



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Construcción y validación de una escala para la evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería (EVEPEM)

Meritxell Sastre Rus

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



**UNIVERSITAT DE
BARCELONA**

**CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA
ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTIGMA
DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN
ENFERMERÍA (EVEPEM)**

**Tesis doctoral presentada por:
Meritxell Sastre Rus**

**Dirigida por:
Dra. María Teresa Lluch Canut
Dr. Joaquim Tomás Sábado**

**Tutorizada por:
Dra. María Teresa Lluch Canut**

**Programa de Doctorado de Enfermería y Salud
Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud**

UNIVERSITAT DE BARCELONA

Barcelona, 2019

“Al centrarnos en el comportamiento clínico de la enfermera, es decir de la estudiante, el interés no se centra en la terapia, ésta no es la finalidad de la educación, la finalidad de prestar atención al comportamiento de una enfermera consiste en ayudar a la enfermera para que pueda percibir y para que pueda controlar aquel comportamiento que entorpece la marcha y que evita o que obstaculiza unas buenas relaciones”
(Peplau, 1987, p.133).

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a todos los estudiantes y profesionales que han hecho posible esta investigación, sin ellos nada hubiera sido posible. El motivo de estos años de trabajo tiene como finalidad contribuir humildemente a la Enfermería, y sin duda ellos son el motor diario de mi esfuerzo.

Agradecer a mis directores de Tesis todo su esfuerzo y dedicación. Teresa, muchas gracias por enseñarme, estar pendiente de mí y valorar continuamente todo mi afán por hacer un buen trabajo. Joaquin, gracias por adoptarme en un momento de desamparo y guiarme a través de tu conocimiento al apasionante mundo del estigma y la salud mental. Gracias a los dos por todo el trabajo realizado durante estos años.

Quisiera dar las gracias a la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental por habernos concedido el XV Premio de Investigación Beca AEESME, poniendo en valía nuestra investigación y permitiéndonos poder invertir más recursos en ella.

Me gustaría expresar el gran apoyo recibido por la Escuela de Enfermería Gimbernat. Han creído en mí desde el principio, y mi mayor objetivo siempre ha sido estar a la altura y no defraudar en mi empeño. Por ello dar las gracias a la Dirección de la Escuela, y en especial a Montse y Pilar, por hacerme sentir valorada y apoyada en todo momento; muchas gracias. A todas mis compañeras de la Escuela, a mis *“pescateras”*, a todo el equipo docente y de secretaria por aguantar mi día a día siempre con una sonrisa o una palabra de ánimo. Gracias amigas. No puedo olvidarme de Edurne. Ella es la generosidad, bondad y sabiduría en una misma persona. Gracias por todo lo compartido.

Dar las gracias a mi familia. A Manel por ayudarme al repaso histórico y bíblico del estigma. A Anna Maria, a mi padre y hermano por robarles tiempo de estar con ellos. A mi madre en especial, por enseñarme todos los días a seguir luchando con su ejemplo. Gracias familia, os quiero. A mis amigos, por todos los ratos y momentos que os debo. Os compensaré. A Gisela, invertimos el orden de las prioridades vitales, pero compartimos siempre juntas el camino. A mis hijos, por tener una madre ausente durante horas y ayudarme en todo. Gracias Laia y Aleix. Os quiero con locura y prometo aprender a disfrutar más con vosotros. Y, por último, a Alex, la maravillosa persona con quien comparto mi vida. Gracias amor.

INDICE

INDICE DE TABLAS	11
INDICE DE FIGURAS	15
RESUMEN	17
ABSTRACT	19
INTRODUCCIÓN	21
1. MARCO TEÓRICO	25
1.1. CONCEPTO DEL ESTIGMA	25
Evolución histórica del estigma	26
Proceso de estigmatización	34
Contexto social y relación de poder	35
1.2 ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL	37
Definición de estigma en la enfermedad mental	37
Modelos teóricos del estigma en salud mental	39
Estigma y uso de etiquetas diagnósticas	43
Explicaciones biogenéticas y tratamiento farmacológico	46
Estigma y acceso a los servicios sanitarios	47
Estigma y medios de comunicación	49
1.3 EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS	51
El estigma de la enfermedad mental y los profesionales sanitarios	51
Estigma en la enfermedad mental y Enfermería	53
Estrategias actuales para el abordaje del estigma de la enfermedad mental	55
Importancia de la medida del estigma de la enfermedad mental: Instrumentos	61
Revisión sistemática	63
1.4 ELABORACIÓN DEL MODELO TEÓRICO DE ENFERMERÍA REFERENTE AL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL	75
a). Paradigma de Enfermería	76
b). Conceptos o dimensiones relacionados con el Estigma	77
c). Modelo conceptual de la Enfermería Psicodinámica (Peplau, 1952)	83
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	97
Objetivos generales y específicos	97
Hipótesis de la investigación	98
3. METODOLOGÍA	99
Tipo de estudio	99
Ámbito de estudio	99

Población de estudio y muestra.....	100
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	102
Instrumentos.....	104
Procedimiento.....	112
Análisis de los datos.....	113
Aspectos éticos.....	117
4. RESULTADOS.....	119
Resultados referentes a la construcción y validación de la escala EVEPEM.....	119
Resultados de la validación de contenido de la escala EVEPEM.....	119
Resultado del análisis de los ítems de la escala EVEPEM.....	120
Resultados de la fiabilidad de la escala EVEPEM.....	122
Resultados de la validez de constructo de la escala EVEPEM.....	125
Resultados del análisis factorial exploratorio.....	125
Resultados del análisis factorial confirmatorio.....	127
Resultados de la adaptación y validación de la Escala CAMI-S.....	131
Resultados de la validez convergente de la escala EVEPEM.....	134
Resultados de los niveles de Estigma global según la escala EVEPEM.....	135
Resultados de las características sociodemográficas, académicas y laborales.....	137
Resultados de la relación entre EVEPEM y las variables sociodemográficas.....	140
Resultados de los niveles EVEPEM en estudiantes y profesionales de Enfermería.....	151
Resultados de los niveles EVEPEM en estudiantes de Enfermería según curso.....	152
Resultados de los niveles EVEPEM en profesionales de Enfermería según servicio.....	153
5. DISCUSIÓN	155
Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras.....	168
Relevancia para la práctica clínica.....	169
6. CONCLUSIONES	171
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	173
8. PREMIOS Y PUBLICACIONES	206
9. ANEXOS.....	211
Anexo 1. Descripción inicial de los instrumentos que evalúan el concepto del estigma. Revisión bibliográfica.....	211
Anexo 2. Revisión sistemática. Estrategia de búsqueda en Medline (vía Pubmed).....	226
Anexo 3. Revisión sistemática. Proceso de selección de los estudios.....	227
Anexo 4. Revisión sistemática. Características de los estudios e instrumentos.....	228
Anexo 5. Revisión sistemática. Calidad metodológica de cada estudio.....	229

Anexo 6. Revisión sistemática: Síntesis de evidencia por instrumento.....	230
Anexo 7. Proposiciones para la construcción de la escala para evaluar el estigma hacia la enfermedad mental de Enfermería sometidas a juicio por expertos	231
Anexo 8. Permisos Comité Ética EUIG.....	234
Anexo 9. Permisos Comité Ética Universidad de Alicante.....	235
Anexo10. Permiso CEIC Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.....	236
Anexo 11. Permisos para la utilización de la Escala CAMI original.....	237
Anexo 12. Escala CAMI versión español.....	238

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Perfil del Comité de Expertos de los profesionales de la muestra para la validación de contenido.....	107
Tabla 2. Versión definitiva EVEPEM (20 ítems)	108
Tabla 3. Distribución de los ítems de la escala EVEPEM según factores, valores mínimos y máximos.....	110
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la Escala EVEPEM en la muestra de estudiantes de Enfermería.....	121
Tabla 5. Resultados de consistencia interna escala EVEPEM.....	123
Tabla 6. Resultados del coeficiente de correlación intraclase (CCI) de la escala EVEPEM, global y por factores.....	124
Tabla 7. Resultados del análisis factorial exploratorio de la escala EVEPEM con rotación varimax.....	126
Tabla 8. Índice de bondad de ajuste del modelo confirmatorio.....	127
Tabla 9. Pruebas de normalidad.....	130
Tabla 10. Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos cuadrados) del análisis factorial confirmatorio (λ_{ij}).....	130
Tabla 11. Estructura factorial rotada (varimax) de la Escala CAMI-S.....	132
Tabla 12. Varianza de los factores y cargas factoriales en los ítems de la escala CAMI-S.....	132
Tabla 13. Pruebas de normalidad para la validez criterio.....	134
Tabla 14. Valores de correlación entre la Escala EVEPEM y la Escala CAMI-S.....	134
Tabla 15. Resultados globales y por factores de los niveles de estigma EVEPEM.....	136
Tabla 16. Características sociodemográficas y laborales de las muestras de estudiantes de Enfermería.....	138
Tabla 17. Características sociodemográficas y laborales de la muestra de profesionales de Enfermería	139

Tabla 18. Puntuaciones EVEPEM, valores t y significaciones estadística (valores p) global y por factores, según la muestra de estudiantes de Enfermería.....	140
Tabla 19. Puntuaciones medias, significación y tamaño del efecto de hombres y mujeres en los ítems de la EVEPEM en la muestra de estudiantes de Enfermería..	141
Tabla 20. Puntuaciones EVEPEM, valores t y significaciones estadística (valores p) global y por factores y tamaño del efecto según género en la muestra de profesionales de Enfermería.....	142
Tabla 21. Puntuaciones medias, significación y efecto del tamaño de hombres y mujeres en los ítems de la EVEPEM en la muestra de profesionales de Enfermería.....	142
Tabla 22. Puntuaciones EVEPEM, valores t y significación estadística (valores p) global y por factores en la muestra total.....	143
Tabla 23. Puntuaciones medias, significación y efecto del tamaño de hombres y mujeres en los ítems de la EVEPEM en la muestra total.....	144
Tabla 24. Estadísticos descriptivos y correlaciones variable edad y EVEPEM en profesionales de Enfermería.....	145
Tabla 25. Estadísticos descriptivos y correlaciones variable experiencia y EVEPEM en profesionales de Enfermería.....	146
Tabla 26. Puntuaciones medias y significación de la variable contacto personal en los factores de la escala EVEPEM en la muestra de estudiantes.....	147
Tabla 27. Puntuaciones medias, significación y efecto del tamaño de la variable contacto personal en los ítems de la EVEPEM en la muestra de estudiantes de Enfermería.....	148
Tabla 28. Puntuaciones medias y significación de la variable contacto laboral en los factores de la escala EVEPEM en la muestra de estudiantes de Enfermería.....	149
Tabla 29. Puntuaciones medias y significación de la variable contacto laboral en los ítems de la EVEPEM en la muestra de estudiantes de Enfermería.....	150
Tabla 30. Valores estigma global EVEPEM y por factores en muestras estudiantes y profesionales de Enfermería.....	151
Tabla 31. Resultados valores Estigma global EVEPEM según curso en estudiantes Enfermería EUI Gimbernat.....	152

Tabla 32. Resultados valores Estigma global EVEPEM según servicios en profesionales de Enfermería.....	153
Tabla 33. Comparaciones múltiples entre servicios (diferencias de las medias) y valor (d) de Cohen.....	153

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Supuestos originales para la creación del Modelo teórico del Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería.....	75
Figura 2. Elementos que influyen en la relación enfermera paciente (Peplau, 1952).....	85
Figura 3. Competencias básicas precisas para establecer una relación terapéutica según la adopción del Modelo teórico de Peplau (1952).....	92
Figura 4. Modelo conceptual del Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería, a partir de la Teoría Enfermera de H. Peplau.....	95
Figura 5. Fases del desarrollo de la Escala de valoración del Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería (EVEPEM).....	105
Figura 6. Modelo para la medida del estigma de la enfermedad mental en Enfermería (Escala EVEPEM). Análisis factorial confirmatorio.....	128
Figura 7. Histograma del AFC y gráfico Q-Q normal del total del cuestionario.....	129

RESUMEN

El estigma de la enfermedad mental es una realidad que aún hoy existe. Uno de los grupos profesionales que pueden tener mayor impacto en la reducción del estigma son los profesionales de Enfermería. Es importante disponer de instrumentos de evaluación del estigma de la Enfermedad mental vinculados a la profesión enfermera.

El primer objetivo del presente estudio fue construir y evaluar las propiedades psicométricas de una escala para evaluar el estigma de la Enfermedad Mental basada en el modelo conceptual de Enfermería Psicodinámica propuesto por Peplau. La escala se denominó EVEPEM (Escala para la evaluación del estigma en la enfermedad mental en los profesionales de Enfermería) quedando configurada con 20 ítems distribuidos de forma desigual entre tres factores denominados: Factor 1 *Violencia y peligrosidad* (8 ítems), Factor 2 *Incapacidad* (5 ítems) y Factor 3 *Irresponsabilidad e incompetencia* (7 ítems). El estudio se organizó en dos fases secuenciales: (1) generación de ítems y validación de contenido y (2) evaluación de las propiedades psicométricas de fiabilidad, validez de constructo y de criterio del instrumento. En el estudio se incluyó una muestra de 737 estudiantes de Grado de Enfermería, recogiendo los datos entre noviembre del 2016 y diciembre del 2017. Los resultados mostraron una buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,825) para la escala final de 20 ítems. El análisis factorial exploratorio aportó datos favorables para la consideración de la estructura trifactorial de la EVEPEM, mientras que el análisis factorial confirmatorio apoyó el modelo hipotético de tres factores.

El segundo objetivo de esta investigación fue evaluar los niveles de estigma hacia la enfermedad mental en estudiantes de Grado de Enfermería y en profesionales de Enfermería. La muestra estuvo configurada por un total de 837 profesionales y estudiantes de enfermería. Los resultados mostraron que los estudiantes de Enfermería disminuyen los niveles de estigma hacia la enfermedad mental a medida que avanza su formación universitaria. Asimismo, se evidencia que los profesionales que trabajan en la salud mental presentan menos actitudes estigmatizantes hacia la enfermedad mental que los profesionales de otros ámbitos. Del mismo modo, se exploraron las relaciones entre el

nivel de estigma y las variables sociodemográficas y académicas. En los profesionales de enfermería, se observa que los niveles de estigma global EVEPEM son significativamente superiores en las mujeres, mientras que la edad y la experiencia no parecen influir sobre el estigma de la enfermedad mental. Por otro lado, los estudiantes que han tenido contacto previo con la enfermedad mental presentan niveles más bajos de estigma hacia las personas con un trastorno mental.

Si bien es cierto que se precisan de estudios más amplios para incrementar la robustez psicométrica, se concluye que la escala EVEPEM de 20 ítems es un instrumento válido y fiable para evaluar el estigma de la enfermedad mental en Enfermería, considerando que el constructo comprende tres dimensiones: Violencia-Peligrosidad, Incapacidad y Responsabilidad-Competencia.

Palabras clave: Profesionales de la salud, salud mental, enfermería, psicometría, estigma asociativo.

ABSTRACT

Mental illness continues to be associated with considerable stigma. The nursing profession can play a key role in reducing this stigma, and it is therefore important to be able to assess the attitudes and beliefs of nurses about mental illness.

The aim of the study was to develop and test the psychometric properties of a scale for assessing the stigma of mental illness in nursing. Conceptually, the scale (EVEPEM, in accordance with its original name in Spanish) is based on Peplau's model of psychodynamic nursing. The study involved two stages: (1) item generation and content validation and (2) examining the scale's reliability and convergent/discriminant validity. Data were collected between November 2016 and December 2017 from a sample of 737 nursing undergraduates. The results indicated good internal consistency (total Cronbach's alpha = 0,825) for the final 20-item scale. Exploratory and confirmatory factor analyses supported a three-factor structure consistent with the theoretical model. The results obtained in the present sample suggest that the EVEPEM is a valid and reliable instrument for assessing the stigma associated with mental illness in the nursing context.

The second aim of this research was to assess the levels of stigma towards mental illness among nursing students and nursing professionals. The sample consisted of 837 nurses and undergraduate nurses. The results show that nursing students reduce their stigma levels towards mental illness as training progresses and that stigma levels towards mental illness are lower in mental health nursing than in other settings. In the same way, the relationships between the level of global stigma and factors and, in addition, sociodemographic and academic variables were explored. The levels EVEPEM stigma are significantly higher in women in nursing, although age and experience are variables that do not influence the stigma of mental illness in Nursing. On the other hand, students who have had previous contact with mental illness have lower levels of stigma toward people with a mental disorder.

Although more research is needed to increase the psychometric properties of the scale, the results obtained in the present sample suggest that the 20 EVEPEM items is a valid and reliable instrument for assessing the stigma associated with mental illness in the nursing context. The exploration of the factors confirmed the proposed hypothesis, and

the final scale consists of three dimensions of the stigma concept of mental illness: Violence-Hazard, Disability and Lack of Competence.

Key words: health Personnel, mental health, nursing, psychometrics, associative stigma.

INTRODUCCIÓN

El estigma es un concepto de origen griego que significa “marca hecha en la piel, que genera una señal en el cuerpo”. A lo largo de la historia, se aplicó primero a signos corporales causados por trastornos físicos y, posteriormente, a todos aquellos atributos, como género, raza, condición sexual o trastorno mental, que significaban que la persona portadora era diferente, en sentido negativo, del resto de los individuos de su entorno social (Goffman, 1963). La acción del estigma implica culpa, sensación de peligro y separación del grupo, siendo el número de individuos con esa cualidad menor al de personas que no la poseen (Zartaloudi & Madianos, 2010).

Tradicionalmente, la consideración del estigma ha estado inevitablemente unida a la enfermedad mental. Sus consecuencias han sido realmente negativas para la persona con trastorno mental, provocando numerosas dificultades en su integración social, que incluyen la dificultad de acceso al empleo remunerado, servicios de salud, vivienda segura y cómoda, relaciones sociales y oportunidades educativas. El fenómeno complejo del estigma de la salud mental abarca el estigma estructural o institucional, el estigma social o público y el estigma internalizado o auto-estigma. Todos ellos provocan importantes consecuencias negativas en la persona con una enfermedad mental, ante la cual la sociedad reacciona con miedo, reduciendo aún más las oportunidades que están disponibles para el resto de la sociedad (Larson & Corrigan, 2008). El problema del estigma no reside en el atributo estigmatizador ni en la persona estigmatizada, sino en la circunstancia de poseer un atributo determinado en un contexto social concreto que conduce a la devaluación. Los procesos de estigmatización se explican desde modelos sociológicos o psicosociales, pero, desde ambas perspectivas, se plantea la importancia de un abordaje integral del problema del estigma en la salud mental, su prevalencia y sus consecuencias.

El uso de las etiquetas diagnósticas psiquiátricas como herramienta para la clasificación, tratamiento y asignación de recursos, también puede contribuir a la asignación de una serie de atributos negativos vinculados al estigma de la persona diagnosticada (Cummings, Lucas & Druss, 2013). De forma similar, las explicaciones

biogénicas como causa de la enfermedad pueden suponer una menor asignación de culpa a la persona enferma, pero siguen provocando sentimiento de rechazo y estigma por parte del resto de la sociedad (Kvaale, Gottdiener & Haslam, 2013). Una de las principales repercusiones que tiene el estigma de la enfermedad mental es la dificultad que causa en el acceso a los servicios sanitarios y a la búsqueda de ayuda, retrasando el tratamiento y dificultando la recuperación en todas las etapas de la vida. Más allá de las consideraciones éticas, los efectos negativos de los estereotipos sociales asociados al trastorno mental siguen vigentes, aún después de remitir la sintomatología (Corrigan & Bink, 2015).

Considerando que, según las previsiones, el 25% de la población padecerá en algún momento de su vida un trastorno mental y que cinco de las diez causas principales de discapacidad están provocados por problemas de salud mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS), alerta sobre las repercusiones de los trastornos mentales, resaltando que *el sufrimiento, la discapacidad y las pérdidas económicas no desaparecerán mientras los enfermos sigan marcados por el estigma* (OMS, 2014). A pesar de los esfuerzos para su erradicación, siguen existiendo diferencias importantes entre los distintos países y culturas con respecto a la estigmatización de la enfermedad mental (Seeman, Tang, Brown & Ing, 2016).

Para conseguir eliminar el estigma asociado a la enfermedad mental, se han propuesto una serie de estrategias de intervención, basadas en el contacto, la educación y la protesta (Watson & Corrigan, 2005). De esta manera, el diseño de las intervenciones para la mejora de la salud mental a nivel internacional incluye en sus objetivos, de forma prioritaria, la formulación de intervenciones para erradicar el estigma (Evans-Lacko et al., 2014). En este contexto, debe considerarse que, para la valoración objetiva de la efectividad de las intervenciones diseñadas, es necesario disponer de instrumentos válidos que permitan su evaluación, antes y después de la aplicación de las mismas (Corrigan, Powell & Michaels, 2014).

Se ha destacado el importante papel que los profesionales sanitarios pueden tener en la erradicación del estigma y la discriminación que sufren las personas con enfermedades mentales. Es evidente que el estigma de la enfermedad mental en la sociedad afecta también a los profesionales de la salud, causando frecuentemente la

estigmatización de sus actitudes en la práctica asistencial. Asimismo, se ha asociado con la aparición de estereotipos socialmente arraigados y con el establecimiento de interacciones represivas, debido a la tradición de actitudes paternalistas y una baja expectativa de mejora de las personas con enfermedad mental (Gaebel & Zielasek, 2015).

El presente trabajo se centró en el estudio del estigma en los profesionales de la Enfermería, considerando la importancia de su rol en el cuidado y recuperación de las personas con enfermedad mental, y el poco conocimiento del que se dispone sobre este colectivo. La evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería presenta una particular relevancia, en cuanto estos profesionales son los que mantienen un contacto directo con las personas afectadas y sus familiares. En su trabajo diario, tanto si están especializados en salud mental, como si desarrollan su labor en otras áreas, con frecuencia han de tratar y dispensar cuidados a personas con trastornos mentales y a sus familias, de manera que constituyen un pilar fundamental en la lucha por la erradicación del estigma asociado a la enfermedad mental. El estigma se detecta tanto en las enfermeras psiquiátricas como en el resto de las especialidades, y constituye un factor que puede afectar gravemente a la interrelación profesional entre enfermera y paciente (Natan, Drori & Hochman, 2015). El estigma de la enfermedad mental por parte de los profesionales de Enfermería puede interferir en la recuperación y reinserción de los pacientes y sus familiares, amenazando el enfoque de tratamiento holístico que prestan las enfermeras de los servicios de salud mental (Delaney & Delaney, 2012).

A partir de este planteamiento, en este trabajo se pretende realizar una revisión del concepto del estigma y el prejuicio asociado a la enfermedad mental, en los profesionales sanitarios. Asimismo, se planteó la construcción de un instrumento psicométrico válido y fiable, para evaluar el estigma en los profesionales de Enfermería, que pueda ser utilizado para el estudio de la eficacia de las intervenciones diseñadas para eliminar o reducir el estigma de la enfermedad mental.

Pensamos que la evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería presenta una particular relevancia, en cuanto estos profesionales son los que mantienen un contacto directo con las personas afectadas y sus familiares.

La parte teórica del trabajo se ha estructurado en cuatro capítulos. En el primer capítulo se define el concepto del estigma, los tipos de estigma y la evolución histórica del mismo. En el segundo se aborda el estigma aplicado a la enfermedad mental, a los profesionales sanitarios y la importancia de la medida del estigma para evaluar la eficacia de las intervenciones diseñadas para su eliminación. El tercer capítulo ofrece una definición del estigma en salud mental y los profesionales sanitarios, las intervenciones diseñadas para la reducción del estigma y la descripción de los instrumentos diseñados hasta la actualidad para su medida. En el cuarto y último capítulo se elabora el modelo teórico de enfermería referente al estigma de la enfermedad mental en enfermería.

La parte empírica comienza con el planteamiento del problema y los objetivos, abordando el proceso de construcción y validación de la Escala de evaluación del Estigma en profesionales de Enfermería, incluyendo la generación de los ítems, determinación del formato respuesta y de la capacidad discriminante de los ítems, abordaje de los distintos aspectos de la validez y la fiabilidad, análisis de las posibles fuentes de sesgo en las puntuaciones, estadísticos descriptivos de la escala en distintos grupos de población y su relación con variables de género y edad. Finalmente se elabora una discusión de los resultados y se extraen las conclusiones.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. CONCEPTO DEL ESTIGMA

El estigma de la enfermedad mental es un fenómeno ampliamente arraigado en nuestra sociedad, con consecuencias negativas para la persona que sufre un trastorno mental. El diseño de estrategias para eliminar este estigma constituye un objetivo prioritario de los programas a nivel internacional (OMS, 2014).

Estigma es una palabra de origen griego, que se refería a una señal en el cuerpo hecha con un hierro candente. Esta marca impuesta era un signo de pena infamante o de esclavitud e implicaba una condición social inferior. No obstante, en algunos casos, también se denomina estigma a una huella impresa sobrenaturalmente en el cuerpo de algunos santos extáticos, como símbolo de la participación de sus almas en la pasión de Cristo. Posteriormente, se añadieron dos acepciones al término: la primera, se refiere a los signos corporales de santa gracia que tomó la forma de las flores eruptivas en la piel, y la segunda, una alusión médica a este concepto religioso, refiriéndose a signos corporales fruto de un trastorno físico (Diccionario de la Lengua Española, 2017). En la actualidad, el estigma se refiere a un atributo desacreditador, que puede aplicarse a aquello que está en minoría respecto al grupo mayoritario.

El concepto de estigma también comporta, en su definición, otros componentes añadidos, como la peligrosidad percibida, la distancia social, los estereotipos, los prejuicios y la discriminación (Zartaloudi & Madianos, 2010). El estigma causa prejuicios a la persona que lo padece, incluyendo la dificultad para el acceso al empleo remunerado, servicios de salud, vivienda, así como dificultad en las relaciones y en las oportunidades educativas. Además, la sociedad reacciona con miedo al estigma y aumenta las distancias con la persona estigmatizada (Larson & Corrigan, 2008).

Evolución histórica del estigma

Para la comprensión de la situación actual del estigma es necesario un análisis profundo del desarrollo histórico, tanto del concepto como de la propia enfermedad mental. Puede afirmarse que la evolución histórica de la psiquiatría y la enfermedad mental han llevado siempre implícita la estigmatización de los enfermos y de sus familias.

Prehistoria y Estigma de la enfermedad mental

Pueden encontrarse indicios del estigma en cráneos agujereados o trepanados, hallados en algunos restos arqueológicos, que ponen de manifiesto que estas prácticas se realizaban, tanto en cadáveres como en personas vivas. Por lo general, estos restos datan de hace unos 7.000 años y se ubican mayoritariamente dentro del período Neolítico. Un hallazgo en Alsacia (Francia) muestra un cráneo trepanado, tanto en el hueso frontal como en los parietales, demostrándose que aquella persona estaba viva en el momento de realizarse la trepanación. Se ha especulado con numerosas hipótesis para justificar este tipo de intervenciones rudimentarias. Algunas hablan de rituales religiosos o mágicos de la época, otras de formas de castigo. No obstante, la más aceptada y, seguramente, la que más se ajusta a la realidad, es la que los atribuyen a intervenciones para liberar los malos espíritus que pudieran atormentar a la persona en cuestión. Aun desconociendo el nivel de estigma que podía existir en estas sociedades, y si las personas trepanadas convivían o no en normalidad dentro de sus grupos, lo que sí se conoce es la afectación a nivel psicomotor y psicológico que provocaba dicha técnica. En una época de estricta supervivencia, como a la que se hace referencia, estas personas podían ser abandonadas o aisladas en caso de ser una carga para el resto del grupo (Coperías, 2015).

Edad antigua y Estigma de la enfermedad mental

Se han encontrado escritos sobre aspectos relacionados con la salud mental en antiguas civilizaciones, como Mesopotamia, México o Egipto (3000 a. C.). En ellos

podemos encontrar referencias a los métodos que se seguían para tratar algunos trastornos y el significado que se daba a la enfermedad mental. No hay referencias específicas al estigma, sino más bien a la explicación de las causas de los trastornos mentales, generalmente atribuidos a aspectos mágico-religiosos o como castigo de la conducta de la persona. En algunas culturas se contempla la figura del sacerdote como sanador, mediante el descubrimiento de los pecados anteriormente cometidos y las oraciones o las fórmulas mágicas como tratamiento. El antiguo Egipto es la única cultura antigua donde se puede apreciar el estigma sobre la enfermedad mental. En esta civilización se diferenciaba a las personas con patologías psiquiátricas y se le encomendaban actividades diferentes al resto de la población. A las personas con un trastorno mental se les estimulaba mediante determinadas actividades como excursiones, pintura o actividades recreativas, que podríamos equiparar con la laborterapia utilizada actualmente en algunas unidades de salud mental (Omaña-Palanco, 2008).

