Salvador; Grácio, Jaime; Martín, Manuel; Martínez, Ana C.; Perna, Giampaolo; Pomarol, Edith; Varandas, Pedro; Ballesteros, Javier; Rebolleda, Carlos; Vanni, Giovanna, & González, Eduardo. (2019). Mental health professionals' attitudes towards mental illness: Professional and cultural factors in the INTER NOS study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269, 325-339. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0867-5>
- Elias, Norbert. (1982). *Sociología fundamental*. Gedisa.
- Estroff, Sue. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. En Arthur Kleinman & Biron Good (Eds.), *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder* (pp. 373-416). University of California Press.
- Evans-Lacko, Sara; Little, Kirsty; Meltzer, Howard; Rose, Diana; Rhydderch, Danielle; Henderson, Claire, & Thornicroft, Graham. (2010). Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule (MAKS). *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 440-448. <https://doi.org/10.1177/070674371005500707>
- Evans-Lacko, Sara; London, Jillian; Little, Kirsty; Henderson, Claire, & Thornicroft, Graham. (2010). Evaluation of a brief anti-stigma campaign in Cambridge: Do short-term campaigns work? *BMC Public Health*, 10(339). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-339>
- Fresán, Ana; Robles, Rebeca; Cota, Marisol; Berlanga, Carlos; Lozano, Dolores & Tena, Antonio. (2012). Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud mental*, 35(3), 215-223. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300005
- Goffman, Erving. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Encuesta europea de salud en España*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
- Kleinman, Arthur, & Hall-Clifford, Rachel. (2009). Stigma: A social, cultural and moral process. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(6), 418-419. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.084277>
- Link, Bruce, & Phelan, Jo. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

- López, Marcelino. (2007). Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable. *L'Information Psychiatrique*, 10(83), 793-799. https://faisem.es/wp-content/uploads/2023/05/Articulo_Estigma_RevAEN101.pdf
- López, Marcelino; Laviana, Margarita; Fernández, Luis; López, Andrés; Rodríguez, Ana María, & Aparicio, Almudena. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en estudio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352008000100004&script=sci_arttext
- Martínez, Alma; Lagunes, Roberto, & Rosas, Francisco. (2021). Estigma hacia pacientes psiquiátricos en estudiantes mexicanos de psicología. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 10(20), 103-131- <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v10i20.16712>
- Medina, Yolanda; Martínez, Concha; Morales, Lucía, & Gil, Paloma. (2018). Las actitudes del alumnado universitario frente a las personas con trastorno mental. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 209-218. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v3.1258>
- Mena, Ángel; Bono, Águila; López, Andrés, & Díaz, Domingo. (2010). Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(108), 597-611. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352010000400004
- Molina, Vicente. (2021, 16 de septiembre). *El tabú y el estigma de las enfermedades mentales*. *The Conversation*. <https://theconversation.com/el-tabu-y-el-estigma-de-las-enfermedades-mentales-166441>
- Moreno, Ana; Sánchez, Francisco, & López, Manuel. (2014). Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society & Education*, 6(1), 17-26. <https://repositorio.ual.es/handle/10835/3275>
- Moreno, Javier; Rodríguez, Isabel; Saldaña, David, & Aguilera, Antonio. (2006). Actitudes hacia la discapacidad en el alumnado universitario matriculado en materias afines. *Revista Iberoamericana de Educación*, 40(5), 1-12. <https://doi.org/10.35362/rie4052493>
- Muñoz, Manuel; Pérez, Eloísa; Crespo, María; Guillén, Ana, & Izquierdo, Sara. (2011). La enfermedad mental en los medios de comunicación: Un estudio empírico en prensa, escrita, radio y televisión. *Clínica y Salud*, 22(2), 157-173. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n2a5>
- Munsuri, José, & Pinazo, Sacramento. (2016). Actitudes de los estudiantes de enfermería hacia las personas con discapacidad. Análisis y propuestas. *Index de Enfermería*, 25(2), 114-118. <https://producciocientifica.uv.es/documentos/5eb09eeb299952764113d2d0>
- Nordt, Carlos; Rossler, Wulf, & Lauber, Christoph. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 709-714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Documentos básicos* (43^a ed.).
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia*. https://www.who.int/es/publications/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Overton, Stacy, & Medina, Sondra. (2011). The stigma of mental illness. *Counseling y Development*, 86(2), 143-151. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x>