En la antigua Grecia (1200 a. C.) se produce el desarrollo de la Teoría de los Cuatro Humores, según la cual el cerebro es el responsable de las anomalías de comportamiento que la persona puede padecer. Dentro de los cuatro humores, se diferenciaban la bilis amarilla, la bilis negra, la sangre y la flema. Los griegos atribuían los cambios de humor o la depresión al exceso o defecto de bilis negra acumulada en el cuerpo. La acumulación de la bilis negra se dirigía directamente a la inteligencia, y causaba una alteración de la misma. El delirio, por su parte, se debía a la bilis amarilla. Tanto Hipócrates de Cos (460 – 377 a. C.), médico de la antigua Grecia, como Galeno de Pérgamo (130 – 216 a. C.) en la Antigua Roma, aplicaron el llamado pensamiento racional para clasificar de manera básica ciertas enfermedades según su sintomatología. Hipócrates estableció una clasificación de las patologías en seis tipos, según la sintomatología que presentase: frenitis, manía, melancolía, epilepsia, histeria y enfermedades de los Escintios. Pese a estas aportaciones, socialmente, se seguía aceptando la intervención divina o espiritual como factor decisivo a la hora de padecer alguna enfermedad (Coperías, 2015). Los romanos (750 a. C.) popularizaron el término lunático para calificar a los enfermos mentales, dado que por la noche se podían escuchar sus voces desde los espacios en donde se les recluía. También existe la teoría de que durante la noche se solía acabar con las vidas de estos enfermos y de ahí también los gritos y lamentos. A partir de estos relatos se puede inferir que, ya en esta época, la salud

mental se encontraba estigmatizada, pues se producía un distanciamiento social a causa del trastorno, y el trato a los enfermos denotaba las diferencias con el resto de la sociedad (González de Rivera, 1998).

Cristianismo y Estigma

La salud mental ha estado muy influenciada por la religión a lo largo de la historia. La Biblia, conjunto de libros canónicos del judaísmo y el cristianismo, se considera una transcripción de la palabra de Dios para estas religiones. Los textos que componen la Biblia fueron escritos a lo largo de aproximadamente 1.000 años, entre el 900 a. C. y el 100 d. C., aunque los textos más antiguos son datados en la época de los dos reinos (siglos X a VIII a. C.). En su lectura, se encuentran referencias a las enfermedades, bajo una explicación causal de castigo o culpa, y cómo estas provocaban un aislamiento del resto de la sociedad.

“El afectado por la lepra llevará la ropa rasgada y desgredada la cabeza, se tapaná hasta el bigote e irá gritando: “¡Impuro, impuro!”. Todo el tiempo que le dure la llaga, quedará impuro. Es impuro y vivirá aislado., fuera del campamento tendrá su morada” (Levítico 13, 45-46, BJ)

A excepción de la intervención divina que resolvía la dolencia a modo de milagro.

Un leproso se acercó y se postró ante él, diciendo: Señor, si quieres puedes limpiarme. Él extendió la mano, le tocó y dijo: Quiero, queda limpio. Y al instante quedó limpio de su lepra” (Mateo 8, 2-3, BJ)

En el caso de la enfermedad mental y sus causas, también se aplica la interpretación religiosa.

Se acercó a él un hombre que, arrodillándose ante él, le dijo: Señor, ten piedad de mi hijo, porque es lunático y sufre mucho., pues muchas veces cae en el fuego y muchas en el agua. Jesús le increpó y el demonio salió de él., y quedó sano el niño desde aquel momento” (Mateo 17, 14.15.18, BJ)

Otros fragmentos refuerzan la explicación del mal como causa del trastorno mental, por la culpa y el pecado.

Había precisamente en la sinagoga un hombre poseído por un espíritu inmundo, que se puso a gritar: ¿Qué tenemos nosotros contigo, Jesús de Nazaret? ¿Has venido a destruirnos? Sé quién eres tú: el Santo de Dios. Jesús, entonces, le conminó diciendo: Cállate y sal de él. Y agitándole violentamente el espíritu inmundo, dio un fuerte grito y salió de él” (Marcos 1, 23-26 BJ)

Al atardecer, le trajeron muchos endemoniados., él expulsó a los espíritus con una palabra, y curó a todos los enfermos” (Mateo 8, 16, BJ).

La influencia de la religión en la definición y tratamiento de la enfermedad mental ha sido decisiva para la evolución de la misma, estando en la actualidad aún presente en nuestra sociedad.

Edad Media y Estigma de la enfermedad Mental

Durante la Edad Media se llevó a cabo un retroceso social en la manera de vivir, pensar y actuar. La salud mental no fue ajena a lo que sucedía a su alrededor y también sufrió un importante retraso y estancamiento en todos los sentidos. La Medicina tradicional cayó en manos de los llamados barberos-cirujanos, y la salud mental no fue una excepción. En esta época se busca, a través de la religión, la explicación de los trastornos mentales como hechos sobrenaturales o atribuidos a posesiones demoníacas. Las patologías eran consecuencia de los malos actos en la vida y la enfermedad se consideraba un castigo. La enfermedad también podía ser debida a la presencia del demonio dentro del cuerpo, como consecuencia de esa mala conducta. En este tiempo, el estigma hacia las personas con enfermedades psiquiátricas se fue recrudeciendo, en parte, como consecuencia de la influencia del catolicismo y la persecución a que eran sometidas estas personas. La tortura y la muerte eran los métodos utilizados por la Santa Inquisición, brazo ejecutor de la Iglesia Católica, para combatir a los herejes, entre los cuales se hallaban los enfermos psiquiátricos. En la mayoría de los casos, el fuego purificaba cualquier herejía. Se decía que, en caso de ser inocentes, Dios los salvaría de las llamas, mientras que si, por el contrario, eran culpables, arderían como castigo. Sin embargo, no

en todas las partes del mundo conocido se llevaba a cabo la misma política de actuación que se aplicaba en Europa. En el mundo árabe se produce una creciente tendencia naturalista de la salud mental, que tiende a disminuir los aspectos negativos del estigma. Estas nuevas tendencias, sumadas a las desarrolladas en Grecia y Roma, constituyeron la base teórica para el desarrollo de las primeras instituciones especializadas en Psiquiatría. La primera de la que se tiene constancia se fundó en Fez, actualmente Marruecos, sobre el año 700 de nuestra era (Ackerknecht, 1993).

Edad Moderna y Estigma de la enfermedad Mental:

Durante la época Renacentista aparece una nueva concepción y una diferente consideración de la salud mental y de los enfermos mentales, que permite tratamientos más racionales que los planteados hasta entonces. Por ejemplo, se produce un cambio en la forma de tratar a las brujas o hechiceras, que debían ser compadecidas, puesto que eran utilizadas por el diablo. Surgen voces críticas, como la de Weyer (1515 – 1588), postulándose en contra de la caza de brujas y planteando la consideración de los enfermos como personas melancólicas. El mismo autor expresa, en otra de sus obras, que los enfermos mentales debían ser tratados en primer lugar por un médico y, solo si fuera necesario, por un sacerdote. Como resultado de la búsqueda de explicaciones más racionales para la enfermedad mental, aparece el concepto del *Imaginatio*, fruto de la combinación de las teorías de la época con las utilizadas anteriormente, y que hace referencia a una especie de fuerza externa que por sí misma tiene la capacidad de provocar enfermedades mentales y también de sanarlas. Para muchas personas de la época, la *Imaginatio* era una idea próxima a la brujería y la hechicería, mientras que, para las nuevas generaciones de pensadores, los conceptos se veían como algo positivo e innovador (González de Rivera, 1998). En España se forman las primeras instituciones especializadas en Sevilla, Zaragoza, Valencia, Barcelona y Toledo, donde se trata a los enfermos mentales según el modelo implantado por los árabes algunos siglos antes. El primer centro español para enfermos mentales fue fundado en Valencia en el año 1409 por Fray Juan Gilbert Jofré, considerado el padre de la llamada Primera revolución psiquiátrica (Rubí-González, 2002).

Edad contemporánea y Estigma de la salud mental

El ideólogo de la Segunda revolución psiquiatría ilustrada es Phillippe Pinel (1745 – 1826) y su principal herencia es conocida popularmente como la *liberación de las cadenas*, ya que supuso el cambio de celdas y calabozos por habitaciones. La naturalización de la enfermedad y los cuidados en el ámbito de la salud mental tendrán una influencia decisiva sobre el concepto del estigma. Paulatinamente, el modelo se extendió por toda Europa, desarrollando terapias ocupacionales o laborterapia como tratamiento básico en el cuidado de estos enfermos. No obstante, los centros eran auténticas ciudades en donde vivían y trabajaban los pacientes y de las cuales no se podía salir, salvo en contadas ocasiones, manteniéndose alejados de la comunidad y potenciando el aislamiento social (Discovery Health, 2017).

Las diferentes concepciones de la locura, desde la época del renacimiento hasta la constitución de la Psiquiatría como disciplina médica, en el siglo XIX, pasan por situaciones diversas desde la expulsión de los enfermos de las ciudades y su condena a vagar por los ríos europeos (naves de los locos), hasta el gran encierro en hospitales como forma de aislamiento, sin ninguna intención curativa. Todos estos acontecimientos ocultan un sustrato moral y condicionan el significado del estigma de la enfermedad mental. Los enfermos mentales pasan a ser definidos con relación a la pobreza, la incapacidad para trabajar y la falta de ética, siendo su encierro y aislamiento social fundamentado en la razón y la moral del momento. Se inicia un proceso en el que la locura empieza a ser silenciada y marcada, aún no como una enfermedad, por la moral cristiana. El término locura implica concebir a las personas con trastorno mental como animales que deben ser domados por su exceso de libertad, que es lo que les ha llevado a la locura, a través de latigazos y palizas (Focault, 2006).

La Tercera Revolución vino dada de la mano del llamado Padre del Psicoanálisis, Sigmund Freud, a finales del siglo XIX. Usaba un cómodo diván para realizar terapia a los pacientes y poder así tratar los problemas más ocultos. Según Freud, los problemas venían dados por carencias o excesos durante la edad infantil. Aunque el psicoanálisis no podía aplicarse a los pacientes más graves y resultó efectivo en un porcentaje bastante bajo, el tratamiento de la patología mental desde esa posición normalizaba los trastornos

mentales, haciéndolos partícipes de la sociedad y disminuyendo la distancia social. De alguna manera, supone la consideración de que el origen de la locura se enmarca dentro de la vida social y las relaciones sociales, ya no se trata de algo “no humano”, sino que es una posibilidad emergente en el medio social. Esto afecta al estigma de la enfermedad mental, que sigue persistiendo en la sociedad, donde la locura es definida como la falta de moral y que se produce debido a un exceso de libertad, de sentimiento religioso o de estudio.

En el siglo XX se va desarrollando un concepto nuevo de enfermedad mental de características más biológicas. Se otorga una mayor importancia a la observación del trastorno mental bajo un supuesto origen biológico o genético. Es el momento en el que la psiquiatría emerge como especialidad médica y se otorga un mayor protagonismo a los síntomas del enfermo, como vía para la comprensión de su experiencia y como medio terapéutico. Aunque la teoría psicoanalítica aporta elementos interesantes para la comprensión de la estructura de la psique humana desde un enfoque culturalista, lo cierto es que la psiquiatría clínica trata los trastornos mentales graves a través de terapias puramente orgánicas, hoy prácticamente abolidas, como la lobotomía, cirugía en la que se secciona una o varias conexiones nerviosas de un lóbulo cerebral. Otras técnicas, también aparecidas en este contexto, incluyen el uso de la insulina para provocar cambios en el sistema nervioso central y la terapia electroconvulsiva, usada aún en la actualidad. En cuanto al trato que recibían los pacientes, se seguía practicando la laborterapia y la reclusión e internamientos en grandes manicomios. La laborterapia se complementaba con medicación, en muchos casos con importantes efectos secundarios, y las contenciones mecánicas, como forma de castigo y de reeducación.

En la década de los 80 se abren las puertas de los manicomios, se echan abajo los muros y se decide suprimir el sistema de residencia que hasta entonces se usaba con los pacientes, incentivando su traslado e inclusión en la comunidad. Paralelamente, el uso de nuevos medicamentos para el tratamiento de las enfermedades mentales provocó una caída significativa en el número de pacientes en los hospitales psiquiátricos. Aunque el proceso de desinstitucionalización comportaba considerables beneficios, se hace evidente que muchos de los pacientes no estaban preparados para funcionar de manera independiente en la comunidad, debido a que habían vivido en las instituciones la mayor parte de sus vidas. Además, los enfermos mentales no eran compatibles en la sociedad

normal y muchos de ellos fueron rechazados por la población en general. En consecuencia, se planteó la necesidad de crear dispositivos y centros de atención comunitaria para atenderles y aumentar sus oportunidades de inclusión en la sociedad (Zartaloudi & Madianos, 2010).

La evolución del estigma al largo de la historia ha marcado la definición actual del concepto. Desde las primeras sociedades, la enfermedad mental ha provocado aislamiento social y se ha agravado con la influencia de la religión durante muchos años. El miedo, sentimiento de culpa, sensación de castigo y la exclusión social han estado tradicionalmente asociados a los trastornos mentales desde los orígenes de la civilización. La sociedad, la cultura y los valores en el proceso histórico, junto con la manera de entender y gestionar la enfermedad mental, han provocado que aún en la actualidad sigan existiendo vestigios del pasado que influyen y explican la existencia del estigma.

Prejuicio, estereotipos y discriminación

El *prejuicio* es un componente del estigma, que constituye un juicio u opinión, generalmente negativo, que se forma inmotivadamente, de manera previa al conocimiento y proviene de una construcción colectiva en la que se acepta la característica señalada como indeseable o poco valiosa, bajo la consideración de que todas las personas con el rasgo señalado constituyen un conjunto homogéneo. Los prejuicios dan lugar a una reacción emocional negativa y una opinión desfavorable configurada sin causa justa o antes de los conocimientos, formando un conjunto de creencias falsas sobre un grupo, actividad o un objeto que pueden ser individuales y/o compartidas con otras personas (Wilson, 2009).

Los *estereotipos* constituyen un conjunto de creencias o atribuciones a una característica negativa o positiva de un grupo de personas. Son falsas generalizaciones que comparte un gran número de personas y en eso se basa su legitimidad., anulan la diversidad, autonomía e imponen un solo estilo de vida (Nesdale & Durkin, 1998).

La *discriminación* puede ser definida como la opresión, el tratamiento ilícito, o el trato injusto, por lo general a través de actos y omisiones, de un individuo o un grupo. En muchos casos la discriminación se produce como resultado del proceso de estigmatización hacia el discriminado (Johnson, 2013). La discriminación es la respuesta

conductual a los prejuicios, la negación y restricción de un derecho, a partir de prejuicios como el color de piel, la religión, la preferencia sexual, edad, sexo o discapacidad, atentando contra los aspectos más fundamentales de la identidad de las personas (Thornicroft, Rose, & Kassam, 2007).

El prejuicio, los estereotipos y la discriminación, tienen en común el estar basados en creencias y generalizaciones falsas, que provocan un juicio erróneo sobre una característica, creencia o atributo, causando efectos negativos a la persona o grupo que las padece (Miller & Major, 2000).

Las interacciones entre los receptores del estigma y los generadores del mismo, activan procesos de estrés que provocan efectos negativos en la salud y el bienestar de la persona portadora del estigma (Meyer, 2007). Entre estos efectos podrían citarse la dificultad para acceder a la educación, la vivienda, el empleo y la asistencia sanitaria. Por otro lado, las formas inconscientes de perjuicio se producen de forma espontánea, automática y sin plena conciencia de las personas que lo experimentan, pudiendo dar lugar a comportamientos discriminatorios. En la actualidad, la discriminación sigue siendo un grave problema de salud pública. Se asocia a la mala salud física y mental, así como a la aparición de divisiones sociales y el miedo y rechazo por parte de la sociedad. Para el establecimiento de la justicia social, es necesaria la creación de políticas que erradiquen la discriminación y los prejuicios en el ámbito público y social, con intervenciones planificadas y compromisos por parte de todas las instituciones públicas (Bhui, 2016).

Proceso de estigmatización

El concepto de estigma fue introducido en las ciencias sociales como un atributo que degrada y rebaja a la persona portadora del mismo, asociándolo a determinadas características personales interpretadas como defectos, como podría ser el caso del género, condición sexual, trastorno mental o adicción a una sustancia. También puede referirse a un aspecto físico, referido a diferencias corporales o la identificación o pertenencia a un grupo particular, como una etnia, una nación o una religión (Goffman, 1963). Cuando aparece el estigma en la sociedad se inicia el proceso de estigmatización que implica culpa, sensación de peligro y separación del grupo. Estos factores se

relacionan con problemas sociales, aislamiento, mala salud física y mental y con una pérdida de estatus social, porque aquellas personas que forman parte de un grupo estigmatizado son tratados por la sociedad de tal manera que sus oportunidades de vida y perspectivas de futuro se reducen de manera significativa (Bates & Stickley, 2013). El proceso de estigmatización no solo afecta a las personas que padecen un trastorno mental, familiares y profesionales, sino que también puede actuar limitando las inversiones en investigación y atención por parte de las instituciones (Bichsel & Conus, 2017).

Las manifestaciones del estigma vienen dadas por los estereotipos (conocimiento), prejuicio (emociones) y discriminación (comportamientos). Las revisiones sobre la existencia del estigma de la enfermedad mental indican una elevada prevalencia de la misma y la necesidad de una investigación más rigurosa para poder definir intervenciones que permitan una reducción del estigma en las diferentes culturas (Tzouvara, Papadopoulos, & Randhawa, 2015).

Contexto social y relación de poder

El concepto de estigma debe considerarse en el contexto social en el que aparece. La devaluación del individuo estigmatizado se produce en unas circunstancias determinadas difícilmente generalizables, ya que sus características y condicionantes son particulares y varían en función de la cultura y la sociedad (Crocker & Garcia, 2009). El contexto social, la cultura, los medios de comunicación y el cine desempeñan un papel importante en la representación de la sociedad e influyen de manera significativa en el estigma (Tarolla, Tarsitani, Brugnoli, & Pancheri, 2006).

La relación de poder influye también en el proceso de estigmatización. El sentimiento de pertenencia a un grupo social se debe al funcionamiento del propio colectivo que lleva a sus miembros a identificarse con él, otorgándole un nombre y teniendo un comportamiento según las normas establecidas por el grupo. El estigma aparece cuando los individuos toman distancia y establecen una relación de poder donde unos etiquetan y estigmatizan a otros, separándolos de la normalidad y homogeneidad del resto del grupo (Hatzenbuehler, Phelan, & Link, 2013).

IDEAS CLAVE Concepto del Estigma

- ✓ El estigma de la enfermedad mental sigue siendo un fenómeno ampliamente arraigado en nuestra sociedad.
- ✓ La sociedad, la cultura y los valores en el proceso histórico, junto con la manera de entender y gestionar la enfermedad mental, han provocado que aún en la actualidad sigan existiendo vestigios que influyen y explican el estigma de la enfermedad mental.
- ✓ El estigma comporta consecuencias negativas para la persona que sufre un trastorno mental: dificultad para el acceso al empleo remunerado, a los servicios de salud y a las oportunidades educativas, así como obstáculos para acceder a la vivienda y en las relaciones sociales.
- ✓ Las manifestaciones del estigma vienen dadas por los estereotipos (conocimiento), prejuicio (emociones) y discriminación (comportamientos).
- ✓ El concepto de estigma debe considerarse en el contexto social en el que se produce, apareciendo cuando los individuos toman distancia unos de otros y establecen una relación de poder donde unos etiquetan y estigmatizan al resto.

1.2 ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL

Definición de estigma en la enfermedad mental

El concepto de *enfermedad mental* está ampliamente extendido y asociado, generalmente, al término *trastorno mental*, hasta el punto de que ambos suelen utilizarse como sinónimos. Sin embargo, existen algunas diferencias en cuanto a su significado que deberían ser consideradas a la hora de utilizar uno u otro. Un *trastorno mental* es un deterioro concreto, en un momento dado, que puede solucionarse mediante tratamiento y medicación específicos. En consecuencia, el trastorno mental podría referirse a una situación temporal y puntual, que puede ser normalmente resuelta, dando por finalizado el trastorno. Una *enfermedad mental*, por el contrario, es una condición que prevalece en el tiempo, con la que se nace o que se adquiere a lo largo de la vida, que puede mejorar mediante el tratamiento, pero que difícilmente tiene una solución definitiva. Desde la perspectiva médica, el trastorno es meramente descriptivo, mientras que una enfermedad ha de tener una etiología o causa conocida, un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento. De esta manera, que una persona “esté” enferma, implica una condición, un estado, algo que prevalece o permanece con ella, a diferencia de quien “tiene” un trastorno, que haría referencia a algo circunstancial, situacional, de lo que se puede desprender. Desde este punto de vista, se puede tener un *trastorno* sin que ello constituya, necesariamente, una *enfermedad*.

En el ámbito de la salud mental es muy frecuente el uso del concepto de *trastorno mental*, utilizado por los dos sistemas de clasificación de las patologías mentales más ampliamente referenciados: el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), de la American Psychiatric Association (APA) y la *International Classification of Diseases* (ICD-10) de la OMS (Waidman, da Costa, & Paiano, 2012).

Según la OMS, la salud mental de los individuos está siempre influenciada por las diferencias culturales y por la propia subjetividad de la persona. Según esto, la OMS define la salud mental como *el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*. Como puede verse, esta definición asume la concepción de la persona como

un ser único y complejo que se encuentra en continua interacción con su entorno, enfatizando la idea de que el concepto de salud va más allá de la mera ausencia de enfermedad. La OMS define el ciclo del estigma como un proceso donde la discriminación, la exclusión social y el propio estigma forman un círculo difícil de romper, resaltando que *el sufrimiento, la discapacidad y las pérdidas económicas no desaparecerán mientras los enfermos sigan marcados por el estigma.*

El Plan de Acción Integral sobre la Salud Mental 2013-2020 (OMS, 2014), reconoce que la salud mental es un elemento esencial para el bienestar de todas las personas. Este plan tiene como objetivos *reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental, proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta., poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental., y fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.* El programa de acción de la OMS para superar la brecha en salud mental, utiliza orientaciones técnicas, instrumentos y módulos de capacitación basados en evidencias, para ampliar la prestación de servicios en los países, especialmente en entornos con escasos recursos. Este programa se centra en una serie de afecciones prioritarias y orienta la capacitación de los profesionales sanitarios no especializados, con un enfoque integrado que fomenta la lucha contra el estigma en todos los niveles asistenciales OMS (2014). De forma similar, en el *Plà integral d'Atenció a les Persones amb trastorn Mental i Addiccions 2017-2019*, desplegado en Catalunya en el año 2017, se insiste en la necesidad de potenciar y desarrollar estrategias para conseguir eliminar el estigma de la enfermedad mental (Generalitat de Catalunya, 2014).

La enfermedad mental es un fenómeno complejo que causa un fuerte impacto en la vida de la persona que la sufre. Por un lado, la enfermedad y los efectos secundarios de la medicación afectan negativamente a las emociones, habilidades cognitivas, memoria, habilidades de resolución de problemas, habilidades de toma de decisiones, habilidades sociales, de comunicación interpersonal, y otros dominios de funcionamiento. Pero, además, el padecimiento de la enfermedad conduce al estigma, lo que implica una importante interferencia con las oportunidades para alcanzar y mantener los objetivos de la vida (Corrigan, Larson, & Kuwabara, 2010). En los últimos años ha habido un creciente reconocimiento de la importancia del estigma en la enfermedad mental, en su prevalencia

y sus consecuencias, habiéndose observado diferencias importantes entre los distintos países y culturas (Seeman et al., 2016). El desarrollo e implementación de políticas y servicios de salud mental orientadas a la recuperación social de los pacientes es un tema prioritario en las políticas de reforma de la salud mental en muchos países. Estas estrategias incluyen la implementación de programas para luchar contra el estigma y garantizar el acceso a los recursos (Shera & Ramon, 2013).

Las personas con enfermedad mental han sufrido prejuicio y discriminación a lo largo de los años, siendo el fenómeno del estigma público el más estudiado por los investigadores, por las consecuencias que provoca en la sociedad. No obstante, el auto-estigma causa también graves dificultades para la adaptación de la persona a la sociedad, y contribuye a aumentar las dificultades para la adaptación social y la recuperación de la persona.

En la actualidad, a pesar del uso de una medicina más moderna y humanista, persiste el estigma en la enfermedad mental. Para reducirlo es esencial una mayor comprensión del fenómeno y la elaboración de mecanismos que disminuyan el impacto en la sociedad (Watson, Corrigan, & Kosyluk, 2014). El objetivo es el cambio del paradigma científico y cultural a través del trabajo con equipos multidisciplinares que describan, expliquen y propongan nuevos enfoques de trabajo (Webster, 2012).

Modelos teóricos del estigma en salud mental

Para el desarrollo del concepto del estigma y la comprensión de los procesos de estigmatización se han formulado diferentes modelos teóricos:

-Modelos sociológicos: están representados fundamentalmente por la teoría del *etiquetado* (Link, Cullen, Frank, & Wozniak, 1990). Consideran que la etiqueta diagnóstica pone en marcha estereotipos culturales e imágenes negativas sobre la enfermedad mental que son aplicados al individuo que la padece por parte de los demás, pero también por la propia persona, provocando su discriminación y devaluación. Este proceso también interfiere en el acceso a los recursos sociales y económicos, dando lugar a pérdida de oportunidades para alcanzar objetivos vitales. Aunque la teoría del etiquetado se desarrolló originalmente en áreas del delito, posteriormente se aplicó también a las

enfermedades mentales y a los problemas educativos (DeRoche, 2015). Desde esta perspectiva, Link y Phelan (2001) consideran que en el proceso de estigmatización se produce una identificación o etiquetado, asignando una marca a un conjunto de personas, en función de una serie de creencias culturales compartidas o estereotipos. Este proceso favorecería la generación de un *nosotros* y un *ellos* y abriría una brecha entre ambas categorías. Como consecuencia, la persona o grupo estigmatizado pierde su estatus social, es discriminado y se encuentra en una situación de desigualdad social. Por ese motivo, el proceso de discriminación también puede ser múltiple, cuando la persona sufre actitudes discriminatorias a nivel individual y por pertenecer a un grupo poblacional concreto (Pescosolido, 2015).

-*Modelos psicológicos*. Consideran que el estigma asociado a la enfermedad se construye a partir de la consideración de los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. Pueden distinguirse tres corrientes teóricas que se basan en este modelo (Muñoz, Pérez, Crespo & Guillén, 2009).

- *Modelos de respuesta emocional*. El prejuicio se origina como una respuesta emocional negativa, formada mediante el condicionamiento clásico asociado a estímulos negativos por malas atribuciones de determinados estados emocionales.
- *Modelos de motivación*. El prejuicio sirve a algunas necesidades motivacionales donde se establece que cada uno recibe lo que se merece, culpando así a la víctima o persona con enfermedad mental. Estos modelos también incluyen pensamientos donde las diferencias individuales poseen una orientación que enfatiza la competitividad y el estatus, manteniendo las diferencias de poder entre grupos. De esta manera, las personas con enfermedad mental son vistas por el resto de la población como personas fuera del grupo y evaluadas de manera menos favorable.
- *Modelos de cognición*. La categorización a través del conocimiento es el concepto clave del estigma, ya que, al agrupar los objetos y personas en categorías, se aplica una visión genérica a un grupo de personas, creando estereotipos y generalizando de forma inadecuada.

Otros autores defienden diferentes aproximaciones conceptuales del estigma y el prejuicio, resumidas en las siguientes reflexiones y notas:

- Para Allport (1954) el prejuicio constituye una antipatía basada en una generalización errónea e inflexible. Puede ser sentido o expresado, dirigido a un grupo o individuo, y es un problema de la formación de la personalidad y desarrollo.
- Según Gaertne y Dovidio (1986), el perjuicio aversivo/racismo representa una ambivalencia en la que el conflicto aparece entre los sentimientos y las creencias asociado a un sistema de valores negativos no reconocidos.
- Desde una perspectiva cognitiva, Hamilton y Trolie (1986) lo consideran un producto de los sistemas de procesamiento de información, que resultan en la clasificación de los individuos y grupos, que se traduce inevitablemente en estereotipos y en grupo de sesgos.
- Para Devine (1989) se trata de componentes automáticos y controlados de estereotipos. El conocimiento de los estereotipos es distinta de su respaldo (prejuicio), que se aprenden temprano en la vida y se activan de forma automática.
- El racismo como factor de estrés (Clark et al., 1999). La percepción de un estímulo ambiental como resultados racistas en respuesta exagerada de estrés psicológico son influenciados por factores de comportamiento y respuestas de afrontamiento.
- El racismo sistémico (Feagin, 2000; Feagin & McKinney, 2003). El racismo ha sido fundamental en la cultura americana desde su formación por sus raíces de la esclavitud y mantenido por una ideología supremacista blanca.
- Modelo de contenido del estereotipo (Fiske, Cuddy & Xu, 2002). Las dimensiones primarias son la competencia y la calidez, y las emociones distintas la envidia, piedad, admiración o desprecio.
- Notas sobre el estigma (Goffman, 1963). El estigma se considera la situación de la persona que es descalificada socialmente.
- El estigma social (Jones, 1984). El proceso de estigmatización implica categorizaciones de afecto negativo que implican disrupción, estética, origen y peligro.
- Teoría del etiquetado de los trastornos mentales (Link et al., 1990). Cuando las personas son etiquetadas al entrar en tratamiento psiquiátrico, se atribuyen unas creencias de devaluación y discriminación.

- Modelos de amenazas de la identidad (Crocker & Garcia, 2009; Major & O'Brien, 2005; Steele & Aronson, 1995). Estar estigmatizado aumenta la exposición a situaciones estresantes y amenazantes, pudiendo afectar a la autoestima y a la salud física.
- Conceptualización del estigma (Link et al., 2001). El estigma se produce cuando los elementos se separan entre *ellos* y *nosotros*, perdiendo el estatus social.
- Modelo evolutivo (Kurzban & Leary, 2001). Bajo la rúbrica del estigma puede aparecer un sistema psicológico diseñado por la selección natural para resolver problemas sociales, como adaptaciones cognitivas diseñadas para la cooperación de los grupos y evitar el contacto con los diferencialmente propensos a portar algo transmisible.
- VIH, estigma y discriminación (Parker & Aggleton, 2003). El estigma juega un papel clave en la producción de relaciones de poder y control.
- Dirigido a un objetivo de afrontamiento o autorregulación (Swim & Thomas, 2006). La discriminación amenaza objetivos sociales básicos como la confianza y la comprensión, así como la evaluación de la propia capacidad de participar en las respuestas.
- La experiencia moral y el estigma (Yang et al., 2007). La experiencia moral da forma al proceso de estigmatización, ejerciendo sus efectos centrales en la pérdida.

Tipos de estigma

El estigma de la enfermedad mental es un fenómeno complejo en el que se diferencian tres tipos de estigma, que, en muchas ocasiones, interactúan entre sí (*estructural, social e internalizado*) (Larson & Corrigan, 2008) además de un estigma *asociativo* (Ben Natan, Drori, & Hochman, 2015).

- El *estigma estructural o institucional* se refiere a las discriminaciones existentes a nivel estructural en leyes e instituciones. La discriminación estructural contra los enfermos mentales es una barrera para la recuperación y una fuente del estigma. La estructura actual de la atención de salud mental y su

financiación insuficiente favorece la persistencia del estigma (Corrigan, Roe, & Tsang, 2011).

- El *estigma social o público* hacia las personas con enfermedades mentales se manifiesta provocando temor y exclusión social. La población siente que los enfermos no pueden cuidarse a sí mismos o tomar una decisión, viéndolos como una parte dependiente del resto de la sociedad. El estigma social se manifiesta sobre todo a través de los medios de comunicación (Zartaloudi & Madianos, 2010).

- El *estigma internalizado o “auto-estigma”* hace referencia al estigma que siente cada persona. Es un proceso subjetivo que ocurre en un contexto sociocultural y se caracteriza por sentimientos negativos sobre sí mismo, comportamientos desadaptativos, transformación de la identidad o aplicación de estereotipos resultantes de una experiencia individual, percepción o anticipación de reacciones sociales negativas derivadas de su enfermedad (Livingston & Boyd, 2010). El auto-estigma es una barrera importante para mantener y cumplir roles sociales y puede llevar al ostracismo y al aislamiento social. El sentimiento de ser peligroso para los demás y para uno mismo, el miedo hacia el propio comportamiento, pueden llevar a conductas de aislamiento autoimpuestas por la propia persona (Tucker et al., 2013; Boyd, Adler, Otilingam, & Peters, 2014; Clement et al., 2015).

- El *estigma asociativo* se trata de un concepto relativamente nuevo. Hace referencia a aquel estigma relacionado con la práctica de la profesión en la salud mental, pudiéndose dar en todos los profesionales que trabajan en ella, aunque también puede presentarse en los profesionales de la salud que no son del ámbito de la salud mental o en los cuidadores informales de personas con un trastorno mental (Ben Natan et al., 2015; Salyers et al., 2015; Ebsworth & Foster, 2016; Park & Seo, 2016; Yanos et al., 2017).

Estigma y uso de etiquetas diagnósticas

Aunque los avances en la investigación y la práctica clínica de la salud mental han progresado hacia la integración de los cuidados, no han conseguido priorizar a la persona

por encima de sus síntomas, y en el modelo sanitario actual, el diagnóstico sigue siendo el eje principal de los cuidados. Cuando la persona acude al sistema de salud mental necesitando ser atendida por un trastorno o malestar, es diagnosticada y clasificada para poder beneficiarse de los tratamientos. De este modo, los criterios del diagnóstico condicionan los servicios de salud mental y asignan los recursos sanitarios.

Existen varias clasificaciones para las Enfermedades Mentales. Las dos más utilizadas son, por un lado, la *Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10)*, promovida por la OMS, establece un sistema de clasificación y codificación de trastornos mentales asociados a una gran variedad de signos y síntomas. Sin embargo, pese a que se trata de una cuidadosa clasificación, no proporciona una clara delimitación del concepto trastorno mental. Por otro lado, *el Manual de diagnósticos y estadístico de los trastornos mentales (DSM)*, contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición vigente es la quinta, DSM-5, publicada el 18 de mayo de 2013, y es el utilizado en el Sistema Sanitario de salud mental (American Psychiatric Association, 2014).

Se ha debatido ampliamente sobre los beneficios del uso de las etiquetas diagnósticas y las consecuencias negativas cuando se produce un uso inadecuado del diagnóstico y, con ello, la asignación errónea de los recursos (Oddy, Rowe, & Fisher, 2009). Algunos autores definen el enfoque del DSM-V como una organización de los síntomas en categorías tratables por los productos farmacéuticos, sin tener en cuenta las otras necesidades de la persona afectada (Aram, 2016). En el ámbito de las drogodependencias, también se sugiere la necesidad de cambiar el uso de las etiquetas diagnósticas para la reducción del estigma sobre los trastornos de adicción (Botticelli & Koh, 2016). Otros estudios cuestionan la necesidad de usar etiquetas en determinadas situaciones, como los estadios prodrómicos de la esquizofrenia que preceden a un primer episodio de psicosis, debido a cuestiones éticas y al potencial estigma cuando estas son usadas (Corcoran, 2016).

Las personas, a menudo evitan acudir a los servicios de salud mental con el fin de evitar el impacto de una etiqueta estigmatizante. Antes de la aparición de la enfermedad

mental, la mayoría de las personas son conscientes del estigma de la enfermedad mental instaurado culturalmente en la sociedad a la que pertenecen. Al recibir un diagnóstico, las creencias asociadas con el estigma se activan, lo que afecta el sentido del yo. El hecho de vivir en una cultura impregnada de imágenes estigmatizantes puede agravar la relación entre la etiqueta y el estigma, provocando una disminución de la autoestima (Rosenberg, 1965), la autoeficacia percibida (Bandura, 1982), y la confianza en el futuro (Corrigan, 1998).

Partiendo de estos conceptos, se observa como la estigmatización del trastorno mental comienza con el etiquetado, mediante la asignación de un diagnóstico a la persona. La enfermedad mental es quizás una de las etiquetas con más descrédito, ya que está vinculada a una serie de estereotipos negativos. Estos estereotipos comunes sobre las personas con enfermedad mental incluyen que son peligrosos, impredecibles, incompetentes, irresponsables y presentan pocas posibilidades de recuperación (Watson & Eack, 2011). Del mismo modo, los prejuicios sobre las personas con enfermedad mental engloban la creencia de que ellos son responsables de su propia enfermedad y, por tanto, son censurables y peligrosos, pudiendo provocar una reacción emocional negativa. Incluso en la profesión sanitaria, estos estereotipos y prejuicios pueden generar una respuesta perjudicial e influir en las actuaciones profesionales (Wallace & Wallace, 2012).

Aunque todas las enfermedades mentales pueden causar discapacidades, las personas con trastornos mentales han de enfrentarse a una doble dificultad. Por un lado, afrontar los síntomas propios de su trastorno y, por otro, hacer frente a los efectos del estigma social. Por ese motivo, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) realizó un proyecto de revisión pública de la denominación de las etiquetas diagnósticas, propuesta por los grupos de trabajo del DSM-V. El proyecto fue presentado en la web de la APA pidiendo la entrada del público general y la retroalimentación acerca de las modificaciones sugeridas para poder disminuir el estigma asociado a la enfermedad mental (Muñoz et al., 2009).

Por todos los aspectos mencionados, la utilización de las etiquetas diagnósticas debe implicar un uso cuidadoso de las mismas, para evitar los posibles peligros relacionados con el estigma asociado a la generación de etiquetas diagnósticas (Ben-Zeev, Young, & Corrigan, 2010), pudiendo ocurrir en ocasiones que los individuos no utilicen estas etiquetas por miedo a la identificación pública de su enfermedad, perdiendo los beneficios de su uso y la protección legislativa (Cummings et al., 2013).

Algunas propuestas de futuro para disminuir el estigma de la enfermedad mental asociado a la etiqueta diagnóstica son el uso de la metáfora alternativa del lenguaje, que pueden reducir los desequilibrios de poder entre los clínicos y los pacientes y proporcionar una mejor adaptación a la nueva situación de la persona cuando padece un trastorno mental (Gesicki & Nelson-Becker, 2017). Asimismo, se plantea la posibilidad de renombrar etiquetas que van asociadas a un alto estigma social, como la esquizofrenia. Aunque se identifica que las ventajas de renombrar los trastornos mentales son mayores que los inconvenientes en la reducción del estigma, se reconoce que un cambio no es útil si no va acompañado de reformas en la legislación, los servicios y la educación de los profesionales de la salud y de la sociedad en general (Lasalvia, Penta, Sartorius, & Henderson, 2015).

Explicaciones biogénicas y tratamiento farmacológico

Para la comprensión del proceso de estigmatización hay también que considerar las relaciones entre las implicaciones biogénicas de los trastornos mentales y los elementos tradicionalmente considerados implicados en el proceso, como la culpa, la percepción de la peligrosidad y la distancia social. Algunos estudios han observado que aquellos individuos que atribuyen el trastorno mental a desencadenantes biogénicos, tienden a culpabilizar menos a los afectados, aunque los perciben como elementos más peligrosos y manifiestan su deseo de aumentar la distancia social (Kvaale, Haslam, & Gottdiener, 2013), manera que, por lo general, las explicaciones biogénicas presentan un efecto ambivalente sobre el estigma y no pueden ser consideradas como moderadoras del proceso de estigmatización (Lebowitz, 2017). A menudo, las personas con enfermedades mentales graves expresan interés en el asesoramiento genético, para conocer la posibilidad de que su descendencia tenga riesgo de padecer un

trastorno mental. La búsqueda de consejo genético puede influir en el auto-estigma y en el control percibido de la enfermedad mental (Hippman et al., 2016).

Otros investigadores plantean que las explicaciones biogénicas sobre la enfermedad pueden disminuir la culpabilización, pero también pueden inducir al pesimismo y obstaculizar la recuperación psicológica. Por otro lado, cabe destacar que la explicación biogénica justifica y fomenta la implantación del tratamiento farmacológico como método principal para el tratamiento de la patología, de manera que los efectos secundarios de la medicación también pueden afectar al estigma y a la recuperación de la persona (Kvaale, Gottdiener & Haslam, 2013).

Los tratamientos farmacológicos se han desarrollado y probado para reducir con éxito los síntomas y discapacidades de muchas enfermedades mentales. Sin embargo, el estigma también puede ser un factor que dificulte la búsqueda de atención y tratamiento farmacológico (Corrigan, Druss, & Perlick, 2014). Aunque existe una relación entre el hecho de padecer una enfermedad mental, no tomar la medicación y mostrar un comportamiento violento, no todas las personas con trastorno mental necesitan tratamiento farmacológico de forma permanente, ni cuando dejan de tomarlo presentan riesgo de un comportamiento violento o agresivo. Ante esta explicación simplista, se desvirtúa la herramienta terapéutica de la medicación, que, aunque puede ser muy útil en algunos casos, también puede agravar la distancia social (Junta directiva AEN, 2015).

En definitiva, se puede afirmar que las teorías biogénicas sobre la causa de los trastornos mentales y el uso de tratamientos farmacológicos son elementos con una considerable influencia en el diseño de estrategias para disminuir o eliminar el estigma de la enfermedad mental.

Estigma y acceso a los servicios sanitarios

Se considera que el estigma de la enfermedad mental es uno de los factores que dificultan la búsqueda de atención sanitaria. En numerosas ocasiones, las personas que padecen una enfermedad mental no buscan ayuda en los servicios de atención comunitarios o deciden no participar en los programas terapéuticos. La complejidad del estigma impacta en la

evolució del cuidado y afecta directamente a las personas con enfermedad mental, así como a su sistema de apoyo, red de proveedores y recursos comunitarios (Corrigan et al., 2014).

Se ha investigado la relación del efecto del estigma en la búsqueda de la atención sanitaria a lo largo de la vida, en personas mayores (Graham et al., 2003) adultos (Vogel, Wade, & Haake, 2006) adolescentes (Chandra y Minkovitz, 2007), y niños (Adler & Wahl, 1998). En los menores, el estigma actúa como una barrera debido al sentimiento de culpa que se ejerce sobre los padres, aunque se demuestra que, en población con más conocimiento, edades más jóvenes y con mayor formación, se tienden a tener puntos de vista más tolerantes y actitudes más positivas, que ayudan a la aceptación del trastorno mental (Zartaloudi & Madianos, 2010). La relación parece estar fuertemente influenciada también por el género (Levant et al., 2013) y la etnia (Cheng, Kwan, & Sevig, 2013).

La conexión entre el estigma, la búsqueda de atención sanitaria o social, y la participación de la comunidad es compleja. Se han definido la relación entre el estigma de la enfermedad mental y la búsqueda de atención sanitaria, tanto en los niveles personales o individuales, como en el ámbito social y público, donde las políticas estructurales pueden también condicionar la búsqueda de atención sanitaria. Estrategias como la promoción de las ideas de una recuperación posible, el aumento de la alfabetización de la salud mental y el fortalecimiento de los apoyos sociales, pueden favorecer el aumento de la búsqueda de ayuda sanitaria (Corrigan & Bink, 2015). En muchas ocasiones, el estigma es reconocido como el principal factor inhibitor de la utilización de los servicios de salud mental, y parece estar asociado con un menor cumplimiento del tratamiento, la negación del problema y un sentido de autosuficiencia con respecto a la solución de problemas personales. El estigma es, pues, un factor negativo en la búsqueda de ayuda (Clement et al., 2015). En diferentes patologías mentales estudiadas, como el trastorno bipolar o la esquizofrenia, el auto-estigma tiene un importante impacto negativo en la probabilidad de la búsqueda de ayuda; se internalizan las actitudes de devaluación de la sociedad, se anticipa el rechazo por otros, y se desarrolla estrategias de supervivencia como el secreto sobre la propia enfermedad, evitando el tratamiento para no sufrir el rechazo social. Este comportamiento puede tener consecuencias perjudiciales a medio plazo, como respuesta farmacológica negativa, más hospitalizaciones y una mayor probabilidad de intento de suicidio (Perna, Torti, & Alciati, 2015).

Del mismo modo, una vez el usuario ha accedido al sistema sanitario, las opiniones estigmatizantes y los comportamientos discriminatorios siguen creando dificultades de adherencia al tratamiento (Newman, O'Reilly, Lee & Kennedy, 2015). A estos factores, hay que añadir el tipo de financiación que recibe el sistema sanitario, como condicionante de acceso a la búsqueda de ayuda y permanencia en el tratamiento (Clark, 2016).

Por las consideraciones anteriores, se puede concluir, que el estigma que rodea la enfermedad mental, junto con la falta de conocimientos, causan dificultad para acceder a los servicios sanitarios por parte del usuario (Knaak, Mantler, & Szeto, 2017).

Estigma y medios de comunicación

La forma de considerar la enfermedad mental a través de los medios de comunicación contribuye también a crear más discriminación, exclusión social y sufrimiento. En muchas ocasiones, las personas con trastorno mental llegan a asumir estos estereotipos, creyendo que no pueden vivir en la misma sociedad que el resto (Junta directiva AEN, 2015).

Los prejuicios dan por hecho que los enfermos mentales actúan de forma violenta e imprevisible, provocando sentimientos de rechazo y miedo por parte de la sociedad y una gran distancia social hacia las personas con trastorno mental. Se ha demostrado que una persona con un diagnóstico de trastorno mental no tiene más riesgo de presentar conductas violentas que el resto de la población, y que, por el contrario, presentan una mayor probabilidad de ser víctimas, debido al proceso de estigmatización (Khalifeh et al., 2015).

En ocasiones, la relación entre concepto de peligrosidad y trastorno mental nace de los propios medios de comunicación. Con frecuencia, se asigna el calificativo de esquizofrénicos a sospechosos de delitos, con poco o ningún rigor médico o científico. Atributos como la impersonalidad, delito y violencia se trivializan y usan de la misma manera, reforzando de esta manera el estigma que se extiende sobre la enfermedad mental (Bevilacqua, Bellinghini, & Gattaz, 2017) y afectando tanto a la población general como a los profesionales sanitarios que forman parte de ella (Fitzpatrick, 2015).

IDEAS CLAVE Estigma en la Enfermedad Mental

- ✓ La enfermedad mental es un fenómeno complejo que causa un fuerte impacto en la vida de la persona que la sufre.
- ✓ Para el desarrollo del concepto del estigma y la comprensión del proceso de estigmatización se han formulado modelos teóricos sociológicos y psicológicos.
- ✓ El uso de etiquetas diagnósticas, las explicaciones biogenéticas, el tratamiento farmacológico, y la forma de considerar la enfermedad mental a través de los medios de comunicación, influye en el estigma de la enfermedad mental.
- ✓ En el fenómeno del estigma de la enfermedad se diferencian tres tipos de estigma; estructural, social e internalizado. Además, en los últimos años, el proceso de estigmatización de la enfermedad mental por parte de los profesionales sanitarios ha dado lugar a la creación del concepto de estigma iatrogénico o asociativo.

1.3 EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

El estigma de la enfermedad mental y los profesionales sanitarios

En los últimos años, el proceso de estigmatización de la enfermedad mental por parte de los profesionales sanitarios ha dado lugar a la creación del concepto, ya descrito en el capítulo anterior, del *estigma iatrogénico o asociativo*. Se trata de un estigma que afecta a los pacientes, a los profesionales y a los familiares de personas con enfermedad mental, que puede tener un impacto psicológico negativo sobre los enfermos y sus familias (Poersch, 2008). La evidencia sobre la estigmatización por parte de los profesionales de la salud de las personas con enfermedad mental es cada vez más convincente (Henderson et al., 2014). La estigmatización de la enfermedad mental afecta también a los profesionales sanitarios y, de manera más significativa, a aquellos que desarrollan su trabajo en el entorno de la salud mental. La actitud de los profesionales es a menudo el principal factor que impulsa los comportamientos estigmatizantes hacía la persona afectada de un trastorno mental. La forma en que los profesionales de salud mental trabajan con los pacientes puede tener un efecto importante en su recuperación (Sharfstein, 2012).

El primer contacto de la persona afectada por un trastorno mental suele ser con el médico de Atención Primaria. Aunque parece fundamental que estos profesionales reciban capacitación especializada en salud mental y psiquiatría, algunos estudios ponen de manifiesto la falta de la misma y la necesidad de instaurar nuevas herramientas pedagógicas y formación más especializada para mejorar su capacitación y disminuir de esta manera las consecuencias negativas del proceso de estigmatización (Bez & Lepetit, 2017). Otro grupo de profesionales involucrados en el tratamiento de las personas con enfermedad mental es el colectivo de farmacéuticos. Se ha evidenciado que el asesoramiento adecuado en la dispensación de medicación mejora la adherencia al tratamiento, mientras que la falta de conocimiento de las condiciones de salud mental, el estigma y las creencias negativas, pueden actuar como una barrera para la prestación de los servicios de farmacia. En este aspecto, las intervenciones dirigidas a la mejora del conocimiento para disminuir el estigma entre este grupo de

profesionales constituyen también elementos importantes para mejorar la atención a la población afectada (O'Reilly, Bell, Kelly, & Chen, 2015). Las actitudes estigmatizantes de los profesionales de la salud pueden ser explícitas o implícitas, siendo estas últimas las más difíciles de detectar y, por consiguiente, más difícil de erradicar, ya que residen fuera del control o conocimiento consciente de los profesionales (Stull, 2012). Además, los efectos secundarios de la medicación, la sintomatología de la enfermedad mental y los comportamientos poco comunes, pueden provocar respuestas de evitación o miedo como una reacción de protección ante una amenaza percibida (Horsfall, Cleary, & Hunt, 2010).

Una de las causas del estigma de la enfermedad mental en los profesionales sanitarios es la *influencia contextual en la cual desarrollan su actividad*, que influye en el proceso terapéutico y se manifiesta en la aparición de estereotipos, la transmisión de la cultura en las facultades, las actitudes de los compañeros de trabajo y las expectativas y respuestas de los sistemas de atención de salud (Wallace & Wallace, 2012). Por otro lado, las *actitudes y creencias de la población general* hacia el trastorno mental, que se reproduce en los profesionales sanitarios como parte de la sociedad. Estas creencias hacen referencia a la ansiedad interpersonal, la falta de higiene, las creencias causales sobre la poca efectividad del tratamiento y el pronóstico, el sentimiento de imprevisibilidad, la dificultad de comunicación, y la percepción de la incapacidad de desarrollar responsabilidades familiares y habilidades sociales (Ellison, Mason, & Scior, 2013). Por último, las *creencias y prejuicios específicos de los profesionales sanitarios*. Estas son el uso de un lenguaje discriminatorio en todos los niveles del tratamiento, la infravaloración de la rehabilitación psicosocial como vía hacia la recuperación del paciente, la atribución de cualquier dolencia al trastorno mental al ser conocedor que el paciente la sufre, las creencias sobre el internamiento como única opción de tratamiento posible, la suposición que personas con problemas de salud mental no pueden ser responsabilizados por sus problemas y deben ser tratados con benevolencia, y la suposición que si existe oposición al tratamiento, este debe llevarse a cabo sin tener en cuenta su opinión por el bien de la persona (Sharfstein, 2012).

Los usuarios describen las interacciones con los proveedores de servicios y organizaciones como un proceso estigmatizante donde aparecen prejuicios y discriminación hacia ellos (Nemec, Swarbrick, & Legere, 2015). En muchas ocasiones, los pacientes explican experiencias con los servicios de salud mental como situaciones angustiantes, siendo el proceso

de institucionalización uno de los factores que más aumenta el estigma y dificulta la reinserción social de aquellos que han sido hospitalizados (Spiers & Combaluzier, 2009). Algunos investigadores han dirigido su atención al estudio de la imagen de la Psiquiatría dentro de las especialidades médicas. Se ha observado que algunos estudiantes de medicina rechazan realizar las prácticas en las especialidades de psiquiatría por miedo a ser estigmatizados (Baker, Wessely, & Openshaw, 2016). Aunque los profesionales de la salud mental deberían tener una formación más empática y un mayor conocimiento sobre la enfermedad mental, siguen siendo el grupo de profesionales con conductas más estigmatizantes. Las explicaciones biológicas, las interpretaciones cognitivas y la medicalización de la enfermedad mental, no disminuye el estigma iatrogénico. A través de las pruebas diagnósticas, se determina si el problema que padece la persona demandante de atención médica es biológico o psicológico. Si es considerado como funcional, sin causa fisiológica, se tiende a tener en cuenta que es menos real y el paciente puede tener más probabilidades de ser estigmatizado por los proveedores de los servicios de salud. La división entre cuerpo y mente sigue estructurando el pensamiento y las atribuciones sobre la enfermedad, olvidando en muchas ocasiones la angustia biológica derivada del hecho de padecer un trastorno mental (Ungar & Knaak, 2013).

Las líneas futuras de investigación se centran en la elaboración de intervenciones para la reducción del estigma de la enfermedad mental en los profesionales en formación. Estas intervenciones están basadas en la exposición personal como uno de los factores más eficaces (Yamaguchi et al., 2013) para proporcionar conocimientos sobre la enfermedad mental, promocionar actitudes positivas, y evitar las predicciones pesimistas sobre la evolución de la enfermedad (Poreddi, Thimmaiah, Pashupu, Ramachandra, & Badamath, 2014).

Estigma en la enfermedad mental y Enfermería.

Las enfermeras que trabajan en salud mental se consideran un recurso en la lucha contra el estigma y la discriminación de la enfermedad mental, como profesionales que tratan de manera cotidiana con personas con trastornos mentales y con su entorno familiar (Hunter, Weber, Shattell, & Harris, 2015). Recientes estudios confirman que los profesionales de Enfermería son los mejores preparados para afrontar las primeras demandas delante de un

problema de salud mental (Martin & Giallo, 2016) y contribuir a proporcionar la mejor atención en todos los niveles sanitarios (Bitanhirwe, 2015).

Aunque los profesionales de Enfermería parecen manifestar conductas más positivas hacia la salud mental que el resto de trabajadores de la salud, se siguen observando ciertas actitudes paternalistas, basadas en las creencias de impredecibilidad y limitación de las posibilidades de recuperación (Muñoz et al., 2009). Las enfermeras forman parte del sistema de salud y también de la sociedad, siendo, por ello, también agentes potencialmente estigmatizadores, que pueden reflejar en su entorno laboral las actitudes negativas basadas en estereotipos y prejuicios procedentes de la cultura, de la historia y de las representaciones en los medios (Moreno & Tolosa, 2013). La escasez de recursos institucionales y de apoyo, también se han identificado como factores que contribuyen a la aparición de estas actitudes negativas (Ross & Goldner, 2009).

Estigma asociativo y Enfermería

Tal y como se viene señalando en el capítulo anterior, el concepto de estigma asociativo ha aparecido en la literatura en los últimos años, refiriéndose al estigma relacionado con la práctica y con el contacto de la profesión de salud mental (Yanos et al., 2017). Además de las consecuencias del estigma en personas con enfermedades mentales, el estigma asociativo causa una mayor despersonalización, mayor agotamiento emocional y menor satisfacción laboral entre los profesionales de Enfermería (Ebsworth & Foster, 2016; Verhaeghe & Bracke, 2012; Salyers et al., 2015).

En ocasiones, las enfermeras de salud mental pueden sufrir estigmatización por parte de la sociedad debido a su especialidad (Moreno & Tolosa, 2013). Como consecuencia del modelo biomédico de atención, la etiquetación y los roles profesionales, el estigma de la enfermedad mental es una amenaza para los profesionales que trabajan en este entorno, y puede causar una crisis de identidad dentro de la profesión, actuando como un grupo estigmatizante (Sercu et al., 2015). Según parece, el contacto que se realiza durante la actividad profesional con la salud mental, sin ninguna actuación complementaria, no disminuye el proceso de estigmatización, de manera que el estigma asociativo o relacionado con la práctica, se detecta también en las enfermeras psiquiátricas (Ben Natan et al., 2015). Aunque, en los últimos años,

algunas organizaciones apoyan un mayor desarrollo de la Especialidad de la Enfermería de salud mental, el escaso reconocimiento social, laboral y económico, actúa aun como barrera para el pleno desarrollo del rol profesional (Clossey, Gillen, Frankel, & Hernandez, 2016).