- Pande, Vinneta; Saini, Ravij, & Chaudhury, Suprakash. (2011). Attitude toward mental illness amongst urban nonpsychiatric health professionals. *Indian Journal of Psychiatry*, 20(1), 17-20. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.98409>
- Pinto, Mariana. (2020). *Caracterización de la estigmatización a la enfermedad mental en unas áreas de Bogotá, Colombia* [Tesis de maestría no publicada]. Pontificia Universidad Javeriana. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.10554.48020>
- Rivera, Marinilda. (2014). *Ciudadanos invisibles. Niñez, política y salud mental en Puerto Rico*. Universidad de Puerto Rico.
- Rohlfs, Izabella; Valls-Llobet, Carme, & Pérez, Glòria. (2005). *Les desigualtats de gènere en la salut*. En Carme Borrell & Joan Benach (Eds.), *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya* (pp. 161-199). Editorial Mediterrània.
- Román, Daniel; Paramio, Juan; Paloma, Olga; Palazón, José; Lepiani, Isabel; de la Fuente, José, & López, María. (2022). Empathy, burnout, and attitudes towards mental illness among Spanish mental health nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 692. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020692>
- Ruiz, Esther. (2015). *Evaluación de los conocimientos, actitudes, opiniones y creencias que tienen los adolescentes sobre la salud mental*. Salud Madrid. <https://www.codem.es/guias/evaluacion-de-conocimientos-actitudes-opiniones-y-creencias-que-tienen-adolescentes-sobre-enfermedad-2>
- Ruiz, Miguel; Montes, José; Correas, Javier; Álvarez, Cristina; Mauriño, Jorge, & de Dios, Consuelo. (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 98-106. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.002>
- Rüsch, Nicolas; Zlati, Alina; Black, Georgia, & Thornicroft, Graham. (2014). Does the stigma of mental illness contribute to suicidality? *British Journal of Psychiatry*, 205(4), 257-259. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.145755>
- Taylor, Martin, & Dear, Michael. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull*, 7(2), 225-240. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>
- Tyler, Imogen. (2020). *Stigma: The machinery of inequality*. Zed Books.
- Verhaeghe, Mieke, & Bracke, Piet. (2012). Associative stigma among mental health professionals: Implications for professional and service user well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 53, 17-32. <https://doi.org/10.1177/0022146512439453>
- Winkler, Peter; Mladá, Karolína; Janoušková, Miroslava; Weissová, Aneta; Tušková, Eva; Csémy, Ladislav, & Evans-Lacko, Sara. (2016). Attitudes towards the people with mental illness: Comparison between Czech medical doctors and general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1265-1273. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1263-y>



M.^a ÁNGELES QUESADA-CUBO

Investigadora y docente predoctoral FPU (FPU 22/01328) en el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad Pablo de Olavide. Trabajadora Social y Socióloga con Máster en Género e Igualdad.

maquecub@upo.es

<https://orcid.org/0000-0002-3138-7426>

FORMATO DE CITACIÓN

Quesada-Cubo, M.^a Ángeles (2025). Salud mental y estigma: estudio cuantitativo de conocimientos y comportamientos en contextos comunitarios y profesionales *Quaderns de Psicologia*, 27(3), e2128. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.2128>

HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 03-02-2024

1^a revisión: 06-05-2024

2^a revisión: 14-03-2025

Aceptado: 09-05-2025

Publicado: 30-12-2025