El sistema de salud actual favorece un ambiente de estigmatización institucionalizada, negando los derechos de la persona y obligando a los profesionales a restringir las oportunidades y, por tanto, formar parte del ciclo de la exclusión. La forma en que se percibe y gestiona el riesgo por lo profesionales y la práctica de aversión al riesgo perpetúa el estigma. Es necesario diseñar estrategias que permitan cambiar la forma en que se perciben los problemas de salud mental y potenciar que las enfermeras lleven a la práctica unos cuidados menos centrados en la gestión del riesgo y más dirigidos a la recuperación de la persona (Bates & Stickley, 2013). Las altas previsiones de necesidad de atención a la salud mental en la población hacen necesaria la promoción de oportunidades y nuevas estrategias para evitar la discriminación y el estigma (Parle, 2012). Las intervenciones desarrolladas para erradicar el estigma también deben incluir al personal sanitario en general y a los profesionales de Enfermería en particular, ya que hay evidencia que la forma en que los profesionales de salud mental trabajan con los pacientes puede tener un efecto importante en su recuperación (Sampietro, 2014). De igual forma, deben desarrollarse intervenciones dirigidas a los estudiantes de Enfermería, para garantizar su adecuada preparación en la atención a todas las personas afectadas de un trastorno mental en cualquier unidad donde en un futuro desarrollen su actividad profesional (Bilge & Palabiyik, 2017; Bingham & O'Brien, 2017).

De todo lo expuesto hasta el momento, se puede deducir que las enfermeras de salud mental están en la posición ideal para liderar la prestación de servicios a las personas afectadas de una enfermedad mental, y del mismo modo, favorecer la capacitación a través de la mejora de conocimientos y habilidades para proporcionar una mejor atención en la comorbilidad y reducir el estigma de la enfermedad mental (Conner, 2015).

Estrategias actuales para el abordaje del estigma de la enfermedad mental.

A partir de los planteamientos expuestos, podríamos considerar el estigma como uno de los principales obstáculos para el desarrollo de programas de actuación en salud mental. Desde esta perspectiva, los sistemas de salud de los países desarrollados están realizando

considerables esfuerzos para intentar identificar aquellas actuaciones más eficaces para eliminar o disminuir el estigma de la enfermedad mental (Beldie et al., 2017). En Europa, una de las principales preocupaciones de la salud pública es la búsqueda de intervenciones para la reducción del estigma y la exclusión social de las personas afectadas por un trastorno mental. Los objetivos son realizar un diagnóstico preciso del estado actual y, a partir de ahí, establecer los mecanismos pertinentes para promover la mejora de la calidad de vida mediante la inclusión social. Aunque en los últimos años ha aumentado el interés por estas áreas de estudio, todavía es escasa la investigación acerca de los mecanismos para reducir el estigma y promover la inclusión social, así como de los factores que actúan a nivel individual y social (Evans-Lacko et al., 2014; Büchter & Messer, 2017).

En definitiva, a pesar de los esfuerzos realizados, el estigma sigue estando asociado a la enfermedad y al enfermo mental. Son numerosos los estudios que evidencian índices altos de discriminación y muestran que las personas afectadas anticipan reacciones negativas, incluso cuando hay ausencia de discriminación (Angst, 2016). Según esto, deberían planificarse intervenciones dirigidas a conseguir un refuerzo de la autoestima y autoeficacia percibidas, valorar los recursos de afrontamiento existentes y examinar las actitudes de los profesionales, rechazando posiciones fatalistas sobre el tratamiento y el pronóstico (Schulze, 2009).

La lucha por la erradicación del estigma se justifica por sus graves efectos psicosociales, los prejuicios y el rechazo social que padecen los afectados, que incrementan su sufrimiento y constituyen una barrera a la recuperación. Más allá de las consideraciones éticas, los efectos negativos de los estereotipos sociales asociados al trastorno mental siguen vigentes, aún después de que la sintomatología haya remitido. Los programas eficientes orientados a erradicar los prejuicios y la discriminación incluyen entre sus objetivos, cuidar los aspectos discriminatorios relacionados con el uso del lenguaje y las etiquetas diagnósticas e identificar las creencias, las actitudes y los hábitos de los propios profesionales sanitarios susceptibles de reproducir o fortalecer el estigma. Asimismo, se contempla la elaboración de protocolos y procedimientos específicos de intervención profesional, con el objetivo de trabajar desde el modelo de la recuperación, identificando y promoviendo las capacidades de las personas. Es necesario dejar de focalizar los aspectos negativos y las limitaciones, para fomentar intervenciones interdisciplinarias que integren la acción conjunta de profesionales de la salud,

profesionales de la comunicación, profesionales de la educación y otros agentes sociales. En este desarrollo de intervenciones, se considera también básico incluir a las asociaciones de personas con trastornos mentales y a las asociaciones de familiares, sin olvidar la consideración de las necesidades de ocio, de relación, de ocupación y de participación, que promueven su integración social (Sampietro, 2014).

Desde la Confederación de Salud Mental de España, entidad que integra federaciones y asociaciones que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias, se definieron como principales líneas de actuación en su Plan estratégico 2012-2106, promover la salud mental y la lucha contra el estigma. Para ello, se diseñó un estudio que permitiera valorar la situación actual del estigma en España (Pesenti & Araico, 2015). El estigma está ampliamente estudiado en los ámbitos sociales y del sistema sanitario, sin embargo, otros ámbitos como el legislativo y el poder ejecutivo o el que hace referencia a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o al aparato judicial, han sido menos analizados y estudiados desde el punto de vista de la generación del estigma social.

De la misma manera, en las líneas estratégicas del Plan Integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones de Catalunya 2017-19 (Generalitat de Catalunya, 2014), se recoge la priorización de las actuaciones a desarrollar para dar respuesta a las necesidades más prevalentes de atención de la salud mental. Como eje principal, se apuesta por la promoción de la salud mental y el impulso de las acciones necesarias para el despliegue del programa de lucha contra el estigma, al detectar una elevada discriminación asociada a los problemas de salud mental, que *condicionan la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias, que limitan su acceso a oportunidades del entorno social y dificultan el proceso de recuperación personal*. En el mismo período 2017-19 desde el Plan de Salud Mental de Barcelona, se incluye como línea estratégica la promoción de la salud mental y la lucha contra la estigmatización. El documento insiste en la necesidad de erradicar la estigmatización de la salud mental, como principal barrera para la demanda de ayuda y la detección de casos de riesgo. Sin la eliminación del estigma, los problemas de salud mental seguirán escondidos y causando sufrimiento a una gran parte de la población (Ajuntament de Barcelona, 2016).

En la misma línea, el informe Quiral, elaborado anualmente por el Centro de Estudios de Ciencia de la Universidad Pompeu Fabra, (Fundació Vila Casas, 2016), concluye que, aunque los medios de comunicación están haciendo un esfuerzo por mejorar el tratamiento

periodístico de las personas que padecen enfermedad mental, aún reproducen muchos elementos de estigmatización. El Informe insiste en la necesidad de reconocer cuáles son estos elementos y evitarlos, pues su constante presencia refuerza la persistencia de estereotipos, como la peligrosidad, la debilidad o la impredecibilidad.

Las estrategias de intervención pueden clasificarse según la metodología que se utiliza para su desarrollo. En ese sentido, las podemos clasificar de la manera siguiente:

- ***Metodologías tradicionales en el diseño de intervenciones para reducir el Estigma***

En el conjunto de las metodologías tradicionales, se han descrito para conseguir el cambio estrategias basadas en el *contacto*, la *educación* y la *protesta* (Corrigan & Penn, 1999). La *protesta* constituye un recurso de petición a una autoridad moral para disminuir la aparición de las imágenes irrespetuosas que son utilizadas en los medios de comunicación; la *educación* compara los mitos sobre la enfermedad mental con explicaciones de causalidad biológica, y el *contacto* facilita los intercambios entre personas con experiencia previa en salud mental donde se discuten sus experiencias con la enfermedad mental y los sistemas de recuperación (Corrigan & Watson, 2005). Los medios de comunicación presentan una gran influencia en la percepción social de la enfermedad mental, debido a su capacidad para llegar a un número elevado de personas, sobre las que pueden actuar reduciendo los prejuicios (Clement et al., 2013). Mediante la *protesta* se pueden conseguir cambios en los medios de comunicación para que dejen de presentar a las personas con enfermedad mental de acuerdo a los estereotipos negativos.

El *contacto*, como mecanismo en el diseño de intervenciones para la disminución del estigma, tiene más efectividad en población adulta, especialmente en campañas de sensibilización pública. En cambio, la *educación* obtiene mejores resultados en población adolescentes, aunque deben ser realizadas con continuidad en el tiempo y no como reacción puntual a casos concretos (Michaels & Corrigan, 2013). En estudiantes de profesiones sanitarias, el diseño de las intervenciones se ha centrado, especialmente, en los conocimientos, actitudes y en aumentar el contacto social a través conferencias o video conferencias (Yamaguchi et al., 2013; Quinn et al., 2014). Parece ser, que las intervenciones basadas en el contacto se encuentran entre las más eficaces, junto con la incorporación de historias personales y narrativas (Evans-Lacko, Gronholm, Hankir, Pingani, & Corrigan, 2016).

- ***Nuevas metodologías en el diseño de intervenciones para reducir el Estigma***

Uno de los procedimientos que se ha mostrado más eficaz para la disminución del estigma es la *Alfabetización de la salud mental* (Mental Health Literacy=MHL). La MHL consiste en proporcionar conocimientos sobre trastornos mentales, psicopatología y opciones de ayuda. Esta técnica se ha mostrado útil en grupos de población adulta (Melas, Tartani, Forsner, Edhborg & Forsell, 2013) y en estudiantes de Enfermería, mostrando un gran potencial para reducir las actitudes estigmatizantes y la distancia social, confirmando la eficacia de la inversión de recursos en programas de formación (Jensen, Morthorst, Vendsborg, Hjorthoj, & Nordentoft, 2015; Burns et al., 2017; Kitchener & Jorm, 2017).

En la revisión de las intervenciones para la reducción del estigma de la enfermedad mental, se hace patente la necesidad de un *cambio de paradigma*, ya que el utilizado en los últimos años no ha demostrado la efectividad esperada. Es necesario detectar de manera más sensible el grupo objetivo con el que trabajar y el uso de los medios de comunicación con más prudencia (Stuart, Arboleda-Flórez, & Sartorius, 2012). La mayoría de los programas para la lucha contra el estigma en la enfermedad mental se originan en organismos profesionales o como iniciativas de asociaciones, y no surgen de la política nacional y local. Para hacer frente al estigma de la salud mental de una manera importante, las estrategias deben convertirse en parte de la rutina de los servicios cotidianos. Estos incluyen la educación de personal de atención de la salud, la mediación de contacto cara a cara entre el público en general y de las personas que han sufrido enfermedades mentales, y persuadir a los medios de comunicación para que eviten el uso de ciertos términos para describir acontecimientos relacionados con la enfermedad mental (Sartorius et al., 2010).

La WPA (World Psychiatric Association) elabora el Programa Mundial contra el estigma y la discriminación, diseñando programas que capacitan al personal sobre las maneras de tratar las enfermedades mentales y ofreciendo una visión general de las metodologías para los diferentes países teniendo en cuenta sus características intrínsecas (Sartorius & Schulze, 2005). En 2008, la WPA estableció diez recomendaciones acerca de las mejores prácticas en el trabajo con los usuarios de servicios y cuidadores. Entre ellas, se destacaba la importancia de colaborar con los usuarios de los servicios y los cuidadores formales e informales, para mejorar los servicios de salud mental. En 2009 se estableció un grupo de trabajo para examinar la evidencia disponible acerca de la estigmatización de la psiquiatría y formular

recomendaciones para que las sociedades psiquiátricas internacionales pudieran reducir o prevenir la estigmatización. Se puso énfasis en la formulación de mejoras prácticas de aplicación en los servicios de salud y en la revisión de los planes de estudio para la formación del personal sanitario. También recomendó establecer vínculos con organizaciones de pacientes y familiares y con los medios de comunicación para establecer objetivos comunes (Wallcraft et al., 2011).

Otro programa a nivel internacional desarrollado en los últimos años, el *Opening Minds* (OM), se plantea el objetivo de reducir el estigma de los proveedores de atención relacionado con la salud mental. Se trata de un programa anti-estigma dividido en etapas y basado en la formación y el contacto (Knaak & Patten, 2016).

A nivel europeo, se han realizado diversas actividades destinadas a reducir el estigma de la enfermedad mental y la discriminación negativa como consecuencia de los enfermos mentales y sus familias. Se considera que los profesionales sanitarios y abogados pueden contribuir a la erradicación del estigma y la discriminación que sufren las personas que sufren enfermedades mentales. Es necesario hacer frente a las actitudes nocivas y acciones de los demás hacia las personas con trastornos psiquiátricos (*estigma público*), y evaluar la eficacia de esos esfuerzos desde todos los sectores de la población (*estigma social*) (Beldie et al., 2012). Es conocido que el *auto-estigma* reduce el comportamiento de búsqueda de ayuda y la adherencia al tratamiento, y es necesario también luchar contra la interiorización de estas actitudes negativas, aunque en este caso, falta evidencia científica para demostrar la eficacia de estas intervenciones dirigidas a reducirlo (Buchter & Messer, 2017). La *Asociación Psiquiátrica Mundial* (WPA) inició en el 1996 un programa internacional para luchar contra el estigma y la discriminación. En principio, centró su interés en la esquizofrenia, por su alta prevalencia, cronicidad y sintomatología productiva, con la intención de extender su actividad a otros trastornos mentales si se obtenían resultados positivos. Se trata de un programa global, que dirige las intervenciones hacia grupos definidos intencionadamente, como organizaciones comunitarias, profesionales sanitarios expertos, pacientes y familias, periodistas y políticos.

Otra institución, El *Real Colegio de Psiquiatras de Londres*, prioriza en su estudio la prevención de las actitudes discriminatorias hacia las enfermedades psiquiátricas, en los cuidadores, profesionales de la salud mental y público en general. Indica la importancia de trabajar activamente con los medios de comunicación, utilizando la experiencia y la buena

voluntad de los profesionales de la salud y las organizaciones de pacientes para establecer contactos con los periodistas y los organismos de comunicación para mejorar la situación de las personas con problemas de salud mental (Baldwin & Conradi, 2016) En la misma línea se recomienda acabar con las prácticas institucionales estigmatizantes que no integran los planes de cuidados de salud mental en los de salud general, y crear una figura experta en los casos de ingresos involuntarios para acompañamiento, así como evitar el uso de medidas de sujeción mecánica prolongadas sin necesidad durante los ingresos (Pesenti & Araico, 2015).

Por otro lado, la *ONE OF US* es una Iniciativa Ciudadana Europea lanzada por un grupo de ciudadanos de los países de la Unión Europea para exigir a las instituciones comunitarias que garanticen la protección de los seres humanos desde su concepción en las áreas de competencia de la Unión Europea, cuya segunda fase ha estado financiada para el desarrollo en los próximos años 2016-2020. En el plan de acción, se engloban como objetivos la participación de pacientes y se menciona de forma explícita los apoyos a las intervenciones anti-estigma (Bratbo & Vedelsby, 2017).

Con todo lo expuesto anteriormente, queda justificada la necesidad de la creación de campañas contra el estigma (Friedrich et al., 2013), especialmente mantenidas en el tiempo, si el objetivo es conseguir resultados positivos hacia las personas afectadas de un trastorno mental y la implementación de intervenciones a gran escala y en todos los niveles de la sociedad (Stubbs, 2015).

Importancia de la medida del estigma de la enfermedad mental: Instrumentos.

Tal y como se ha venido describiendo, reducir el estigma asociado a la enfermedad mental, especialmente en el sistema de salud, se ha convertido en una prioridad para la investigación, las políticas sociales y de salud y el desarrollo de intervenciones internacionales (Evans-Lacko et al., 2014; Ungar, Knaak, & Szeto, 2015). Se ha demostrado que, para mejorar las habilidades de los profesionales de la salud y aumentar la calidad de la atención percibida por parte de los usuarios, es fundamental reducir el estigma de la enfermedad mental.

Partiendo de la necesidad de reformar las intervenciones existentes y desarrollar otras nuevas, es necesario disponer de instrumentos válidos y fiables que nos permitan medir el

estigma en la enfermedad mental y poder evaluar de manera objetiva los resultados de los proyectos, cambios en los planes formativos o las estrategias en la formación de los profesionales de Enfermería (Conner, 2015; Corrigan et al., 2014) .

En la literatura, se identificaron dos revisiones de instrumentos de medida sobre el estigma. En la primera (Brohan, Slade, Clement, & Thornicroft, 2010), se describieron 14 escalas, siete de las cuales median los aspectos del estigma público, diez el estigma institucional y cinco los aspectos del auto-estigma. No obstante, ninguno de estos instrumentos evidenciaba propiedades suficientes que garantizasen una adecuada calidad psicométrica. En la otra revisión (Wei, McGrath, Hayden & Kutcher, 2017), se analizaron más de cien instrumentos, aunque no se delimitaron a instrumentos de medida exclusiva del estigma, sino que también revisaron instrumentos que medían actitudes y otros conceptos no relacionados.

Por ese motivo y con el objetivo de explorar el estado en cuestión en relación con la medición del estigma, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre instrumentos que evalúen el estigma de la enfermedad mental en cualquier población, en la cual se identificaron 73 instrumentos de medida del estigma. Los instrumentos y sus principales características se muestran en el anexo 1.

Sin embargo, el interés central de esta investigación es el estigma asociativo, y no todos los instrumentos fueron desarrollados y validados en profesionales de la salud mental. Por esa causa, se procedió a realizar una revisión sistemática, publicada en el *Journal of Advanced Nursing* (Sastre-Rus, García-Lorenzo, Lluch-Canut, Tomás-Sábado, Zabaleta-Del-Olmo, 2019), con la finalidad de evaluar las propiedades psicométricas de forma más exhaustiva de los instrumentos que miden el estigma asociativo entre los profesionales y estudiantes de la salud. El procedimiento y los resultados se describen a continuación.

Revisión sistemática

El objetivo general fue identificar, evaluar críticamente y resumir los instrumentos de medición disponibles para evaluar el estigma relacionado con la salud mental.

Metodología: Se realizó una revisión de la literatura de acuerdo con *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher et al., 2008) y los Estándares basados en *the CONsensus-based Standards for the selection of health Measurement INSTRUMENTS* (COSMIN) (Terwee et al., 2012). El protocolo de revisión se registró en PROSPERO (Número de registro de la revisión: PROSPERO CRD42015029541).

Criterios de elegibilidad:

- *Tipo de estudios:* Estudios sobre el desarrollo de un instrumento de medición o sobre la evaluación de una o más de sus propiedades de medición.
- *Población objetivo:* La muestra del estudio fue profesionales de la salud o estudiantes de ciencias de la salud.
- *Constructo de interés:* Estigma relacionado con la salud mental.
- *Fuentes de información:* Se realizó una búsqueda exhaustiva y completa de la literatura en MEDLINE (a través de PubMed), CINAHL (a través de EBSCO), PsycINFO, Scopus y Open Grey. Las bases de datos se buscaron desde su inicio hasta agosto de 2017. Se revisaron las listas de referencias de los artículos incluidos y se utilizaron los recursos de seguimiento de citas (Google Scholar y Web of Science). Se estableció contacto con los autores del estudio para identificar estudios adicionales cuando fue necesario.

Estrategia de búsqueda: Se usaron los siguientes términos de búsqueda: estigma, estigma social, perjudicar, personal sanitario, proveedor*, personal, médico, médico*, enfermera *, profesional*, clínico *, salud mental, personas mentalmente enfermas, mental, psiquiatría, psychiat *. Se combinaron el vocabulario controlado y los términos de texto libre. Se utilizó un filtro de búsqueda altamente sensible para encontrar estudios sobre las propiedades psicométricas de medición de los instrumentos de medición (Terwee et al., 2009). No se impusieron restricciones de idioma, fecha de publicación o estado de publicación. Un ejemplo de la estrategia de búsqueda completa de Medline se muestra en anexo 2.

Selección de los estudios: Los registros recuperados se cargaron al software de gestión de referencia y se eliminaron los registros duplicados. Dos de los revisores evaluaron de forma independiente los títulos y resúmenes frente a los criterios de elegibilidad. Se obtuvieron artículos de texto completo de todos los registros seleccionados y los revisores evaluaron su elegibilidad de forma independiente. En el caso de desacuerdo entre dos revisores, un tercer revisor tomó la decisión con respecto a la inclusión del artículo. Se registraron las razones para excluir los estudios.

Proceso de recogida de datos: Dos revisores evaluaron de forma independiente la calidad metodológica de los estudios incluidos mediante la lista de verificación COSMIN (Terwee et al., 2012). La lista de verificación de COSMIN consiste en una lista de elementos agrupados en nueve recuadros con estándares sobre cómo debe evaluarse cada propiedad de medición. Cada elemento se puede calificar en una escala de cuatro puntos (es decir, "pobre", "regular", "bueno", "excelente"). Un puntaje general para la calidad metodológica de un estudio se determina tomando la calificación más baja de cualquiera de los artículos en una caja. Cuando los dos revisores no estuvieron de acuerdo, se solicitó a un tercer revisor que tomara una decisión final.

- *Extracción de datos:* La extracción de datos fue realizada por dos revisores. Se extrajeron los siguientes datos de cada estudio: características generales de los instrumentos (nombre, versión, número de elementos y factores, opciones de respuesta), características de las poblaciones de estudio (tipo de profesional de la salud, tamaño de muestra, entorno, país, idioma) y resultados de las propiedades de medición. *Síntesis:* Para determinar la evidencia global de cada propiedad de medición de cada instrumento, se combinó la calidad metodológica con la consistencia de los resultados del estudio (Terwee et al., 2007).

Finalmente se identificaron para el análisis 25 estudios con 15 instrumentos de medición. La búsqueda proporcionó un total de 17.994 artículos. Después de eliminar los duplicados, 13.573 permanecieron. De estos, 13.233 estudios fueron excluidos porque después de revisar su título y resumen, parecía que claramente no cumplían con los criterios de elegibilidad. Se examinó el texto completo de los 340 registros restantes. De estos, se eliminaron 319 (42 artículos por no incluir la población objetivo, 157 artículos por no medir el estigma, 119 artículos por no ser estudios de validación y 1 por ser un artículo de revisión).

Finalmente, quedaron 25 estudios incluidos con 15 instrumentos identificados. El proceso de selección de los estudios puede verse en el anexo 3.

Se analizaron las siguientes características de los estudios e instrumentos:

Características descriptivas: Las características clave de los estudios e instrumentos incluidos se muestran en el anexo 4.

Calidad metodológica de cada estudio: Los detalles de la calidad metodológica de cada estudio se muestran en anexo 5. La consistencia interna, la validez de contenido, la validez estructural y la prueba de hipótesis fueron las propiedades de medición más comúnmente investigadas. Dos estudios evaluaron el error de medición y la capacidad de respuesta. Un estudio evaluó la validez del criterio. La consistencia interna y la validez estructural se calificaron como "excelente" o "bueno" en 20 y 18 estudios, respectivamente. Siete de los 13 estudios que evaluaron las pruebas de hipótesis fueron calificados como "buenos". Dos de los cinco estudios que investigaron la fiabilidad se calificaron como "buenos".

Nivel de evidencia de las propiedades de medición de cada instrumento: Los niveles de evidencia para la calidad de cada instrumento se midieron por niveles e intensidad (+/-) según los parámetros que se muestran en el anexo 6.

A continuación, se presenta una descripción resumida de los aspectos conceptuales y estructurales más relevantes de los 15 instrumentos seleccionados en la revisión ordenados alfabéticamente.

1. Attribution Questionnaire (AQ): El AQ es una herramienta de evaluación autoadministrada basada en la teoría de la atribución (Weiner, 1995) y fue desarrollada en los Estados Unidos por Corrigan et al (2003). A los encuestados se les pide que califiquen su nivel de acuerdo con las declaraciones basadas en una viñeta hipotética sobre un hombre con esquizofrenia llamado Harry. Evalúa los estereotipos y prejuicios típicos contra las personas con enfermedades mentales: responsabilidad, compasión, ira, peligrosidad, miedo, ayuda, coacción, segregación y evasión. Además del estudio sobre la versión original (Corrigan et al., 2003) identificamos cuatro estudios. Tres estudios evaluaron las propiedades de medición de las versiones adaptadas a poblaciones italianas y brasileñas (Pingani et al., 2012; Araujo Pereire, Eloi-Santos, & Delbone-Faira, 2016; Pingani et al., 2016). Un estudio evaluó una versión corta de

nueve ítems (Corrigan et al., 2014). Fiabilidad: algunas subescalas mostraron que el alfa de Cronbach era inferior a 0,70. Solo un estudio de buena calidad metodológica evaluó la confiabilidad. Validez: la calidad metodológica de la evaluación de la validez del contenido se calificó como "deficiente". Los factores explicaron el 68,9% de la varianza en un estudio de buena calidad metodológica. Algunas correlaciones con construcciones o variables relacionadas fueron inferiores a 0,50 y algunos resultados no estuvieron de acuerdo con la hipótesis. Solo los autores de la versión italiana (Pingani et al., 2012; Pingani et al., 2016) realizaron un análisis confirmatorio.

2. *Attitudes toward mental illness*: Fue desarrollado en los Estados Unidos para evaluar las actitudes hacia la enfermedad mental entre los estudiantes de medicina. Se basó en ítems de tres instrumentos: Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), Cuestionario de Actitudes Comunitarias ante Enfermedades Mentales (CAMI) e Intenciones de Miedo e Conducta para el inventario de enfermos mentales (FABI) (Chiles, Stefanovics, & Rosenheck, 2017). Fiabilidad: solo se evaluó la consistencia interna. Una de las tres subescalas mostró un coeficiente alfa de Cronbach inferior a 0,70. Por lo tanto, la evidencia sobre la coherencia interna se calificó como conflictiva. Validez: la evidencia sobre la validez del contenido se calificó como "desconocida" porque la calidad metodológica del estudio de esta propiedad se calificó como pobre. Se realizó un análisis factorial exploratorio, pero no hubo información sobre la varianza explicada. Las hipótesis eran vagas y no estaban claramente formuladas.

3. *Actitudes de la comunidad hacia los enfermos mentales (CAMI)*: Este instrumento fue desarrollado por Taylor et al (1981) en Canadá. Ha sido ampliamente utilizado en la evaluación de las actitudes hacia las enfermedades mentales entre el público en general y los profesionales de la salud. Las versiones están disponibles en múltiples idiomas (Seigny & Marleau, 1999; Högberg, Magnusson, Ewertzon & Lützén, 2008; Morris et al., 2012). Fiabilidad: solo un estudio evaluó la consistencia interna. La calidad metodológica de esta evaluación se calificó como "buena" y los tres factores identificados mostraron coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0,70. Validez: con respecto a los métodos de evaluación de su validez estructural, un estudio fue calificado como "excelente". En este estudio, se realizaron análisis factoriales confirmatorios de la versión original (el modelo identificado por Högberg et al., 2008)

y un modelo re-especificado. Sin embargo, aunque los índices de ajuste absoluto sugirieron un buen ajuste del modelo (error cuadrático medio de aproximación de la raíz (RMSEA) $<0,06$), los índices de ajuste comparativo fueron inferiores a 0,95. La calidad metodológica de un estudio se calificó como "buena" con referencia a la validez intercultural (la versión china). La versión sueca no se probó previamente en la población objetivo y no se realizó un análisis factorial confirmatorio. Algunas versiones (finlandés, lituano y portugués) fueron el producto de una traducción y no fueron una adaptación cultural.

4. Clinician Associative Stigma Scale (CASS): Este es un nuevo instrumento para evaluar el estigma asociativo (Yanos et al., 2017) experiencias de médicos que trabajan con personas con enfermedades mentales graves. Fiabilidad: solo se evaluó la consistencia interna. El tamaño de muestra fue adecuado, pero no se describió el porcentaje de elementos faltantes. Validez: La validez del contenido se calificó como positiva limitada porque la metodología se calificó como justa. No hay información sobre la varianza explicada por el modelo factorial. Las correlaciones entre el CASS y otras medidas como el "Inventario de Burnout de Oldenburg" o la "Escala de calidad de la atención" fueron muy débiles.

5. Measure of Managerial Stigma towards Employee Depression: Este es un cuestionario diseñado para evaluar el estigma gerencial hacia los empleados con depresión usando datos de una muestra de gerentes (Martin & Giallo, 2016). Fiabilidad: solo se evaluó la consistencia interna. Las tres subescalas mostraron coeficientes alfa $>0,70$. Validez: se realizó un análisis factorial confirmatorio. El modelo de tres factores mostró un ajuste inadecuado a los datos (Índice de ajuste comparativo (CFI) = 0,91, RMSEA = 0,07).

6. Mental Health Provider Self-Assessment of Stigma Scale (MHPSASS): Es un instrumento destinado a medir los niveles de estigma basado en el proveedor para abordar el sesgo de discapacidad social basado en la experiencia vivida de los clientes del servicio de salud mental y sus familiares (Charles & Bentley, 2017). Se basa en el modelo de cinco temas basado en la experiencia desarrollado por Charles (2013) a partir de un análisis de contenido etnográfico de la literatura de cuentas personales de clientes y familias. Los cinco temas son: culpa y vergüenza, desinterés, molestia y / o irritación,

degradación / deshumanización, mal pronóstico / dependencia de crianza, coerción y falta de elección "real". Fiabilidad: solo se evaluó la consistencia interna. La calidad metodológica se calificó como "excelente", aunque tres de las cuatro subescalas mostraron un alfa de Cronbach inferior a 0,7. Validez: la validez del contenido se calificó como justa porque había una falta de información sobre cuántas personas participaron en la evaluación del grupo de elementos inicial. Se realizó un análisis factorial exploratorio y la solución de cuatro factores explicó una varianza de 32,5%. La relación entre el puntaje MHPSASS y las medidas de agotamiento y discapacidad social fueron hipotetizados. Los resultados estuvieron de acuerdo con las hipótesis.

7. *Mental Health Provider Stigma Inventory (MHPSI)*: El MHPSI evalúa el estigma dentro de la relación entre el proveedor de servicios y el cliente en función de las actitudes, los comportamientos y la influencia del compañero de trabajo (Kennedy, Abell & Mennicke, 2017). De esta manera, se basa en la construcción de estigma asociativo y de cortesía (Verhaeghe & Bracke, 2012). Fiabilidad: la calidad metodológica de la evaluación de la consistencia interna se calificó como excelente y las tres subescalas mostraron una alfa de Cronbach > 0,80. Se evaluó el error de medición, pero solo una medición estaba disponible. Validez: La evidencia de la validez del contenido se calificó como nivel positivo moderado porque la calidad metodológica del estudio de esta propiedad se calificó como buena. Se realizó un análisis factorial confirmatorio. El modelo especificado se ajustó correctamente (CFI > 0,95 y Residual Cuadrático Medio de Raíz Normalizado (SRMR) < 0,08). La validez de constructo criterio y discriminante se evaluaron mediante la prueba del MHPSI contra: Escala para evaluar las relaciones terapéuticas en la atención de salud mental comunitaria (STAR-C), Maslach Burnout Inventory (MBI), influencia del compañero de trabajo (indicador de validez de un solo elemento), raza y género. Los resultados estuvieron de acuerdo con las hipótesis formuladas a priori, pero no se indicó la magnitud esperada de las correlaciones.

8. *Mental Health Professional Secondary Stigma Scale (MHPSSS)*: El modelo para desarrollar el MHPSSS se basó en el estigma secundario para aquellas personas que están asociadas con personas estigmatizadas, como los profesionales de la salud mental (Jesse, 2015). La premisa era el agotamiento de los profesionales vinculados a

la salud mental y las altas tasas de rotación laboral a los factores laborales (Dupree & Day, 1995). Fiabilidad: solo se evaluó la consistencia interna. El porcentaje de elementos faltantes no fue descrito. Los coeficientes alfa de Cronbach variaron de 0,71 a 0,90. Validez: la calidad metodológica de la validez del contenido fue deficiente porque no se evaluó si todos los ítems eran relevantes para la población del estudio. El nivel metodológico de validez estructural fue bueno, pero la varianza explicada por el modelo fue <50%. Las puntuaciones en el MHPSSS se compararon con la Escala de Deseabilidad Social (SDS-17) y la Escala de Soporte Organizativo Percibido (POS). Hubo información sobre las propiedades de medición de estos instrumentos en cualquier población de estudio. Todos los resultados estuvieron de acuerdo con las hipótesis y los coeficientes de correlación de Pearson fueron débiles.

9. *Mental Illness Attitudes Scale (MIAS)*: MIAS se usó para explorar las actitudes del personal de hospitales psiquiátricos hacia las personas con enfermedades mentales y para examinar los factores asociados (Corrigan, Green, Lundin, Kubiak & Penn, 2001) según la influencia de diferentes tipos de clientes contactados y la estigmatización podría tener relaciones significativas con actitudes. MIAS incluyó cuatro dimensiones: aceptación, rehabilitación o pronóstico y distancia social (Chen & Chang, 2016). Fiabilidad: solo se evaluó la consistencia interna. El porcentaje de elementos faltantes no fue descrito. Los coeficientes alfa de Cronbach variaron de 0,76 a 0,85. Validez: falta información para emitir un juicio sobre la pertinencia y la exhaustividad de los elementos. Se realizó un análisis factorial exploratorio, pero no se mencionó la varianza explicada.

10. *Mental Illness Clinicians' Attitudes (MICA)*: MICA está diseñado para medir las actitudes de los profesionales de la salud hacia las personas con enfermedades mentales. La escala incluye elementos con diferentes versiones, como "cuidado de la salud" o "cuidado social", que dan como resultado las dos versiones diferentes de MICA (v2 o v4). Identificamos dos estudios que evaluaron las propiedades de medición de MICA, uno con MICA v2 y otro con MICA v4 (Kassam, Glozier, Leese, Henderson, & Thornicroft, 2010; Gabbidon et al., 2012). Fiabilidad: los coeficientes de consistencia interna no se calcularon para cada subescala por separado. La fiabilidad se evaluó en un tamaño de muestra moderado (39 estudiantes de medicina) y el coeficiente de

concordancia fue de 0,80. Validez: la pertinencia y la exhaustividad de los ítems fueron juzgados adecuadamente. Ambos estudios llevaron a cabo un análisis factorial exploratorio y la varianza explicada por estos dos modelos fue > 50%. Sin embargo, ambos fueron fallas menores e importantes en la ejecución de los modelos de factores. Se probaron la validez convergente, pero menos del 75% de los resultados estaban de acuerdo con las hipótesis. La receptividad de sus puntajes se midió por la media de respuesta estandarizada, pero no se describió una hipótesis explícita para la magnitud esperada del tamaño del efecto.

11. *Mental Illness Stigma Scale for Mental Health Professionals (MISS-MHP)*: Esta escala fue diseñada para evaluar las actitudes y conductas estigmatizantes de los profesionales sobre las personas con enfermedades mentales (Wilkins & Abell, 2010). El desarrollo de la escala se basó en las actitudes y conductas estigmatizantes que resultan de etiquetar las diferencias individuales, relacionando las diferencias con estereotipos negativos, separándonos contra ellos y discriminando al individuo (Link et al., 2001). Fiabilidad: los coeficientes de consistencia interna para cuatro subescalas fueron > = 0,70, pero no se describió el porcentaje de elementos faltantes. Se evaluó el error de medición, pero no se proporcionó información sobre la forma en que se calculó. Validez: faltaba información importante para evaluar la integralidad de los ítems. Se realizó un análisis factorial confirmatorio. RMSEA y SRMR fueron <0,06 y 0,08 respectivamente. Sin embargo, el CFI y el índice de Tucker-Lewis (TLI) fueron <0,95. Las propiedades de medición de los instrumentos del comparador no se describieron.

12. *The Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC)*: Este instrumento evalúa las dimensiones del estigma que no se han examinado cuidadosamente hasta el presente, como las reacciones emocionales, la falta de responsabilidad social, la empatía o la compasión hacia las personas con enfermedades mentales (Link et al., 2001). Este instrumento se evaluó en cuatro estudios (Kassam, Papish, Modgill & Patten, 2012; Modgill, Patten, Knaak, Kassam & Szeto, 2014; Destrebecq et al., 2017; Van der Maas et al., 2017). Fiabilidad: los coeficientes de consistencia interna fueron > = 0,70 y los hallazgos en cuatro estudios fueron consistentes. Dos estudios evaluaron la fiabilidad de los puntajes. Solo uno de estos estudios mostró una buena calidad metodológica y el coeficiente intraclass fue de 0,66.

Validez: el nivel de evidencia para la validez del contenido y la validez estructural fue fuerte. La estructura de 15 ítems agrupados en tres factores fue confirmada. En un estudio se llevó a cabo una prueba de hipótesis, pero hubo alguna información sobre las propiedades de medición de los instrumentos del comparador. OMS-HC se validó para su uso en una población italiana, pero no se realizó un análisis factorial confirmatorio. Las correlaciones con MICA fueron probadas en un solo estudio. El coeficiente de correlación de Pearson fue de 0,746, pero no está claro si MICA puede considerarse un "estándar de oro" adecuado. La capacidad de respuesta al cambio se analizó mediante el examen de las actitudes de los participantes antes y después de las intervenciones contra el estigma. Se calcularon los tamaños del efecto y la media de respuesta estandarizada y estuvieron de acuerdo con las hipótesis. Sin embargo, no se describió el porcentaje de elementos faltantes.

13. *Questionnaire measuring stigma in adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (TDAH)*: A pesar de que en la literatura se pone en duda el concepto de la existencia de TDAH, se ha llevado a cabo el desarrollo de instrumentos para examinar las creencias y medir la estigmatización (Martin, Pescosolido & Olafsdottir, 2007). Se identificó un estudio que evaluó las propiedades de medición de este instrumento (Fuermaier et al., 2012). Fiabilidad: solo se evaluó la consistencia interna. La calidad metodológica para la evaluación de la consistencia interna fue buena. Dos de seis subescalas mostraron coeficientes de consistencia interna $<0,7$. Validez: los aspectos de la construcción medida fueron pobremente descritos. Por esta razón, la calidad metodológica de la validez del contenido se calificó como justa y el nivel de evidencia fue limitado. La calidad metodológica de la evaluación de la validez estructural y la prueba de hipótesis fue buena. Se realizaron análisis factoriales exploratorios y confirmatorios. Los factores identificados explicaron el 61,1% de la varianza total. El análisis factorial confirmatorio dio como resultado un ajuste satisfactorio para un modelo de 6 factores. Se evaluaron los efectos del género, la edad y la profesión (docente o médico) sobre el estigma. Los tamaños del efecto y las correlaciones fueron pequeños.

14. *Scale on stigma related to mental health problems for health professionals*: Este instrumento fue desarrollado para medir específicamente el estigma

asociado con la enfermedad mental entre los profesionales de la salud (Varas-Díaz et al., 2012). Fiabilidad: solo se evaluó la consistencia interna. La calidad metodológica se calificó como "buena" y las tres subescalas mostraron coeficientes de alfa de Cronbach por encima de 0,70. Validez: Hubo errores en los métodos del estudio con respecto a la validez del contenido, la principal fue la falta de participación de la población objetivo en la evaluación de los ítems. Tres factores explicaron el 44,32% de la varianza. Los autores midieron las correlaciones con un cuestionario de apoyo social y el CAMI. Sin embargo, las hipótesis eran vagas y no estaban claramente formuladas y había una descripción pobre de las propiedades de medición de estos instrumentos. Además, las correlaciones fueron débiles ($r = 0,129$) con el cuestionario de apoyo social y moderadas ($r = 0,58$) con CAMI.

15. Stigma Scale: Este instrumento fue creado específicamente para medir el estigma en enfermeras que trabajan en salud mental (Tei-Tominaga, Asakura & Asakura, 2014). El objetivo de desarrollar este instrumento se basa en la premisa de que, si bien cabe esperar que la comprensión de otras enfermeras sobre los problemas de salud mental disminuya el estigma en el lugar de trabajo (Joyce et al., 2012), la experiencia demuestra que en ocasiones puede aumentarlo. Fiabilidad: solo se evaluó la consistencia interna. La calidad metodológica fue pobre, a pesar de que el alfa de Cronbach era superior a 0,7, no se investigó la dimensionalidad de la escala. Validez: la evidencia disponible se limita a la validez del contenido.

Conclusiones: La revisión psicométrica realizada proporcionó una visión profunda de los instrumentos de medición para evaluar el estigma relacionado con la salud mental entre los profesionales de la salud y los estudiantes en ciencias de la salud. Se detectaron obstáculos para medir la validez convergente debido a la falta de un "estándar de oro" para evaluar el estigma relacionado con la salud mental en esta población. Así mismo, se observó que la mayoría de los estudios de validación de instrumentos de medición del estigma asociativo se han llevado a cabo en muestras de estudiantes (Wilkins y Abell, 2010; Destrebecq et al., 2017; Kennedy et al., 2017; Chiles et al., 2017). Cabe destacar que, con respecto a la validez de los instrumentos, la propiedad evaluada más frecuentemente fue la validez estructural seguida de la validez de contenido. MICA mostró un fuerte nivel de evidencia positiva para la validez de contenido, MHPSI para la validez estructural y OMS-HC para ambos tipos de validez. En general, las

hipótesis fueron escasamente descritas y se proporcionó poca información sobre los instrumentos de comparación. Los hallazgos sugieren que no hay instrumentos que presenten fuertes niveles de evidencia en todas las propiedades de medición. Sin embargo, podríamos decir que el OMS-HC es el mejor instrumento disponible. Dicho instrumento ha sido validado en muestra de proveedores de salud o en estudiantes, pudiendo concluir que no se hallaron instrumentos diseñados específicamente para la medida del estigma asociativo en Enfermería ni tampoco ningún instrumento que se base en modelos y teorías del cuidar. Por todo ello, se detecta la necesidad de desarrollar un instrumento específico para Enfermería basado en un planeamiento conceptual enfermero.

IDEAS CLAVE El estigma de la enfermedad mental y los profesionales sanitarios.

- ✓ El sistema de salud actual favorece un ambiente de estigmatización institucionalizada, negando los derechos de la persona y obligando a los profesionales a restringir las oportunidades y, por tanto, formar parte del ciclo de la exclusión.
- ✓ El estigma asociativo también puede presentarse en los profesionales de la salud que no son del ámbito de la salud mental o en los cuidadores informales de personas con un trastorno mental.
- ✓ El estigma de la enfermedad mental en los profesionales sanitarios está causado por la influencia contextual en la cual desarrollan su actividad, y por las actitudes y creencias de la población general a la cual pertenecen.
- ✓ El estigma asociativo tiene consecuencias negativas en las personas con enfermedades mentales, pero también puede causar una mayor despersonalización, agotamiento emocional y menor satisfacción laboral entre los profesionales.
- ✓ Los profesionales de Enfermería pueden presentar estigma hacia la enfermedad mental. En ocasiones, las enfermeras de salud mental pueden sufrir estigmatización por parte de la sociedad debido a su especialidad.
- ✓ A nivel internacional, los sistemas de salud de los países desarrollados están fomentando la creación de intervenciones que eliminen o disminuyan el estigma de la enfermedad mental.

- ✓ Es necesario disponer de instrumentos válidos y fiables que nos permitan medir el estigma en la enfermedad mental para poder evaluar de manera objetiva los resultados de las intervenciones.
- ✓ En la literatura, se describen cuantiosos instrumentos de medida del estigma, pero no se han hallado instrumentos diseñados específicamente para la medida del estigma asociativo en Enfermería ni tampoco ningún instrumento que se base en modelos y teorías del cuidar.

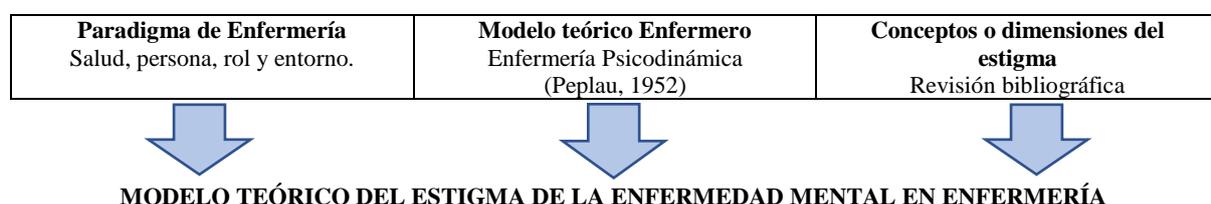
1.4 ELABORACIÓN DEL MODELO TEÓRICO DE ENFERMERÍA REFERENTE AL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Tal y como se ha descrito en los resultados de la revisión sistemática, existe una carencia de escalas específicas para la medida del estigma de la enfermedad mental en Enfermería y no se ha localizado ningún instrumento fundamentado en teorías y modelos conceptuales de Enfermería. Por ese motivo, el objetivo principal de este trabajo fue la construcción de un instrumento para la evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería, fundamentado en un modelo teórico enfermero que permita la comprensión del fenómeno a estudio.

La Enfermería tiene un cuerpo propio de conocimientos que pueden ser expresados a través de modelos y teorías. El objetivo de las teorías enfermeras es definir la profesión y los principios que forman la base de la práctica, así como la definición de las metas y objetivos de esta. En un nivel inferior a las teorías están los modelos conceptuales, formados por ideas abstractas y generales que especifican las interrelaciones entre las proposiciones planteadas. Cuando los modelos se aplican a la profesión enfermera, sirven de guía en la asistencia, contribuyen al diseño de planes de formación adecuados para las exigencias laborales, fomentan la investigación de la ciencia enfermera y la dotan de mayor valor profesional.

Para la elaboración del modelo teórico de Enfermería referente al estigma de la enfermedad mental, se partió del estudio y análisis del: a) Paradigma de Enfermería, b) Conceptos o dimensiones del Estigma más comúnmente utilizados en la literatura para la comprensión del fenómeno y c) la adopción del Modelo conceptual de la Enfermería Psicodinámica (Peplau, 1952). Los supuestos se exponen en la Figura 1 y se detallan en los apartados siguientes.

Fig. 1. Supuestos para la creación del Modelo teórico del Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería.



a). Paradigma de Enfermería

Los modelos y teorías conceptuales en Enfermería están basados en un paradigma, por ello, para la elaboración del modelo teórico del Estigma de la enfermedad mental en Enfermería, se integraron en su configuración los conceptos del paradigma de Enfermería.

El paradigma es un diagrama conceptual, una corriente de pensamiento o un conjunto de conceptos globales sobre los cuales se identifican los fenómenos. Define una forma de ver y entender el mundo que influye en el desarrollo del conocimiento y de la habilidad de cualquier disciplina. Cuando el paradigma se aplica a una disciplina, forma el metaparadigma de esa misma.

Cada disciplina tiene definido el paradigma para darles un primer nivel de especificidad a sus contenidos teóricos. Los diferentes modelos de Enfermería que explican la manera de ver la profesión llevan implícitos la definición de los cuatro conceptos del paradigma enfermero. La categoría de paradigma proporciona a la disciplina la capacidad para proveer un eje de búsqueda, un planteamiento o selección de información, para guiar la investigación, al mismo tiempo que el propio abordaje suministra en sí conocimiento en sí.

En la disciplina enfermera, el metaparadigma está formado por los conceptos de **persona, salud, entorno y rol** (Alligood, 2018).

- ✓ **Salud:** es el objetivo de la Enfermería. Todas las acciones van dirigidas a conseguir la salud en todas las personas o comunidad donde se desarrollan las funciones enfermeras.
- ✓ **Persona:** describe quien recibe la atención, el receptor de los cuidados de Enfermería, siendo la persona una entidad con capacidad de cambiar su situación.
- ✓ **Enfermería:** El conjunto de acciones e intervenciones que ayudan a que la naturaleza actúe para conseguir la salud y a la prevención de la enfermedad en las personas o en la comunidad.
- ✓ **Entorno:** Aquellos elementos externos que son válidos para la recuperación y prevención de la enfermedad.

b). Conceptos o dimensiones relacionados con el Estigma.

Para la construcción de una escala de medición de algún aspecto del comportamiento humano fue necesario un exhaustivo análisis conceptual del dominio o rasgo a medir (Tornimbeni, Pérez, Olaz & Fernández, 2004).

En este sentido, después de la revisión de la literatura, se identificaron algunos de los principales conceptos o dimensiones que se vinculan al estigma de la enfermedad mental y que pueden ayudaron a comprender y a operativizar el fenómeno.

1. **Prejuicio:** es un componente del estigma definido como una opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce poco o mal. Debido a que los prejuicios provocan una reacción emocional negativa y una opinión desfavorable, forman un conjunto de creencias falsas sobre un grupo social que puede ser compartido con otras personas (Wilson, 2009). Las creencias son elementos unitarios que pueden dar lugar a los prejuicios o estereotipos cuando son generalizaciones falsas que provocan un juicio erróneo (Miller & Major, 2000).
2. **Miedo:** Los prejuicios dan por hecho que los enfermos mentales actúan de forma violenta e imprevisible, provocando sentimientos de rechazo y miedo. Aunque se ha demostrado que las personas con enfermedad mental manifiestan menos conductas violentas que el resto de la población, sigue existiendo el miedo hacia el trastorno mental (Khalifeh et al., 2015). Se observa que los profesionales de Enfermería siguen presentando en su rol profesional el miedo adquirido en la sociedad, aumentando de esta manera el estigma hacia la enfermedad mental.
3. **Violencia:** la dimensión del miedo y la distancia social viene determinadas por las creencias de que las personas con una enfermedad mental pueden presentar en algún momento de su vida una reacción violenta (Khalifeh et al., 2015). Los medios de comunicación favorecen estas creencias. Las enfermedades mentales no están dentro de los principales factores de riesgo criminal que determinan la probabilidad de que una persona cometa un delito, y más del 90% de las personas con enfermedad mental grave no comete ningún delito a lo largo de su vida. Además, las personas con enfermedad mental están más expuestas a sufrir la violencia como víctimas que como agresores, y la población general comete cinco veces más delitos que la población con problemas

de salud mental. Los profesionales de Enfermería forman parte de la sociedad, y en ocasiones pueden trasladar estos sentimientos de miedo hacia las supuestas reacciones violentas que causan disrupción social (Barber-Rioja, Zottoli, Kucharski, & Duncan, 2009). Algunos estudios describen que la violencia sentida por parte de los profesionales de Enfermería es superior en unidades de agudos. Entender sus perspectivas y experiencias puede ayudar a una mayor comprensión del fenómeno de la violencia relacionado con el estigma hacia los pacientes que sufren un trastorno mental (Stevenson et al., 2015).

4. **Estereotipos:** Los estereotipos son un grupo de creencias o atribuciones a una característica negativa o positiva de un grupo de personas. Son falsas generalizaciones que comparte un gran número de personas y en eso se basa su legitimidad, anulando la diversidad, autonomía e imponiendo un solo estilo de vida (Nesdale & Durkin, 1998). Es una dimensión que ayuda a medir el grado de estigma que la persona puede expresar hacia la enfermedad mental.
5. **Discriminación:** Las manifestaciones conductuales del estigma vienen dadas por los estereotipos (conocimiento), el prejuicio (emociones) y la discriminación (comportamientos) (Corrigan, 2012). Estas manifestaciones también afectan a los profesionales de Enfermería. La actitud de los profesionales de Enfermería puede convertirse en el principal factor que impulsa los comportamientos estigmatizantes en la persona afectada de un trastorno mental. El comportamiento según las normas establecidas por el grupo lleva a la identificación de los miembros y la posibilidad de la aparición del estigma hacia la persona rechazada. Los comportamientos discriminatorios en relación con los enfermos mentales siguen creando dificultades de adaptación al diagnóstico de la enfermedad mental (Newman et al., 2015). La discriminación puede ser definida como la opresión, el tratamiento ilícito o el trato injusto, por lo general, a través de actos y/u omisiones de un individuo o un grupo. En muchos casos la discriminación se produce como el resultado del proceso de estigmatización hacia el discriminado (Johnson, 2013).
6. **Creencia de incapacidad para la recuperación:** muchas de las enfermedades mentales son crónicas. El paciente con un trastorno mental crónico es de difícil abordaje por sus características diferenciadoras y por la afectación a muchas esferas de sus actividades vitales. La dificultad para el cumplimiento terapéutico y la continuidad de

un seguimiento en su tratamiento condiciona la dificultad para la recuperación. Estas características, pueden llegar a hacer pensar que todas las personas con un trastorno mental son incapaces de recuperarse (Kvaale, Haslam, & Gottdiener, 2013).

7. **Valores:** El valor es una cualidad que confiere a las cosas, hechos o personas, una estimación positiva o negativa. Dentro del proceso de estigmatización, se produce una categorización de los atributos hacia las personas donde los valores adquieren importancia (Phelan, Link, & Dovidio, 2008). Los valores adquiridos durante el proceso evolutivo personal y profesional, condicionan la manera de entender y gestionar la enfermedad mental. Estos valores pueden provocar en ocasiones respuestas conductuales discriminatorias (Johnson, 2013).
8. **Ocultación del diagnóstico o enfermedad:** En ocasiones, después del diagnóstico de una enfermedad mental, la persona procede a la ocultación de este para evitar el rechazo por parte de la sociedad. Este fenómeno, se denomina también “diagnóstico overshadowing” y ha sido estudiado en la bibliografía como un elemento que influye en el estigma de la enfermedad mental (Thornicroft et al., 2007).
9. **Respuesta a la demanda terapéutica:** Existe una relación del efecto del estigma en la búsqueda de atención a lo largo de la vida (Vogel et al., 2006). El estigma es el principal factor inhibitor de la utilización de los servicios de salud mental, pareciendo estar asociado con un menor cumplimiento del tratamiento, con la negación del problema y con un sentido de autosuficiencia con respecto a la solución de problemas personales (Clement et al., 2015). Esta influencia del estigma en la búsqueda de ayuda para el tratamiento condiciona la respuesta a la demanda terapéutica. El tratamiento para los trastornos mentales es en muchas ocasiones diferente a otras patologías de causa orgánica. Los procedimientos aplicados a lo largo de la historia y en la actualidad, como la terapia electroconvulsiva, la psicoterapia y la psicofarmacología, generan diferencias en el procedimiento y en su resultado que influyen en el estigma de la enfermedad mental.
10. **Distancia social:** en la definición del modelo sociológico del estigma (Link et al., 1990), queda expresado el mecanismo de distancia social que aparece después del diagnóstico. En ocasiones, la propia persona que padece el trastorno mental prefiere y utiliza la distancia social como mecanismo de defensa. Los estereotipos culturales e imágenes negativas de la enfermedad mental se aplican al individuo que la padece por

parte del resto de la sociedad. Este proceso causa una distancia social que se reproduce de la misma manera en la relación asistencial. Medir la distancia social que propone el profesional de Enfermería, es útil como dimensión en la definición del modelo teórico del estigma en la enfermedad mental.

11. **Habilidades relacionales:** La ansiedad que produce trabajar en el ámbito de la salud mental, cuando hay carencia de conocimientos, formación, así como prejuicios y creencias erróneas, condiciona las relaciones entre profesionales de Enfermería y los usuarios del sistema de salud mental. De la misma forma, puede aparecer una activación crónica de las respuestas de estrés de los profesionales sanitarios (Link, Castille & Stuber, 2008). Por este motivo, las habilidades relacionales, junto con la formación y conocimiento, actúan como un factor condicionante en la presencia del estigma y prejuicio en la enfermedad mental (Sercu et al., 2015).

a. **Asertividad:** es la capacidad que se desarrolla en una relación interpersonal que consiste en conocer los propios derechos y defenderlos, respetando a los demás en todo momento. Como estrategia y estilo de comunicación se sitúa en un punto intermedio entre la pasividad, donde se permite que terceros decidan por uno mismo, y la agresividad, que se presenta cuando la persona no es capaz de ser objetiva y respetar las ideas de los demás (Poersch, 2008). La asertividad ayuda al profesional de Enfermería a actuar de manera neutra en su actividad, y la modificación de la misma puede afectar al estigma de la salud mental (Novel, Lluch & Rigol, 1998).

b. **Empatía:** es la capacidad cognitiva de percibir en un contexto común lo que otro ser puede sentir. También es descrita como un sentimiento de participación afectiva de una persona cuando ve que afecta a otra (Stull, 2012). Cabe resaltar la importancia de disponer de técnicas para desarrollar los recursos personales como la empatía (Lluch, 2005). La empatía es una habilidad relacional básica que todos los profesionales de Enfermería deberían poseer, más aún cuando las personas que atendemos padecen un trastorno mental.

12. **Formación o conocimiento:** Los conocimientos de la salud mental se vuelven creencias cuando afectan al paradigma de la persona (Sartorius, 2010). Así mismo, los conocimientos se ven afectados por el propio hecho de trabajar en el ámbito de la salud

mental (Ross & Goldner, 2009). Como consecuencia del modelo de salud actual, los conocimientos sobre la salud mental que adquieren los profesionales durante su formación pueden causar estigma hacia la enfermedad mental, afectando al rol profesional y la relación asistencial (Sercu et al., 2015). Las intervenciones que proporcionan formación o conocimientos están definidas como una de las estrategias para la disminución del estigma de la enfermedad mental (Roos & Goldner, 2009). Esta formación se puede adquirir a través de cursos específicos, postgrados, máster o especialidad. Entre los profesionales sanitarios, a menudo existe un menosprecio a la especialidad en la salud mental. En muchas ocasiones se valora diferente la especialidad de cada profesión, y de igual modo ocurre en la profesión de Enfermería. De esta manera, la especialidad de Enfermería de salud mental puede estar en ocasiones infravalorada, influyendo de esta forma en el estigma de la enfermedad mental (Johnson, 2013).

13. **Etiqueta diagnóstica:** La teoría del etiquetado nace del modelo sociológico del estigma en salud mental (Link et al., 1990). Este modelo relaciona la aparición del estigma cuando los elementos de asignación de categorías sociales a los individuos toman distancia y establecen una relación de poder, donde unos etiquetan y estigmatizan a los afectados separándolos de la normalidad y homogeneidad del resto del grupo (Hatzenbuehler et al., 2013). Los profesionales de Enfermería como parte del equipo interdisciplinar también utilizan lenguaje adaptado a los sistemas de etiquetas como el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) de la American Psychiatric Association (APA) y la International Classification of Diseases (ICD) de la OMS, que afectan al estigma de la salud mental (Ben-Zeev et al., 2010). Tal y como se ha descrito en apartados anteriores, de la misma manera que el hecho de asignar una etiqueta diagnóstica a una enfermedad mental favorece el acceso a los recursos sanitarios y sociales, puede crear separación del resto de la sociedad por el hecho de poseerla, aumentando el estigma y el rechazo hacia la persona etiquetada.
14. **Explicaciones biogenéticas:** atribuir una explicación biogenética a la causa de la enfermedad mental, tiende a culpar menos a las personas afectadas, aunque se perciben como elementos más peligrosos provocando un deseo de una mayor distancia social (Kvaale et al., 2013). Esto justificaría que las explicaciones biogenéticas confieren

actitudes mixtas para el estigma, no pudiendo considerarse como elementos que disminuyan el proceso de estigmatización, pero si influyendo en su definición.

15. **Contacto:** El contacto se define como una de las estrategias para provocar un cambio en el estigma de la enfermedad mental (Corrigan & Penn, 1999). En la definición de este ítem, se entiende que el contacto interpersonal puede producirse en ámbito personal y/o profesional. El contacto viene también muy relacionado con la dimensión de las habilidades relacionales. El contacto interpersonal facilita los intercambios de conocimientos, experiencias y actitudes entre personas con experiencia previa en salud mental y grupos sin contacto. Durante el contacto, se puede compartir sobre las experiencias anteriores, los sentimientos vividos, los recursos utilizados y /o los sistemas de recuperación (Corrigan & Watson, 2005).

Todos los conceptos anteriores ayudan a la comprensión del fenómeno del estigma y contribuyen a la elaboración del Modelo teórico de Enfermería referente al estigma de la enfermedad mental.

c). Modelo conceptual de la Enfermería Psicodinámica (Peplau, 1952)

Para la elaboración del modelo teórico referente al estigma de la enfermedad mental en los profesionales de la Enfermería se ha partido de la Teoría de Enfermería Psicodinámica de Hildegard Elizabeth Peplau (1952). La teoría de Peplau está basada en la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Sullivan (1968), las influencias de la Teoría psicoanalista de Freud (1896) y la Teoría de la motivación humana de Maslow (1943).

La Teoría de Peplau es denominada como la Teoría de las relaciones interpersonales (1952) y según Alligood (2018), es considerada como una Teoría de Nivel medio. Según esta clasificación, las Teorías de Nivel medio poseen unos objetivos más restringidos que las grandes teorías y son más concretas en su nivel de abstracción, estando por debajo de las Filosofías o Modelos conceptuales (Alligood, 2018). Por ese motivo, en la bibliografía podemos encontrar usos indistintos de los conceptos modelo o teoría para hacer referencia a la autora.

Según la Teoría de Peplau (1952), los conceptos que forman el **paradigma** quedan definidos como:

- ✓ **Salud:** La autora la considera una palabra simbólica que implica el avance de la personalidad y de otros procesos humanos en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva. Es un símbolo que implica un movimiento de avance de la personalidad y de los otros procesos humanos, dirigido a alcanzar vivencias creativas, constructivas y productivas tanto a nivel personal como de la comunidad. La salud permite a la persona la experiencia potencial del bienestar físico y social y que le confiere la oportunidad de vivir bien y en armonía con los demás.
- ✓ **Persona:** Peplau (1952) utiliza el término de hombre para su definición. El hombre es un organismo que vive en un equilibrio inestable y las experiencias psicobiológicas son la base del desarrollo personal.
- ✓ **Enfermería:** proceso significativo, terapéutico e interpersonal. La Enfermería funciona en cooperación con otros profesionales que interactúan en los procesos humanos y que hacen posible la salud de los individuos en las comunidades. La Enfermería es un instrumento educativo que intenta favorecer el avance de la personalidad en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva.

- ✓ **Entorno:** se define como las fuerzas que existen fuera del organismo, en el contexto de las culturas, y de las cuales se adquieren gustos, costumbres y creencias.

La autora considera la ciencia de Enfermería como una ciencia humana centrada en la relación interpersonal como eje principal del cuidado. Su modelo fue creado y desarrollado en el contexto de la salud mental, y con el término “*Enfermeras de salud mental*” propone un marco conceptual enfermero, donde el cuidado, el mantenimiento y la promoción de la salud han de ser más importantes que el propio tratamiento del trastorno (Peplau, 1952).

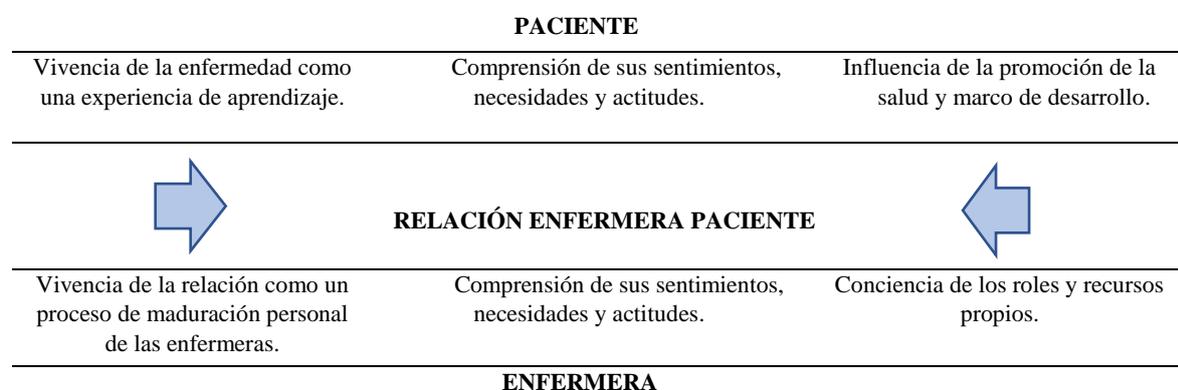
Desde una perspectiva histórica, Peplau es una de las primeras teóricas enfermeras después de Nightingale, considerándose su obra como pionera dentro de los modelos de Enfermería (Peplau, 1978). Aportó a la Enfermería un método significativo para la práctica autodirigida en un momento en que la medicina dominaba el ámbito de la asistencia sanitaria. Se considera un referente pasado y actual de las enfermeras de salud mental, sobre todo en planes formativos, dando un punto de vista novedoso con fundamentos teóricos para la práctica de la Enfermería en trabajos terapéuticos con los pacientes. Sus ideas inspiran un modelo para la práctica de la Enfermería psiquiátrica más aplicable que otros modelos (Peplau, 1988). En este sentido, la obra de Peplau ha contribuido de modo importante a la base de conocimientos de la disciplina enfermera en el ámbito de la salud mental. Su modelo es definido bajo el nombre de *Enfermería Psicodinámica*, el cual centra su eje de desarrollo en ser capaz de entender *la propia conducta* para ayudar a los demás a identificar los problemas que sienten y aplicar los principios de las relaciones humanas a las dificultades que surgen en todos los grados de la experiencia. Peplau define la Enfermería como un *concepto interpersonal terapéutico y significativo* que funciona en cooperación con otros procesos humanos posibilitando la salud de los individuos en las comunidades, ofreciendo servicios sanitarios y participando en la organización de las condiciones para la continuidad de los cuidados (Peplau, 1971). El modelo emplea el método lógico inductivo para la construcción de su teoría. Los conceptos que destaca se organizan dentro de un componente mayor para conformar relaciones lógicas y completas entre sí. Las relaciones describen las conductas que se producen en la interacción entre la enfermera y el paciente. Por todo ello, las enfermeras de salud mental deben llevar a cabo acciones que estén relacionadas con estos supuestos, a la vez que generar perfiles ocupacionales que traspasen los ámbitos tradicionales de la acción profesional para dar respuestas eficaces a las necesidades que tienen los usuarios del sistema sanitario (Alligod,

2018.) El modelo de Peplau define el cuidado mediante una serie de *interacciones*, considerándolo un modelo de desarrollo más que un modelo de sistemas. Su modelo refleja fases de cuidados tan amplias que son suficientes para adaptarse a cada persona de manera diferente y única (Peplau, 1952). La persona también es considerada como *un igual* en el cuidado que se explora y proporciona, donde el cuidado deber ser una oportunidad para que el paciente aprenda algo acerca de sí mismo. Para cuidar bien a un paciente, la enfermera debe madurar lo suficiente para adaptarse a las dinámicas del proceso interpersonal y estar preparada para aprender acerca de sí misma y de sus interacciones.

Relación interpersonal enfermera-paciente: fases y roles.

Para Peplau (1952), el eje básico de su modelo era el establecimiento de la *relación enfermera-paciente*, la cual permite que la enfermera actúe como elemento terapéutico y que los cuidados sean eficaces. Esta relación se denomina también terapéutica o de ayuda (Peplau, 1978). Por ese motivo, considera de vital importancia las dinámicas de la interacción entre la enfermera y el paciente, y la comprensión de las necesidades, sentimientos, actitudes y creencias de la persona que recibe los cuidados. Los elementos de la relación se definen en la figura 2.

Figura 2. Elementos que influyen en la relación enfermera paciente (Peplau, 1952).



El modelo de Peplau (1952), describe cuatro *fases en la relación interpersonal* enfermera-paciente: orientación, identificación, explotación y resolución. Estas fases se suceden de manera continua y se superponen entre sí, durante las cuales, la enfermera debe

prestar atención a los requerimientos y la disposición del paciente para poder avanzar hacia la siguiente. Las fases de la relación interpersonal son:

1. **Fase de Orientación:** La enfermera se centra en situar al paciente en la nueva situación a la que se enfrenta. Cuando la enfermedad se presenta, en ámbito agudo o crónico, es una situación totalmente extraña y nueva. En esta fase el sentimiento que predomina es la *ansiedad*. Entender la propia conducta como una experiencia psicobiológica bilateral (ansiedad) en la relación terapéutica enfermera-paciente y el control de esta por parte del profesional de la Enfermería, es el fruto de un proceso de aprendizaje y marca el comportamiento como respuesta. Es necesaria la repetición de la *información* con la finalidad que la persona comprenda la nueva situación. La orientación gira entorno personas que no se conocen y se acercan por la nueva relación, es cuando empieza un *trabajo cooperativo* entre enfermera y paciente.
2. **Fase de Identificación:** Esta fase empieza cuando el paciente conoce la situación nueva a la que está sometido. Implica que el paciente se identifique con las enfermeras que les proporcionan información. La capacidad para resolver problemas del paciente se desarrolla como resultado de lo anterior. En un principio, el paciente puede adoptar comportamientos más pasivos, debidos a la *identificación con la persona de referencia*, pero al final de la fase, el paciente se muestra más participativo en su cuidado, gracias a la búsqueda de la *modificación de los patrones de comportamiento* por parte de la enfermera. En esta fase, la *formación y preparación* de las enfermeras influyen en la práctica asistencial.
3. **Fase de Explotación:** Esta fase está caracterizada por el amplio uso que hace el paciente de los recursos disponibles que existen a su alrededor como las personas y el ambiente. La relación enfermera paciente es la pieza central, el camino fundamental en el cual el paciente utiliza su situación y al profesional de la salud para su beneficio. El paciente busca más información acerca de sus problemas de salud, comprueba los recursos y optimiza si alcanzará sus objetivos de comportamiento dirigido a la salud a corto y largo plazo. En esta fase, *las actitudes y el comportamiento* de la enfermera, especialmente la maduración personal, son los ejes fundamentales, siendo en esta fase fundamental el trabajo encaminado a resolver problemas y se considera un paso

necesario para la fase final de la relación. El proceso dinámico parte de una relación de dependencia, hacia una de autonomía por parte de la persona receptora de los cuidados.

4. **Fase de Resolución:** Según Peplau, esta fase equivale a un proceso de independización. Al contrario de lo que ocurre con las relaciones sociales, la relación entre la enfermera y el paciente está orientada hacia el servicio y es temporal, terminando cuando los objetivos han sido cumplidos o se han traspasado a otro profesional. Esta finalización debe ser realizada de manera pautada y planeada con antelación, para no generar sentimientos de *ansiedad* en ambos miembros de la relación. El sentimiento de pérdida de la relación, está contrarrestado por el sentimiento de encuentro con la salud.

La Enfermería dispone de un gran potencial para la mejora de la salud de los pacientes a los que atiende a través de *seis roles* (Peplau, 1988), los cuales son:

1. **Rol de extraño:** El paciente y la enfermera son desconocidos, éste ha de ser tratado con cortesía y considerarlo capacitado emocionalmente sin prejuzgarlo.
2. **Rol de la persona recurso:** La enfermera ofrece respuestas concretas a las preguntas, asesoramiento, información sanitaria y tratamiento. La enfermera aporta un aprendizaje constructivo.
3. **Rol docente:** Es una combinación de todos los roles, emana de lo que el paciente conoce y se desarrolla en función del interés y capacidad de utilizar la información. La enseñanza puede ser instructiva o experiencial.
4. **Rol de liderazgo:** Proceso democrático, la enfermera ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de participación activa.
5. **Rol de sustituto:** El paciente asigna a la enfermera el rol de sustituto. La enfermera ayuda a reconocer las similitudes entre ella misma y la persona, así definen áreas de dependencia, independencia y finalmente interdependencia.
6. **Rol de asesoramiento:** Rol de vital importancia en la Enfermería psiquiátrica, donde las relaciones de asesoramiento se establecen según el modo que las enfermeras responden a las peticiones del paciente. El fin de las técnicas interpersonales es ayudar al paciente a recordar y entender lo que está pasando en la situación actual para que pueda integrar su vivencia.

Concepto de promoción de la salud

Aunque la enfermera tiene a trabajar en ambientes orientados esencialmente hacia la enfermedad, en el desarrollo de la teoría de Peplau (Peplau, 1971), se plantea de manera novedosa la posibilidad de introducir conceptos de promoción de la salud en algunas personas que se encuentren receptivas a ello.

Concepto de enfermedad

Para la autora, la enfermedad es considerada una experiencia potencial de aprendizaje. Cuando la persona enferma, tiende a comportarse de forma diferente y aislarse de la sociedad. Si al final del proceso, se recupera la salud, el objetivo es la reinserción a la sociedad para seguir formando parte de ella. Esto provoca un **comportamiento** derivado del proceso patológico, que según Peplau (Peplau, 1978), las enfermeras deben conocer para poder entenderlo y abordarlo de forma satisfactoria. Peplau insistía en postular que, si la enfermedad de la persona era bien comprendida por la enfermera, y si ésta estaba dotada de las habilidades interpersonales necesarias para ayudar a la persona a comunicar sus sentimientos y pensamientos, existiría una mayor posibilidad de promover la salud y un sentimiento general de bienestar.

Para Peplau, las causas de la pérdida de la salud, pueden ser causadas por falta de conocimiento por parte del paciente, de los profesionales y de la sociedad, por enfermedades crónicas que debilitan la percepción de un estado de salud posible para la persona que las padece sin ayuda terapéutica (concepto de dependencia actual) por la limitación de los recursos de la provisión de la salud (económicos, conocimiento), la mala organización de los profesionales de la salud para producir cambios y /o relación de trabajo deficiente entre la enfermera y el paciente.

Críticas y fortalezas al modelo de Peplau

A pesar que el modelo de Peplau ya fue usado en marcos conceptuales para la construcción de instrumentos de medida, como la Escala de evaluación del constructo de empatía ECRS (La Monica, 1981), existen críticas a su modelo.

Por un lado, las funciones que define la autora en intervenciones de psicoterapia o el rol de sustituta que explica en su obra, son discutibles en el marco de la Enfermería actual. Por otro lado, que el modelo no es adaptable a contextos donde el paciente sea incapaz de comunicarse con la enfermera por la situación de salud que presenta, como en niños lactantes, en situaciones de sedación o que impliquen un nivel disminuido de consciencia. Del mismo modo, se detecta la falta de desarrollo de sistemas sociales que ayuden a comprender los problemas del paciente.

Todas las críticas del modelo deben ser consideradas en el momento histórico del desarrollo del modelo, y pueden ser derivadas de su sencillez intrínseca del mismo e incluso ser valoradas como una cualidad que permite y facilita la aplicación del mismo (Pokorny, 2018). En este sentido destacan trabajos como los desarrollados por Sampaio y colaboradores que han actualizado los planteamientos de Peplau para fundamentar la creación de un modelo psicoterapéutico de cuidados de Enfermería de salud mental (Sampaio, Sequiera & Lluch-Canut, 2014; Sampaio, Sequiera & Lluch-Canut, 2015; Sampaio, Sequiera & Lluch-Canut, 2017; Sampaio, Sequiera & Lluch-Canut, 2018; Sampaio, Araújo, Sequeira, Lluch-Canut & Martins, 2018). Otro de los trabajos destacados en nuestro contexto que ha utilizado el modelo de Peplau como fortaleza ha sido el de Moreno y colaboradores que han desarrollado un programa de mejora de la relación de ayuda enfermera-paciente en unidades hospitalarias de psiquiatría, mediante metodología de acción participativa (Moreno-Poyato et al., 2016; Moreno-Poyato et al., 2017; Moreno-Poyato et al., 2018).

A modo de síntesis, los supuestos principales del modelo teórico de Peplau (1962) se pueden resumir de la siguiente manera:

- ✓ La enfermera necesita tomar conciencia de sus **conocimientos** profesionales, de sus creencias y actitudes sobre estos.
- ✓ Las **actitudes y creencias** de la enfermera y del paciente son esenciales para la comprensión de la dinámica de una experiencia sana.
- ✓ La enfermera debe establecer un **clima de confianza** para la consecución de resultados satisfactorios.

- ✓ Es muy importante la comunicación **efectiva** en la relación terapéutica, así como que la enfermera disponga de habilidades de comunicación, para la escucha, para el lenguaje y para la formulación de preguntas.
- ✓ El paciente recibe mejores cuidados si la enfermera es más **consciente de sí misma**, el tipo de persona en que se convierte cada enfermera significa una diferencia sustancial en lo que el paciente aprenderá mientras recibe los cuidados de Enfermería y en su posterior experiencia con los demás.
- ✓ Favorecer el **desarrollo de la personalidad** con el objetivo de alcanzar la madurez es una función de la Enfermería y de la educación de Enfermería. Requiere el empleo de principios y métodos que permitan y guíen el proceso de intentar resolver los problemas o las dificultades interpersonales que surgen a diario. La función de la personalidad del individuo es desarrollarse y crecer, dentro del cual, la Enfermería debe ayudar a la persona a desarrollar su personalidad. El objetivo es alcanzar el máximo funcionamiento independiente dentro de la sociedad para el crecimiento y maduración del ser humano.
- ✓ Las **fases de la relación interpersonal** son importantes para el conocimiento del paciente y la realización del Proceso de Atención Enfermero.
- ✓ Las **habilidades técnicas** relacionadas con el cuidado de una persona, no se ven afectadas por la relación interpersonal. Es más, son importantes para determinar cómo utilizarlas.
- ✓ El **aprendizaje** de cada paciente cuando recibe los cuidados de Enfermería es **sustancialmente diferente** según el tipo de persona que sea la enfermera.
- ✓ Estimular el desarrollo de la personalidad hacia la **madurez** es una función de Enfermería y de la formación en este campo. Sus profesionales aplican principios y métodos que orientan el proceso hacia la resolución de problemas interpersonales.
- ✓ La profesión de Enfermería tiene la responsabilidad legal de hacer un empleo eficaz de la Enfermería y de sus consecuencias para los pacientes (Peplau, 1971).

De todos estos supuestos, se pueden agrupar las siguientes competencias básicas enfermeras que son precisas para establecer una relación terapéutica:

➤ ***Actitud y comportamiento del profesional de Enfermería:*** El modelo de Peplau constituye un intento de mostrar cómo pueden las enfermeras considerar la prestación de los cuidados. Fue pionera en plantearse la manera en que las enfermeras realizan sus funciones. De este modo, se destaca la importancia de la actitud y el comportamiento de cada profesional de Enfermería en su práctica asistencial, y la influencia de éste en el estigma hacia la enfermedad mental. La forma en que un profesional de Enfermería atiende a un paciente con un trastorno mental, influye en cómo éste reacciona y en el resultado terapéutico. De la misma forma, el comportamiento del profesional de Enfermería condiciona el resultado de sus intervenciones planificadas en los procesos de atención de Enfermería. El Modelo de Peplau se desarrolla a través de un paradigma psicoanalítico, centrándose en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico y buscando proporcionar una relación donde se priorice la salud de la persona que recibe los cuidados. Como consecuencia de ello, la enfermera como el paciente aprenden y maduran durante la relación.

➤ ***Formación y preparación de los profesionales de Enfermería:*** La importancia de estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez como función de la Enfermería. La esencia del modelo, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre el individuo enfermo, o que requiere atención de salud, y un profesional de Enfermería formado especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. La autora pone énfasis en la necesidad de preparación y formación de la profesión enfermera, y de cómo su actitud delante del proceso interpersonal terapéutico puede condicionar el resultado sobre la persona receptora de sus cuidados. La visión de la Enfermería a través del modelo de Peplau (1962), refuerza la idea de cómo las enfermeras con menos estigma hacia la salud mental pueden mejorar la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad mental.

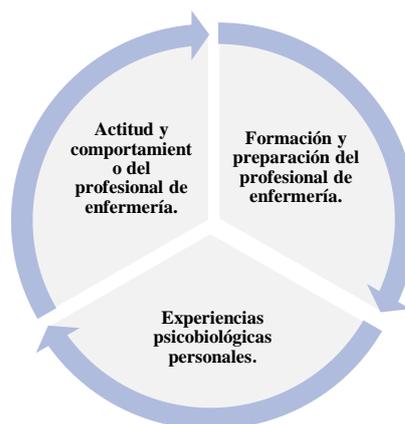
➤ ***Experiencias psicobiológicas personales:*** El modelo de Peplau está basado en la Teoría psicoanalítica, por lo que el manejo de la ansiedad es el tema central en el proceso del cuidado del paciente. Cuando la persona enferma, aparece la ansiedad, manifestándose de diferentes maneras. El modo como es percibida por el paciente y por la enfermera depende de su madurez y de sus características individuales. Al ser cada persona única, es difícil predecir cómo va a reaccionar alguien en una situación determinada, pero las fases de los cuidados descritos por Peplau permiten adquirir control sobre la situación. El control de la ansiedad de

un paciente es el fruto de un proceso de aprendizaje, porque su expresión es imprevisible. Un paso útil lo constituye aceptar que la ansiedad existe en toda persona que está enferma y que, si debe ser controlada, necesita previamente ser explorada. La ansiedad causada por los pensamientos y sentimientos acerca la situación que aparece con la enfermedad determina el modo de su comportamiento, en forma de respuesta ante el estímulo de la ansiedad.

Peplau (1952) define cuatro experiencias psicobiológicas en el desarrollo de la persona para identificar y explicar las respuestas destructivas o constructivas que pueden aparecer durante el mismo, la necesidad, la frustración, el conflicto y la ansiedad. La comprensión de estas experiencias ofrece una base para delimitar en el diseño, las intervenciones de la Enfermería. El contacto con la enfermedad mental puede provocar la aparición de alguna de estas experiencias psicobiológicas descritas, principalmente, la ansiedad. La *ansiedad* en la relación interpersonal enfermera-paciente, puede aparecer por falta de experiencia, conocimientos o prejuicios, creando conflictos y malestar en los profesionales de Enfermería y en los pacientes atendidos en esta relación. Saber convertir esa ansiedad en una respuesta constructiva, puede ayudar a disminuir el estigma de la salud mental en los profesionales de la Enfermería. Las enfermeras deben aprender a emplear la ansiedad experimentada por un paciente o por un familiar para ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y el modo en que estos pueden solucionarse. La autora afirma que los pacientes tendrán problemas si las necesidades no son satisfechas; bien porque la ansiedad sea demasiado elevada, o porque la tensión produce frustración y conflicto en el paciente.

El proceso de la adopción de las competencias básicas para establecer una relación terapéutica según el Modelo teórico de Peplau (1952) se exponen en la figura 3.

Figura 3. Competencias básicas precisas para establecer una relación terapéutica según la adopción del Modelo teórico de Peplau (1952).



Modelo conceptual para la comprensión del Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería, a partir de la Teoría Enfermera de H. Peplau.

A partir de los elementos de la Teoría de Peplau expuestos, se planteó una estructuración conceptual basada en niveles para definir las dimensiones que han de ser consideradas para la comprensión del fenómeno del estigma de la enfermedad mental en Enfermería. El modelo comprende tres niveles conceptuales, que se describen a continuación y se muestran de forma sintetizada en la Figura 4.

En el **Nivel conceptual 1** se ubica la Teoría de Peplau, definida bajo el nombre de Enfermería Psicodinámica (1952) y basada en la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Sullivan (1968), las influencias de la Teoría psicoanalista de Freud (1896) y la Teoría de la motivación humana de Maslow (1943).

En el **Nivel conceptual 2** se ubican los conceptos del paradigma enfermero desde los planteamientos psicodinámicos de Peplau (persona, entorno, salud y el rol profesional) definiendo la Enfermería como: *“a significant therapeutic interpersonal process that promote personality in the direction of creative, constructive, productive, personal and community living. The psychobiological experiences that influence the functioning of personalities are needs, frustration, conflict and anxiety; all provide energy that is transformed into some form of action. This understanding will then provide a basis for tasks in nursing”* (Peplau, 1988, p.16).

Por último, el **Nivel conceptual 3** detalla el desarrollo de la disciplina a través de la relación interpersonal (o terapéutica), cuyo objetivo es que la enfermera entienda su propia conducta para así ayudar a los demás a identificar los problemas que sienten y aplicar los principios de la profesión enfermera. Como se ha descrito, Peplau describe cuatro fases en la relación interpersonal enfermera-paciente: orientación, identificación, explotación y resolución, las cuales se suceden de manera continua y se superponen entre sí. Al mismo tiempo, según la autora, los tres aspectos principales (*Basic Nursing Competences*) de la enfermera que influyen en el desarrollo y las fases de la relación terapéutica enfermera-paciente son: el manejo de las emociones, especialmente la ansiedad que la propia relación puede generar en la enfermera, la formación del profesional, y las actitudes y comportamientos que desarrolla frente a la persona afectada por un trastorno mental.

En la **fase de orientación** el sentimiento que predomina es la ansiedad. Según la autora *“in Phase of orientation there is a felt need; a health problem has emerged and is more or less clear to the individual”* (Peplau, 1988, p.18). La ansiedad también es un componente que puede aparecer en la fase de resolución. *“In this phase, professional assistance that is thought to be helpful is sought. Energy deriving from tension and anxiety connected with “felt needs” can be harnessed to understanding and meeting the problem at hand”* (Peplau, 1988, p.22).

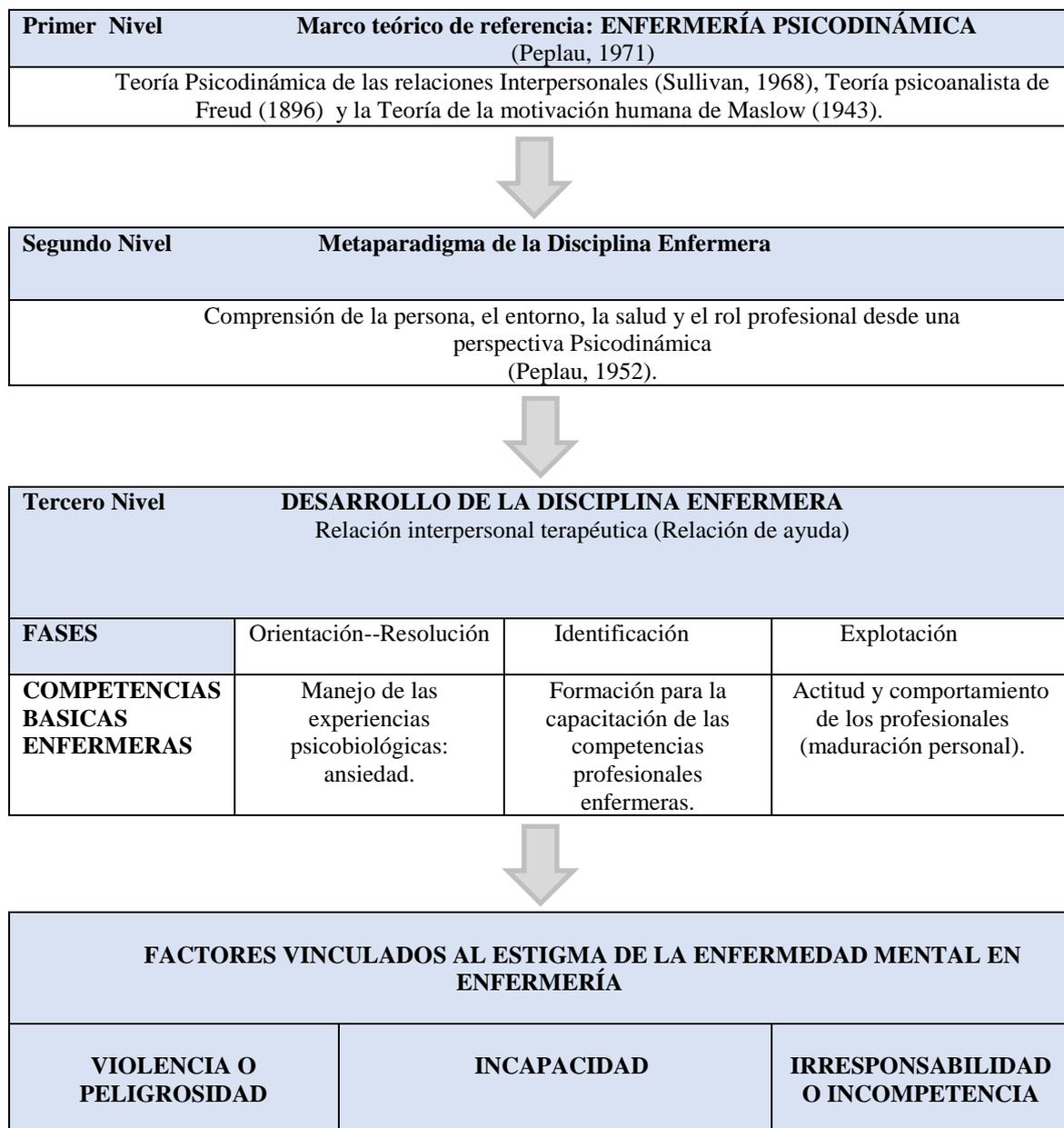
Por otro lado, la **fase de identificación** implica que el paciente y la enfermera se reconozcan como implicados en la situación de cuidados, *“when a nurse permits patients they to express what they feel, and still get all of the nursing that is needed, then patients can undergo illness as an experience that reorients feelings”* (Peplau, 1988, p.31). Como dice la autora, *“It is important that nurses keep in mind the leadership role and makes possible imitative constructive learning”* (Peplau, 1988, p.35).

En la siguiente, la fase **de explotación**, se caracteriza por el uso de los recursos. Peplau lo define *“most mature nurses will find these patients challenging to their psychotherapeutic efforts”* (Peplau, 1988, p.39). La autora hace referencia a *“nursing has the task of understanding what gives rise to shifts in behavior”* (Peplau, 1988, p.8).

La fase final de la relación terapéutica es la **resolución**. Como señala Peplau, *“anxiety connected with unmet needs may be converted into vague symptoms”* (Peplau 1988, p. 40).

El modelo planteado desde el enfoque de Peplau permite configurar la comprensión del estigma de la enfermedad mental de los profesionales de Enfermería, a partir de las tres competencias básicas enfermeras (**manejo de las experiencias psicobiológicas, formación y actitudes y comportamientos**) que se desarrollan a lo largo de las 4 fases de la relación enfermera-paciente y que se vinculan a tres factores que identifican y definen el constructo del Estigma de la enfermedad mental en Enfermería: **Factor 1: Violencia o Peligrosidad**, **Factor 2: Incapacidad** y **Factor 3: Irresponsabilidad o Incompetencia**). El modelo comprende tres niveles conceptuales, y los planteamientos del mismo, se muestran en la Figura 4.

Figura. 4. Modelo conceptual del Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería, a partir de la Teoría Enfermera de H. Peplau.



Como conclusión del capítulo, cabe recordar las palabras que Peplau que expuso en la conferencia en el V Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental en Vitoria el 2,3 y 4 de abril del 1987:

“Para que las enfermeras pudieran tomar decisiones, hacer selecciones y para utilizar el comportamiento guiado por el pensamiento, es decir, que esto es lo contrario del comportamiento automático, precisaban tener una percepción y algo de control sobre la tensión y la ansiedad cuando experimentaban estas molestias y lo mismo es de aplicación a los pacientes” (Peplau, 1987, p.134).

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivos generales y específicos

OBJETIVO GENERAL 1: Construir y validar un instrumento para la evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería (EVEPEM).

Objetivo específico 1.1: Analizar la validez de contenido de la escala EVEPEM.

Objetivo específico 1.2: Analizar los ítems de la escala EVEPEM

Objetivo específico 1.3: Analizar la fiabilidad en términos de consistencia interna y estabilidad temporal de la escala EVEPEM.

Objetivo específico 1.4: Analizar la validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio y el análisis factorial confirmatorio de la escala EVEPEM.

Objetivo específico 1.5: Adaptar y validar al español la Escala CAMI-S (Community Attitudes Towards Mental Illness questionnaire) de Hogberg et al. (2008).

Objetivo específico 1.6: Analizar la validez convergente de la escala EVEPEM mediante correlaciones con la Escala CAMI-S

OBJETIVO GENERAL 2: Evaluar los niveles de estigma global y por factores mediante la escala EVEPEM en estudiantes y profesionales de Enfermería.

Objetivo específico 2.1: Analizar las características sociodemográficas, académicas y laborales de la muestra.

Objetivo específico 2.2: Explorar las relaciones entre el nivel de estigma global y por factores EVEPEM y las variables sociodemográficas y académicas.

Objetivo específico 2.3: Analizar los niveles de estigma global entre estudiantes de Grado de Enfermería y profesionales de Enfermería.

Objetivo específico 2.4: Analizar los niveles de estigma global en los estudiantes de Grado de Enfermería según curso académico.

Objetivo específico 2.5: Analizar los niveles de estigma global entre los profesionales de Enfermería de salud mental y los profesionales de Enfermería de otros ámbitos clínicos.

Hipótesis de la investigación

HIPÓTESIS

En base a los objetivos generales definidos en esta investigación, se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1

Los niveles de estigma hacía la enfermedad mental de los estudiantes de Grado de Enfermería disminuyen a medida que avanza su formación en los estudios de grado.

Hipótesis 2:

Los niveles de estigma hacia la enfermedad mental son inferiores en los profesionales de Enfermería que trabajan en la salud mental que en los profesionales de enfermería de otros servicios de salud.

3. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Para el diseño y validación de una escala para evaluar el estigma y prejuicio de la enfermedad mental en los profesionales de Enfermería, se realizó un estudio de metodología cuantitativa psicométrica y un diseño de tipo descriptivo y correlacional.

El desarrollo del estudio se fundamentó en la Teoría Clásica de los Test (DeVellis, 2003) y se llevó a cabo según las directrices establecidas en el *COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN) (Mokkink et al., 2010) y American Educational Research Association (2014). En este contexto, el concepto de validez que se ha utilizado en esta investigación se refiere a la adecuación, significado y utilidad de las inferencias específicas hechas con las puntuaciones de los test, considerándose la validez como un proceso unitario.

Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en tres Escuela Universitarias de Enfermería., Escuela Universitaria Gimbernat, EUEG, situada en el Camps de Sant Cugat y adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona (Sant Cugat del Vallés, Barcelona), Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Joan de Deu, situada en el Campus Docent Sant Joan de Déu (Barcelona) y adscrita a la Universidad de Barcelona (Barcelona, España), y la Escuela Universitaria de Enfermería de Alicante, situada en el Campus Docente de la Universidad de Alicante (España) y en un centro asistencial hospitalario (Hospital de San Rafael, de Barcelona).

Las tres Escuelas realizan el Grado de Enfermería dentro del marco del Espacio Europeo de Educación Superior y consta de 4 cursos académicos, con una obtención de doscientos cuarenta créditos europeos (ECTS) al finalizar los estudios.

El Hospital de San Rafael es un hospital concertado de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús y es un hospital general concertado del Servicio Catalán de Salud (CatSalut) que pertenece a la Red Hospitalaria de utilización pública (XHUP). Dispone de 178 camas y un total de 9.368 altas/año. Tiene unidad de salud mental, hospitalización, quirófano y consultas externas.

Población de estudio y muestra

La población de estudio fueron estudiantes de Grado de Enfermería y profesionales de Enfermería. Los datos se recolectaron de noviembre del 2016 a setiembre del 2017.

Tamaño muestral

El tamaño muestral para las diferentes pruebas se estimó de acuerdo con las directrices establecidas en el *COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN) (Mokkink et al., 2010) y los criterios de expertos (Streiner & Norman, 2003). La muestra total estuvo formada por 837 participantes, de los cuales 737 fueron estudiantes de Grado de Enfermería y 100 profesionales de Enfermería (26 profesionales de Enfermería de salud mental y 74 de otros ámbitos clínicos), configurados de la siguiente manera:

Descripción de las muestras

Muestra de estudiantes de Grado de Enfermería: Tal y como se ha comentado, formaron parte de la investigación estudiantes de Grado de Enfermería de la EUI Gimbernat, de la EUI Sant Joan de Deu y de la EUE Alicante. Los participantes del estudio fueron estudiantes de Grado de Enfermería de 1º, 2º, 3º y 4º curso. Se consideró el número de ítems que forman parte de la escala, aceptándose para escalas con más de 20 ítems entre 5 y 10 participantes por cada ítem (Streiner & Norman, 2003). Y por ello, se estableció una muestra de n=737 estudiantes. La muestra fue seleccionada por el método de conveniencia.

Los criterios de inclusión fueron:

- Ser estudiantes de Grado de Enfermería matriculados en las Escuelas de Enfermería descritas y que asistieran a clase el día que se administró el cuestionario.
- Dar el consentimiento informado escrito

Los criterios de exclusión fueron:

- Estudiantes que no quisieron participar en la cumplimentación del cuestionario.

Muestra de profesional de Enfermería: Tal y como se ha comentado, formaron parte de la investigación profesionales de Enfermería del Hospital de San Rafael. Los participantes del estudio fueron profesionales de Enfermería de salud mental y de otros ámbitos. Se estableció una muestra de (n=100). La muestra fue seleccionada siguiendo el método de selección por conveniencia.

Los criterios de inclusión fueron:

- Ser profesionales de Enfermería que trabajaran en el Hospital de San Rafael en los servicios de salud mental, cirugía o medicina interna que asistieran al trabajo el día que se administró el cuestionario.
- Dar el consentimiento informado verbal y escrito.

Los criterios de exclusión fueron:

- Profesionales de Enfermería que no quisieron participar en la cumplimentación del cuestionario.
- Profesionales con menos de un año de experiencia en el servicio.

Muestra total: La muestra total (n=837) se obtiene de sumar la muestra de estudiantes de Enfermería de la EUI Gimbernat (n=737) y la muestra de profesionales de Enfermería del Hospital San Rafael (n=100).

Variables del estudio

Las variables que se analizaron fueron las siguientes:

- **Variables referidas a características socio demográficas, académicas y laborales de la muestra de estudiantes de Enfermería:**
 - Sexo: Variable dicotómica (masculino/femenino).
 - Edad: Variable numérica.
 - Curso académico.
 - Contacto previo en ámbito personal con alguna persona con trastorno mental: variable dicotómica (si/no): Indica si la persona ha tenido contacto con la salud mental en la esfera personal.
 - Contacto previo en ámbito laboral con alguna persona con trastorno variable dicotómica (si/no): Indica si la persona ha tenido contacto con la salud mental en el ámbito laboral en otras categorías profesionales.
 - Experiencia laboral: Se recogen los años de experiencia laboral en el ámbito sanitario si el participante disponía de ella.

- **Variables referidas a características socio demográficas y laborales de la muestra de profesionales de Enfermería:**
 - Sexo: Variable dicotómica (masculino/femenino)
 - Edad: Variable numérica.
 - Lugar de trabajo: Servicio donde trabaja como profesional de Enfermería. Se consideran cuatro unidades diferentes de la muestra: unidad de salud mental, hospitalización, quirófano y consultas externas (no incluyen servicios de salud mental).
 - Años de experiencia laboral: Variable numérica.

- **Variables referidas al estigma de la enfermedad mental en estudiantes y profesionales de Enfermería:**
 - *Nivel de estigma global*: Es una variable que viene definida por el conjunto de los tres factores o dimensiones específicos que configuran el constructo Estigma de la enfermedad mental: Violencia y Peligrosidad (Factor F1), Incapacidad (Factor F2) e Irresponsabilidad e Incompetencia (Factor F3).

- *Nivel de estigma en el Factor F1: Violencia y peligrosidad.* Este factor se define como una variable de tipo cuantitativa continua que evalúa las creencias, por parte de los estudiantes o los profesionales de Enfermería, de que en la relación terapéutica con personas afectadas de un trastorno mental pueden aparecer conductas o situaciones donde exista o se perciba la amenaza hacia la integridad física o psíquica del profesional que ejerce los cuidados.
- *Nivel de estigma en el Factor F2: Incapacidad.* Este factor se define como una variable de tipo cuantitativa continua que evalúa las presunciones que los estudiantes de Enfermería y/o los profesionales de Enfermería tienen acerca de que la persona afectada de un trastorno mental puede no ser capaz de adaptarse a las condiciones de la vida diaria, no aceptar la ayuda terapéutica y/o precisar de contención mecánica.
- *Nivel de estigma en el Factor F3: Irresponsabilidad e Incompetencia.* Este factor se define como una variable de tipo cuantitativa continua que evalúa las presunciones que los estudiantes de Enfermería y/o los profesionales de Enfermería tienen acerca de dar por sobrentendido que una persona con un trastorno mental no tendrá la virtud de tomar decisiones de manera consciente ni asumir las consecuencias que tengan las mismas, siendo una carga para la sociedad.

- **Variables referidas a las actitudes de la comunidad hacia el trastorno mental:** Esta variable hace referencia a las actitudes de la comunidad hacia el trastorno mental siguiendo los planteamientos de Hodberg et al. (2008) que contemplan la integración, el miedo o la evitación.

Instrumentos

En este apartado se detallan los instrumentos utilizados para evaluar las variables descritas en el apartado anterior: la escala para evaluar el Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería (EVEPEM), objetivo principal de esta investigación, la Escala Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire (CAMI-S) (Hogberg et al., 2008) (Anexo. 1), utilizada para la validez criterio de la EVEPEM y un formulario construido ad hoc para recoger las variables sociodemográficas, laborales y académicas de las muestras de estudiantes y profesionales de Enfermería.

EVEPEM: Escala para evaluar el Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería

Desarrollo y construcción inicial de la EVEPEM

La escala que se construyó se denominó Escala para evaluar el Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería y se identificó con el acrónimo EVEPEM.

La EVEPEM se construyó para disponer de un instrumento que permita evaluar, con buenas propiedades métricas de validez y fiabilidad, el estigma de los profesionales de Enfermería hacia la enfermedad mental, adaptando el modelo teórico de enfermería de Peplau (1952), expuesto en el capítulo anterior. Para desarrollar la EVEPEM y determinar sus propiedades psicométricas, se llevaron a cabo dos fases distintas y secuenciales que se detallan en la figura 5. La Fase 1 generación de los ítems, validación de contenido y prueba piloto, y la Fase 2 evaluación de las propiedades psicométricas (análisis factorial exploratorio EFA y análisis factorial confirmatorio CFA, validez criterio y fiabilidad) para las evidencias de validez y fiabilidad.

Figura 5. Fases del desarrollo de la Escala de valoración del Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería (EVEPEM).

Fase 1: DESARROLLO DE LA ESCALA Y VALIDEZ DE CONTENIDO			
<p>Generación de los ítems</p> <p>Conceptos clave para la comprensión del estigma de la enfermedad Mental en Enfermería, paradigma de Enfermería y revisión de la literatura.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Creencias ✓ Valores ✓ Miedo ✓ Prejuicios ✓ Comportamiento ✓ Violencia ✓ Ocultación ✓ Estereotipos ✓ Incapacidad para la recuperación ✓ Conocimientos ✓ Formación ✓ Asertividad ✓ Respuesta a la demanda terapéutica ✓ Distancia social ✓ Habilidades relacionales ✓ Empatía ✓ Discriminación ✓ Etiqueta diagnóstica ✓ Explicación biogenética ✓ Contacto 	<p>Validación de contenido</p> <p>Panel de expertos formado por 15 profesionales de Enfermería de salud mental con amplia experiencia</p> <p>Evaluación individual de la relevancia de los ítems. Escala Likert de 5 puntos.</p> <p style="text-align: center;">75 ítems</p> <p>De los 75 ítems iniciales que se sometieron al juicio de los expertos, se eliminaron aquellas proposiciones que obtuvieron un IVC <0,88 quedando finalmente 20 ítems.</p> <p style="text-align: center;">20 ítems</p>	<p>Prueba piloto</p> <p>Grupo de 15 estudiantes de segundo curso de grado de la EUI Gimbernat.</p> <p>Valoración de la aplicabilidad del cuestionario, tiempo de cumplimentación y longitud del cuestionario.</p>	
Versión Final versión EVEPEM 20 ítems			
<p>F1- Violencia (8 ítems)</p> <p>Creencias Valores Miedo Prejuicios Comportamiento Violencia Ocultación de la enfermedad Estereotipos</p>	<p>F2-Incapacidad (5 ítems)</p> <p>Incapacidad para recuperación Conocimientos Formación Asertividad Respuesta a la demanda terapéutica</p>	<p>F3-Irresponsabilidad e Incompetencia (7 ítems)</p> <p>Distancia social Habilidades relacionales Empatía Discriminación Etiqueta diagnóstica Explicación biogenética Contacto</p>	
Fase 2: EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA. Evidencias de validez y fiabilidad			
AFE (análisis factorial exploratorio)	AFC (análisis factorial confirmatorio)	Validez convergente	Fiabilidad
(n=273)	(n=464)	mediante correlación con CAMI-20 (n=273)	Consistencia interna (n=273) Estabilidad Temporal (n=40)

Fase 1. Evidencias de validación: Validez de contenido

Generación de los ítems

Tal y como se ha descrito en el marco conceptual, inicialmente se partió de una revisión de los conceptos clave para la comprensión del estigma de la enfermedad mental en Enfermería, del paradigma de Enfermería, del modelo conceptual de la Enfermería psicodinámica de Peplau y de la revisión de la literatura, en relación a los términos utilizados con mayor frecuencia vinculados al estigma hacía la enfermedad mental (creencias, valores, miedo, prejuicios, comportamiento, violencia, ocultación, estereotipos, incapacidad para la recuperación, conocimientos, formación, asertividad, respuesta a la demanda terapéutica, distancia social, habilidades relacionales, empatía, discriminación, etiqueta diagnóstica, explicación biogenética y contacto).

Con todo ello se formuló un Modelo teórico del Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería que se ha descrito en el marco conceptual y que permitió definir la comprensión del fenómeno en tres dimensiones: violencia o peligrosidad, la incapacidad y la responsabilidad o competencia. A partir de esos planteamientos se creó un pool amplio de 135 ítems preliminares que, tras la discusión del equipo investigador, quedaron reducidos a 75 (Anexo 7).

Validación de contenido

El objetivo de la validación del contenido de un instrumento que mide un fenómeno es explorar la extensión de este y estudiar la idoneidad de los ítems en relación con los componentes. Para ello, se utilizó el método de consenso mediante un Comité de expertos (Urrutia et al., 2014). Las 75 proposiciones preliminares fueron sometidas a la consideración de un panel de expertos formado por 15 profesionales de Enfermería de salud mental con amplia experiencia en unidades de tratamiento clínico, que debían tener más de 10 años experiencia asistencial y disponer de formación superior (máster o especialidad). El perfil de los componentes del Comité de Expertos se detalla en la tabla 1.

Tabla 1. Perfil del Comité de expertos de los profesionales de la muestra para la validación de contenido.

Experto	Género	Titulación	Ámbito laboral	Años de experiencia	Edad
1	Hombre	Especialidad	Comunitaria	20	52
2	Hombre	Grado	Hospitalización	10	32
3	Hombre	Master	Hospitalización	12	34
4	Mujer	Máster	Hospitalización	11	32
5	Hombre	Especialidad	Gestión	15	41
6	Mujer	Especialidad	Gestión	25	45
7	Hombre	Máster	Hospitalización	11	32
8	Hombre	Máster	Docencia	10	45
9	Mujer	Máster	Docencia	10	45
10	Hombre	Especialidad	Gestión	20	53
11	Mujer	Grado	Hospitalización	11	44
12	Mujer	Máster	Hospitalización	11	41
13	Hombre	Máster	Docencia	10	45
14	Hombre	Grado	Hospitalización	11	30
15	Mujer	Máster	Comunitaria	15	42

Se solicitó que evaluaran la relevancia y el redactado de los ítems propuestos para la medida del estigma de la enfermedad mental. Se realizaron las entrevistas personalmente, vía telefónica o por correo electrónico. Se les facilitó las instrucciones para el proceso y los datos de contacto de la investigadora para resolver cualquier duda durante el proceso, fomentando la retroalimentación que permite reducir los errores de repuesta y mejorar la validación del contenido (Campanelli, Martin, Rothgeb, 1991).

Para el proceso de validación de contenido se consideraron los parámetros de redactado comprensible y de relevancia de los ítems. El cuestionario con las proposiciones iba acompañado con instrucciones para ser contestado a través de la valoración de cada elemento.

- Para la *valoración de la relevancia*, cada experto evaluó de forma independiente la relevancia de cada uno de los ítems mediante una escala de 5 puntos donde 1= nada relevante

para valorar el grado de estigma de la enfermedad mental en Enfermería, 2= poco relevante, 3=moderadamente relevante, 4=bastante relevante y 5= muy relevante.

- Para la *valoración del redactado*, se facilitó un espacio donde redactar sin límite de espacio las propuestas de mejora en cada ítem.

Previamente y en concordancia con la fase de generación de los ítems, se les proporcionó amplia información acerca de las tres dimensiones (Violencia o Peligrosidad, Incapacidad e Irresponsabilidad o Incompetencia) para que pudieran valorar adecuadamente los ítems propuestos. De los 75 ítems iniciales que se sometieron al juicio de los expertos, se eliminaron aquellas proposiciones cuyo Índice de Validez de Contenido (IVC) fue $<0,88$ (Lynn, 1986), obteniendo la versión definitiva de la escala EVEPEM que constó de 20 ítems distribuidos de forma desigual entre las tres dimensiones. La versión definitiva de la escala EVEPEM se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Versión definitiva EVEPEM (20 ítems)

Nº	Descripción ítem.
1.	Las personas con trastorno mental son una carga para su familia y para la sociedad.
2.	Las personas con trastornos mentales pueden ser tan buenos profesionales como el resto.
3.	Una persona con un trastorno mental puede responsabilizarse del cuidado de sus hijos o menores.
4.	Las personas con un trastorno mental actúan sin pensar en las consecuencias.
5.	El cuidado de un paciente con trastorno mental no me supone más carga que el cuidado del resto.
6.	Las personas con un trastorno mental tienen un potencial de conductas violentas superior al de otras personas.
7.	La mejor opción para la sociedad es aislar a los pacientes con trastornos mentales.
8.	En general las personas con trastorno mental rechazan ayuda terapéutica.
9.	Las personas con trastorno mental tienen más posibilidad de cometer actos delictivos.
10.	Las personas con trastorno mental pueden llevar una vida normal.
11.	Todos los pacientes que ingresan en una unidad de salud mental deben ser aislados las primeras horas.
12.	Todas las personas con trastorno mental tienen conductas inadecuadas.
13.	Trabajar con pacientes con trastorno mental es muy gratificante.
14.	La mayoría de las personas con trastorno mental son peligrosas.
15.	Los pacientes con trastorno mental tienen los mismos derechos que el resto.
16.	Me provoca miedo el cuidar a personas con un trastorno mental.
17.	Los pacientes con trastorno mental deben estar aislados del resto de pacientes.
18.	Todos los pacientes con trastorno mental acaban reingresando.
19.	Las personas con trastorno mental no son capaces de buscar ayuda por si solas.
20.	Todos los pacientes ingresados en unidades de salud mental precisan contención mecánica.

Formato de respuesta

Para establecer el sistema de medición de la escala, se tuvieron en cuenta las recomendaciones teóricas según las cuales, las escalas de cinco puntos parecen ser menos confusas y aumentan la tasa de respuesta (Babakus & Mangold, 1992) y, por lo tanto, se optó por utilizar una medida de respuesta tipo Likert de cinco puntos.

Estructura de la versión definitiva de la Escala EVEPEM

El cuestionario definitivo, mantuvo la denominación inicial y, tal y como se ha indicado anteriormente, se denominó Escala de Valoración para el Estigma de la enfermedad mental en Enfermería (EVEPEM). El formato de respuesta de la escala se estableció tipo Likert con cinco opciones de respuesta, siendo 1=Total desacuerdo, 2=Considerable desacuerdo, 3=Neutro (ni acuerdo ni desacuerdo), 4=Considerable acuerdo y 5=Totalmente de acuerdo.

A partir de todo ello, y tal como ya se ha comentado anteriormente, se sugieren agrupaciones que constituyen las tres dimensiones o factores que configuran la escala EVEPEM y el modelo conceptual acerca del estigma hacía la enfermedad mental desde una perspectiva enfermera, que lo sustenta. La escala EVEPEM consta de 20 ítems distribuidos entre tres factores (tabla 2).

- **Factor 1 (Violencia y Peligrosidad):** Se relaciona con el paradigma enfermero de la Persona y con las experiencias psicobiológicas (ansiedad) que experimenta la enfermera en su relación con el paciente. Incluye los conceptos de creencias, valores, miedo, prejuicios, comportamiento, violencia, ocultación de la enfermedad y estereotipos.
 - ✓ Este factor está compuesto por los ítems 6,7,9,11,12,14,16,17 (8 ítems), donde 8 es la puntuación mínima y 40 la puntuación máxima.
- **Factor 2 (Incapacidad):** Se relaciona con el paradigma enfermero de la salud y la formación de los profesionales de Enfermería. Incluye las dimensiones de incapacidad para la recuperación, los conocimientos, la formación, la asertividad y la respuesta a la demanda terapéutica.

- ✓ Este factor está compuesto por los ítems 4, 8, 18, 19, 20 (5 ítems), donde 5 es la puntuación mínima y 25 la puntuación máxima.
- **Factor 3 (Irresponsabilidad e Incompetencia):** Se relaciona con el paradigma enfermero del rol y entorno, y la actitud de los profesionales de Enfermería. Incluye las dimensiones de la distancia social, las habilidades relacionales, la empatía, la discriminación, la etiqueta diagnóstica, la explicación biogenética y el contacto.
 - ✓ Este factor está compuesto por los ítems: ítem 1,2,3,5,10,13,15 (7 ítems), donde 7 es la puntuación mínima y 35 la puntuación máxima.

Los ítems positivos puntúan desde cinco para el total acuerdo hasta el valor uno para el total desacuerdo, mientras que los ítems con sentido negativo lo harán a la inversa. Los valores resultantes son de 20 a 100 puntos, siendo el valor más alto equivalente a más estigma y el valor más bajo indicativo de menos estigma. Se definieron 6 ítems (ítem 2, 3, 5, 10, 13 y 15) que puntúan de manera directa y 14 (ítem 1,4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19 y 20) que puntúan de manera inversa. La distribución de los ítems de la escala EVEPEM se muestra en la tabla. 3.

Tabla 3. Distribución de los ítems de la escala EVEPEM según factores, valores mínimos y máximos.

Factor EVEPEM	Ítems	Valor mínimo	Valor máximo
Factor 1. Violencia y peligrosidad	6,7,9,11,12,14,16,17	8	40
Factor 2. Incapacidad	4,8,18,19,20	5	25
Factor 3. Irresponsabilidad e incompetencia	1,2,3,5,10,13,15	7	35
Puntuación EVEPEM global		20	100

CAMI: Escala Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire

Además de la EVEPEM, para obtener evidencias de validez en relación a la validez criterio, se utilizó la Escala Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire (CAMI). La escala CAMI consta de dos versiones, de 40 y 20 ítems. La versión de 40 ítems tiene cuatro factores denominados originalmente autoritarismo, benevolencia, restricción social y la ideología comunitaria de salud mental. Cada factor contiene 10 ítems que se relacionan con opiniones sobre cómo tratar y cuidar a las personas con un trastorno mental. Cinco ítems de cada factor expresan un sentimiento positivo y los otras cinco se expresan negativamente (Morris et al., 2012). Para este trabajo se utilizó la versión de 20 ítems, CAMI-S (Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire-Swedish versión) de Högberg et al. (2008) la cual tiene tres factores denominados en formato original como: mentalidad abierta y favorable a la integración, miedo y la evitación e ideología de la salud mental comunitaria.

Esta versión tiene formato Likert de respuesta de 5 puntos, siendo 1=Total desacuerdo, 2=Considerable desacuerdo, 3=Neutro (ni acuerdo ni desacuerdo), 4=Considerable acuerdo y 5=Totalmente de acuerdo. Se realizó una adaptación y validación de la escala a lengua castellana (Sastre-Rus, Montes-Hidalgo, Lluch-Canut, García-Lorenzo & Tomás-Sábado, 2018), cuyos resultados se describen en el apartado de resultados.

Procedimiento

Prueba Piloto

Antes de proceder a administrar el cuestionario a la muestra para su validación, se realizó una prueba piloto con quince estudiantes de Enfermería, con el objetivo de estudiar la adecuación y comprensión de los ítems. Además del cuestionario, se les facilitó una hoja para evaluar cuestiones relativas a la aplicabilidad del cuestionario, extensión, comprensión, idoneidad y claridad en las instrucciones. La prueba piloto abarcó específicamente el funcionamiento operativo del cuestionario, motivo por el cual se realizó con una muestra reducida de estudiantes.

Administración de los cuestionarios a la muestra

En todas las administraciones en las diferentes muestras, se solicitaron los permisos previos a los Comité de Ética o Comisión de Investigación de cada institución, esperando a la valoración de aceptación según los criterios establecidos. Tras las respuestas favorables de los diversos comités, se procedió a la distribución de los cuestionarios. Se informó de manera verbal y escrita a todos los participantes del carácter voluntario y confidencial del procedimiento, y de la finalidad del mismo.

En las muestras de estudiantes, se pidió permiso a los profesores que realizaban clase en ese período y se pasó por las clases de los estudiantes. La realización de los cuestionarios fue en formato papel.

En las muestras de los profesionales de Enfermería, se procedió a la distribución de los cuestionarios a través de la Dirección de Enfermería del Hospital de San Rafael y a través de las supervisoras de los diferentes servicios. Las fechas de administración de los cuestionarios fueron desde el mes de noviembre del 2016 hasta julio del 2017.

Análisis de los datos

Validación de contenido

Tal y como se ha comentado, se procedió a utilizar la metodología de Comité de expertos (Urrutia-Egaña, Barrios-Araya, Gutiérrez-Núñez & Mayorga-Camus, 2014) y se calculó el ICV eliminando los ítems cuyo valor fue $< 0,88$.

La cantidad óptima de expertos a consultar para la aplicación de esta metodología oscila entre 9 y 25 (García & Fernández, 2008). Se calculó como tamaño ideal el número de 15 expertos.

Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, laborales y académicas

Para la descripción de todas las variables sociodemográficas, laborales y académicas incluidas en el estudio, se calcularon los principales estadísticos descriptivos centrales y de dispersión (media, mediana, moda, suma, desviación estándar y percentiles).

Análisis descriptivo de los ítems de la EVEPEM

Para cada ítem del cuestionario EVEPEM se realizaron los análisis descriptivos de los ítems: media, desviación estándar (DE), asimetría y curtosis.

Se calculó también el **coeficiente de homogeneidad de los ítems corregido**, estimando las correlaciones de cada ítem con el total de la escala y con su subescala correspondiente, aceptando como límite inferior válido una correlación igual o superior a 0,30 (Nunnally & Bernstein, 1979) y la media de la escala si se elimina el elemento.

Análisis del proceso de respuesta de la EVEPEM

Se calculó la **tasa de respuesta** contabilizando el porcentaje de encuestas completadas con relación a las que se administran y la proporción de ítems sin respuesta.

Análisis de la fiabilidad de la EVEPEM

El análisis de fiabilidad del instrumento se desarrolló estudiando la consistencia interna y la estabilidad temporal.

Consistencia interna de la EVEPEM

Para evaluar la consistencia interna se calculó el alfa de Cronbach para el total del cuestionario y para cada una de sus dimensiones.

Se consideró una buena fiabilidad si el valor era superior a 0,7 (Oviedo-Celina & Campo-Arias, 2005; Bland, & Altman, 1997; Streiner, 2003).

Se calculó un tamaño muestral de 273 estudiantes de Enfermería. De esta manera se puede estimar un coeficiente de consistencia interna superior o igual a 0,7, considerando el número de ítems, coeficiente de consistencia interna mínimo a estimar y error estándar del coeficiente de consistencia interna (Streiner & Norman, 2003).

Estabilidad temporal o retest de la EVEPEM

Para evaluar la estabilidad temporal se utilizó el método test-retest, consistente en que los mismos sujetos respondieran a dos administraciones diferentes de la misma escala para esperar que la variable no cambie con el transcurso del tiempo y la correlación entre ambas sea alta (Cicchetti, 1994).

La fiabilidad test-retest se calculó mediante dos pruebas estadísticas; por un lado, el coeficiente de correlación de Pearson (r) que permite visualizar en un diagrama de dispersión un conjunto de puntos que se aproximan a la situación en la cual todos están lo más próximos posibles a una línea recta (Nieto & Szklo, 2003). Por otro lado, también se estimó el cálculo del coeficiente de correlación intraclase (CCI), interpretándose como óptimo si era 0,6 (Streiner & Norman, 2003) entre ambas administraciones.

Se administró la Escala EVEPEM a una muestra de 40 estudiantes de 3º de grado de la EUI Gimbernat a las 3 semanas posteriores a la primera administración de la misma.

Análisis de la validez de la EVEPEM

Para obtener evidencia en relación a la validez del instrumento, se analizó la validez de constructo y la validez criterio.

Validez de constructo

Se realizó un *análisis factorial exploratorio (AFE)* y un *análisis factorial confirmatorio (AFC)*. El objetivo del mismo es analizar las estructuras de las covarianzas y determinar si el modelo del instrumento de medida diseñado, basado en el Modelo teórico del Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería, es consistente con la realidad.

Siguiendo los criterios de (Morata-Ramirez, Holgado-Tello, Barbero-García & Mendez, 2015) para el AFE se utilizó una muestra de 273 estudiantes de Enfermería de la EUI Gimbernat y para el AFC un total de 464 estudiantes de Enfermería, (EUI Sant Joan de Deu, (n=283) y EUE Alicante (n=181)), con un número de participantes 10 veces superior al número de ítems. Cabe desatacar que las muestras fueron diferentes para los análisis factorial exploratorio y el confirmatorio.

Análisis Factorial Exploratorio

Se evaluó usando el método de componentes principales y rotación varimax. Se calculó el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (Kaiser, 1970) y la prueba de esfericidad de Bartlett (Bartlett, 1954). Se aceptaron como válidos aquellos ítems que saturaron en el factor con valores superiores a 0,40. Asimismo, se analizó el porcentaje de varianza explicada por la escala total y por cada factor.

Análisis factorial confirmatorio

El análisis factorial confirmatorio (AFC) se realizó con el fin de determinar si las puntuaciones reproducían la estructura del modelo teórico propuesto, configurado por 3 factores y 20 ítems. La elección del estimador de los parámetros del modelo de análisis factorial

se basó en el tamaño de la muestra, el tipo de variable de respuesta y la distribución de la variable.

Se utilizó el método de estimación de parámetros de mínimos cuadrados generalizados. Este método tiene criterios de normalidad menos estrictos, y se usa principalmente para los ítems de medida ordinal (Byrne, 2013). El ajuste global del modelo fue determinado mediante diferentes índices de ajuste: chi-cuadrado normalizada, la proporción entre chi-cuadrado y los grados de libertad ($\chi^2 / d.f.$), GFI (*Goodness-of-fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness-of-fit Index*), CFI (*Comparative Fit Index*), RMSEA (*Root Mean Standard Error of Approximation*), BBNFI (Bentler Bonnet Normed Fit Index) y el BBNNFI (Bentler Bonnet Non-Normed Fit Index). Los índices GFI, AGFI, BBNFI y BBNNFI pueden variar de 0 (mal ajuste) a 1 (ajuste perfecto) y no se ven influenciados por tamaño de muestra. De acuerdo con Browne y Cudeck (1993), los índices GFI, AGFI, BBNFI y BBNNFI con un valor de 0,80 o superior y un RMSEA inferior a 0,06 indican un ajuste aceptable (Byrne, 2013).

Validez convergente

Para el análisis de la validez convergente, se calculó la relación de las puntuaciones entre la Escala EVEPEM y la Escala Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire (CAMI-S) en su versión de 20 ítems (Hogberg et al., 2008) mediante los coeficientes de correlación de Pearson.

Debido a que la escala no estaba validada al español, tal y como se ha indicado en el apartado de instrumentos utilizados, se procedió previamente a su traducción y validación a lengua castellana (Sastre et al., 2018). Se llevaron a cabo análisis de fiabilidad (consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach) y validez (mediante AFE), aplicando los mismos criterios de interpretación de los análisis descritos para la escala EVEPEM.

Análisis de la relación entre nivel global de estigma y las variables sociodemográficas

Para analizar la relación entre los niveles globales de estigma y las variables sociodemográficas se realizó un análisis bivariante para explorar posibles relaciones entre las mismas. Se comparó la puntuación media de la escala total y de los factores según grupos de sexo, edad, años de experiencia, contacto previo laboral o contacto previo personal con los trastornos mentales en las diferentes muestras. Se realizó un análisis comparativo de los niveles global de estigma por cursos en las muestras de estudiantes de Enfermería y entre los

profesionales de enfermería de salud mental y de otros ámbitos asistenciales. Se utilizó la muestra de estudiantes (n=737), la muestra de profesionales (n=100) y la muestra total (n=837).

Análisis factorial de la Escala CAMI-S (Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire), traducción y adaptación al español

La escala original en inglés CAMI-S (Hogberg et al., 2008), se tradujo al español mediante sucesivos ciclos de traducción y retrotraducción. Posteriormente, se realizó el análisis factorial exploratorio de la escala CAMI-S (versión española) aplicando el método de análisis de componentes principales con posterior rotación ortogonal varimax.

Aspectos éticos

Este trabajo de investigación recibió los informes favorables del Comité de Ética de Investigación de la EUIG (Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat) (Anexo.8), de la Comisión de Investigación de la EUI Sant Joan de Deu, del CEI de la UE Alicante (Anexo.9), y del Comité Ético de Investigación clínica (CEIC) de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (Anexo.10).

En cada ejemplar del cuestionario se informaba a los participantes sobre la finalidad y la autoría de la investigación, la voluntariedad, el anonimato y la confidencialidad de los datos. De este modo, el hecho que los participantes devolviesen el cuestionario cumplimentado constituía una forma de consentimiento informado.

Para la traducción y adaptación al español de la escala CAMI-S (Hogberg et al., 2008) se solicitaron los permisos para la utilización de la versión original a los autores (Anexo.11).

4. RESULTADOS

En este apartado se muestran los resultados del estudio ordenados según los objetivos planteados en la investigación.

Resultados referentes a la construcción y validación de la escala EVEPEM

Prueba piloto: Los datos han sido analizados con el programa Excel y los resultados revelan que el tiempo medio de cumplimentación es de entre 20 y 25 minutos. El 86% de los participantes manifiestan que les parece correcta la longitud del cuestionario, y el 82 % indican que es claro e idóneo para su finalidad. Se modifican algunos datos referidos al espacio para los datos sociodemográficos.

Resultados de la validación de contenido de la escala EVEPEM

Tal y como se indica en el apartado de metodología, para la validación del contenido de la escala EVEPEM se seleccionan 15 profesionales de Enfermería que cumplen los siguientes criterios de inclusión: experiencia en salud mental y conocimientos de investigación. En relación con las variables sociodemográficas, el 60% (n=9) de los expertos son hombres, con una edad media 40.86 ± 7.79 (min. 30-máx 53). El 53,3% de la muestra dispone de estudios de Máster, el 26,6% tiene la Especialidad en Enfermería de salud mental y el resto tienen formación de Grado en Enfermería. La media de años de experiencia en salud mental es de $13.46 \pm 4,49$ (min 10-máx 25).

De los 75 ítems iniciales que se someten al juicio de los expertos, quedan finalmente 20 ítems. Se eliminan aquellas proposiciones que obtienen un ICV inferior a 0,88, de manera que se suprimen en este proceso 55 de ellas (73,33%), y quedan retenidas los 20 restantes, cuyo orden se establece de forma aleatorio en la configuración del cuestionario EVEPEM definitivo. La tabla 2 contiene los enunciados de estos 20 ítems.

Resultado del análisis de los ítems de la escala EVEPEM

Descriptivos de los ítems

Tal y como se indica en el apartado de análisis de datos, se calculan los descriptivos (media, desviación estándar, asimetría y curtosis) de los ítems de la escala EVEPEM en la muestra de estudiantes de la EUI Gimbernat. Los resultados se muestran en la tabla 4.

Coefficiente de homogeneidad

Tal y como se indica en el apartado de análisis de datos, se calcula el coeficiente de homogeneidad de los ítems corregido estimando las correlaciones de cada ítem con el total de la escala y con su subescala correspondiente, y la media de la escala si se elimina el elemento. Se observa que todos los ítems, a excepción del ítem 8 y el ítem 15 obtienen valores de correlación superiores a 0,3. Los resultados se muestran en la tabla 4.

Resultados del proceso de respuesta

La tasa de respuesta es del 98,5%. Del total de 273 cuestionarios administrados, la proporción de ítems sin respuesta oscila del 0,5% al 2,4%.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la Escala EVEPEM en la muestra de estudiantes de Enfermería.

Ítems escala EVEPEM	Media (DE)	Asimetría	Curtosis	Correlación corregida ítem- total	Media de la escala si se elimina el elemento
Ítem 1	2,53 (1,08)	0,09	-0,95	0,389	42,96
Ítem 2	2,35 (0,93)	0,27	-0,43	0,328	43,17
Ítem 3	2,69 (0,89)	0,28	-0,04	0,393	42,89
Ítem 4	2,68 (0,98)	0,06	-0,69	0,523	42,91
Ítem 5	2,82 (1,11)	-0,06	-0,98	0,356	42,71
Ítem 6	3,09 (1,03)	-0,33	-0,74	0,419	42,56
Ítem 7	1,38 (0,71)	2,31	6,24	0,429	44,17
Ítem 8	2,85 (0,98)	-0,08	-0,54	0,277	42,72
Ítem 9	2,73 (0,96)	-0,08	-0,64	0,420	42,89
Ítem 10	1,84 (0,86)	1,18	1,89	0,491	43,72
Ítem 11	2,35 (1,01)	0,46	-0,32	0,485	43,25
Ítem 12	2,01 (1,04)	0,88	0,01	0,459	43,54
Ítem 13	2,23 (0,86)	0,09	-0,65	0,360	43,23
Ítem 14	1,85 (0,82)	0,64	-0,33	0,613	43,68
Ítem 15	1,29 (0,60)	2,24	4,89	0,161	44,21
Ítem 16	2,12 (1,21)	0,69	-0,78	0,345	43,36
Ítem 17	2,23 (1,09)	0,51	-0,73	0,438	43,25
Ítem 18	2,65 (0,98)	0,03	-0,44	0,323	42,87
Ítem 19	2,45 (1,07)	0,30	-0,67	0,492	43,12
Ítem 20	1,65 (0,95)	1,39	1,18	0,399	43,97

EVEPEM: Escala para la evaluación del estigma de la enfermedad mental en enfermería; DE: desviación estándar.

Resultados de la fiabilidad de la escala EVEPEM

A continuación, se muestran los resultados de la consistencia interna y de la estabilidad temporal.

Resultados de la consistencia interna Escala EVEPEM

El valor de *Alpha de Cronbach* obtenido para medir el coeficiente de consistencia interna es de 0,825 para la Escala EVEPEM global y por factores oscila entre 0,731 del Factor F1 (Violencia y Peligrosidad) y 0,626 del Factor F3 (Irresponsabilidad e Incompetencia) en la muestra de Estudiantes de Enfermería de la EUI Gimbernat. En la tabla 5 se muestran los valores de consistencia interna de cada ítem y global de la escala EVEPEM.

Tabla 5. Resultados de consistencia interna escala EVEPEM.

		Valor total subescala	Alfa de Cronbach	
			Valor total subescala sin el ítem	Valor total escala sin el ítem
Factor 1. Violencia y peligrosidad		0,731		
Ítem. 6	Las personas con un trastorno mental tienen un potencial de conductas violentas superior al de otras personas.		0,718	0,818
Ítem. 7	La mejor opción para la sociedad es aislar a los pacientes con trastornos mentales.		0,706	0,816
Ítem. 9	Las personas con trastorno mental tienen más posibilidad de cometer actos delictivos.		0,691	0,816
Ítem. 11	Todos los pacientes que ingresan en una unidad de salud mental deben ser aislados las primeras horas.		0,706	0,815
Ítem. 12	Todas las personas con trastorno mental tienen conductas inadecuadas.		0,706	0,813
Ítem. 14	La mayoría de las personas con trastorno mental son peligrosas.		0,680	0,808
Ítem. 16	Me provoca miedo el cuidar a personas con un trastorno mental.		0,729	0,824
Ítem. 17	Los pacientes con trastorno mental deben estar aislados del resto de pacientes.		0,697	0,814
Factor 2. Incapacidad		0,696		
Ítem. 4	Las personas con un trastorno mental actúan sin pensar en las consecuencias.		0,622	0,809
Ítem. 8	En general las personas con trastorno mental rechazan ayuda terapéutica.		0,668	0,821
Ítem. 18	Todos los pacientes con trastorno mental acaban reingresando.		0,658	0,820
Ítem. 19	Las personas con trastorno mental no son capaces de buscar ayuda por sí solas.		0,593	0,812
Ítem. 20	Todos los pacientes ingresados en unidades de salud mental precisan contención mecánica.		0,686	0,816
Factor 3. Irresponsabilidad e incompetencia		0,626		
Ítem. 1	Las personas con trastorno mental son una carga para su familia y para la sociedad.		0,606	0,820
Ítem. 2	Las personas con trastornos mentales pueden ser tan buenos profesionales como el resto.		0,581	0,822
Ítem. 3	Una persona con un trastorno mental puede responsabilizarse del cuidado de sus hijos o menores.		0,569	0,817
Ítem. 5	El cuidado de un paciente con trastorno mental no me supone más carga que el cuidado del resto.		0,594	0,820
Ítem. 10	Las personas con trastorno mental pueden llevar una vida normal.		0,568	0,813
Ítem. 13	Trabajar con pacientes con trastorno mental es muy gratificante.		0,588	0,820
Ítem. 15	Los pacientes con trastorno mental tienen los mismos derechos que el resto.		0,613	0,823
TOTAL		0,825		

Resultados del análisis test-retest o estabilidad temporal

A las 3 semanas de la recogida de datos se administra de nuevo la Escala EVEPEM a una muestra de 40 estudiantes de 3º de grado que ya habían formado parte de la muestra inicial. El 92,5% de la muestra eran mujeres (n=37), con una edad media de 21,15 años (DE=3,424). El 57,5% (n=23) había tenido contacto personal previo con las personas afectadas de trastorno mental, y el 40% (n=16) dicho contacto se había producido en el ámbito laboral. La media de los años de experiencia en la sanidad es de 0,35 (DE=0,964).

Para el análisis de la estabilidad temporal se calcula el coeficiente de correlación de Pearson (r), siendo este de r=0,842. Por otro lado, también se calcula el Coeficiente de Correlación intraclase (CCI), el cual es de r=0,906 (95 % intervalo de confianza), para el global de la escala, considerándose un valor adecuado según criterios señalados por Fleiss (1981). Los resultados, tanto del global de la escala como por factores, se muestran en la tabla 6.

Tabla 6. Resultados del coeficiente de correlación intraclase (CCI) de la escala EVEPEM, global y por factores.

EVEPEM	CCI	IC 95%
1. Violencia y peligrosidad	0,858	0,823-0,885
2. Incapacidad	0,815	0,770-0,851
3. Irresponsabilidad e incompetencia	0,832	0,791-0,865
TOTAL	0,906	0,883-0,924

CCI: Coeficiente de correlación intraclase, IC: Intervalo de confianza.

Resultados de la validez de constructo de la escala EVEPEM

La estructura factorial del constructo del estigma de la enfermedad mental en Enfermería y de las dimensiones formuladas se estudia mediante un análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC) en el que se plantea un modelo de tres factores.

Resultados del análisis factorial exploratorio:

Tras comprobar la adecuación de los datos mediante la prueba de Káiser-Meyer-Olkin [KMO = 0,83] y el test de esfericidad de Bartlett [$p < 0,01$], se realiza un análisis factorial exploratorio, aplicando el método de análisis de componentes principales con posterior rotación ortogonal varimax. El número de factores o dimensiones a extraer han sido tres tal y como se indicó anteriormente (determinación a priori). La asignación de los ítems a cada factor se realiza en base a los criterios propuestos por Tabachnick y Fidell, que los ítems estén relacionados conceptualmente con el factor y que en los resultados obtengan un peso factorial mayor a 0,30 en el factor correspondiente (Tabachnick & Fidell, 2013). Los tres factores resultantes explican el 24,2%, el 8,4 % y el 6,8% de la varianza respectivamente, siendo la varianza total de la escala del 39,5%. Todos los ítems saturan por encima de 0,30 en el factor en el que habían sido identificados a partir del modelo teórico. Los resultados de este análisis se presentan en la tabla 7.

Tabla 7. Resultados del análisis factorial exploratorio de la escala EVEPEM con rotación varimax.

	Comunalidad	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Ítem 6	0,329	0,530		
Ítem 7	0,326	0,532		
Ítem 9	0,593	0,698		
Ítem 11	0,312	0,532		
Ítem 12	0,403	0,521		
Ítem 14	0,526	0,691		
Ítem 16	0,565	0,563		
Ítem 17	0,401	0,627		
Ítem 4	0,528		0,692	
Ítem 8	0,371		0,608	
Ítem 18	0,385		0,614	
Ítem 19	0,527		0,719	
Ítem 20	0,297		0,465	
Ítem 1	0,208			0,411
Ítem 2	0,346			0,567
Ítem 3	0,421			0,551
Ítem 5	0,267			0,551
Ítem 10	0,389			0,560
Ítem 13	0,459			0,634
Ítem 15	0,253			0,501
Porcentaje de varianza explicada		24,2%	8,4%	6,8%
Total varianza			39,5 %	

Resultados del análisis factorial confirmatorio:

Tras los resultados obtenidos en el análisis factorial exploratorio, la estructura factorial obtenida se somete a estudio mediante un análisis factorial confirmatorio.

El resultado de la prueba de chi-cuadrado es significativo ($\chi^2 = 474,005$; $p > 0,01$). El CFI (0,955) y AGFI (0,944) indican un ajuste aceptable del modelo (tabla 8). Asimismo, se obtiene un RMSEA de 0,05, donde un valor de 0,06 o menos es indicativo de un ajuste aceptable del modelo (Watson et al., 2013). De acuerdo con los resultados presentados anteriormente, el modelo propuesto para los factores encaja satisfactoriamente con los datos obtenidos (Figura. 6).

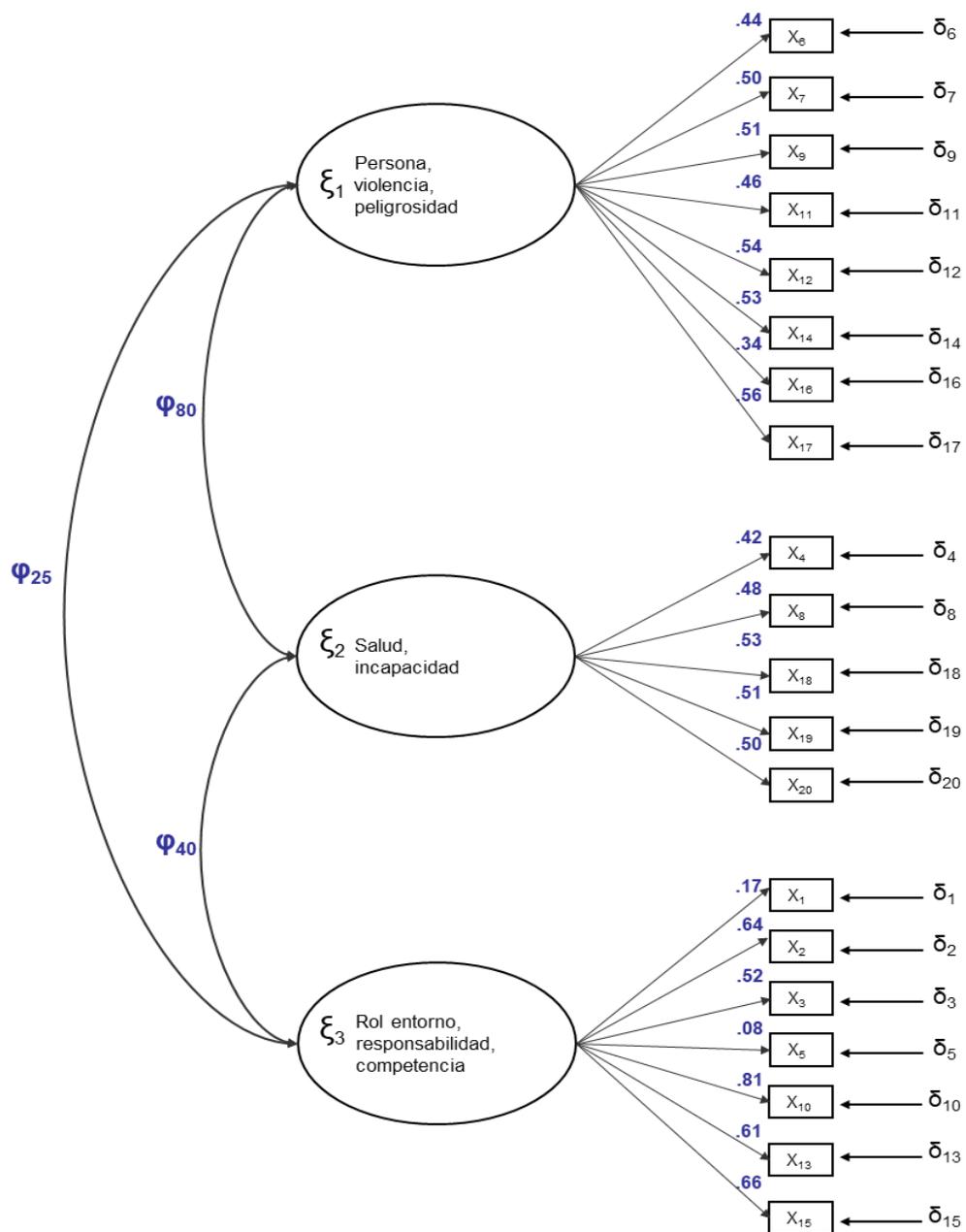
Tabla 8. Índice de bondad de ajuste del modelo confirmatorio.

INDICE	VALOR
BBNFI	0,819
BBNNFI	0,879
CFI	0,894
GFI	0,955
AGFI	0,944
RMSE	0,06
RMSEA	0,05
α Cronbach	0,794
Prueba de Bondad de Ajuste	$\chi^2 = 474.005.$, $gl=167.$, $p=.0001$
Razón de ajuste	$\chi^2 / gl = 2,83$ entre 2-6

BBNFI: Bentler Bonnet Normed Fit Index. BBNNFI: Bentler Bonnet Non-Normed Fit Index. CFI: Comparative Fit Index. GFI: Goodness of Fit Index. AGFI: Adjusted Goodnes of Fit Index. RMSE: Root Mean Standard Error. ROOT MEAN-SQUARE ERROR OF APPROXIMATION (RMSEA).

La figura 6 muestra las correlaciones entre los factores planteadas en el modelo del constructo del Estigma de la enfermedad mental de la Enfermería. Se observa que las correlaciones entre los factores obtienen valores óptimos (entre +1 y -1) entre ellos.

Figura 6. Modelo para la medida del estigma de la enfermedad mental en Enfermería (Escala EVEPEM). Análisis factorial confirmatorio.



En la figura 7 se muestra el histograma resultante del análisis factorial confirmatorio y el gráfico Q-Q normal del total cuestionario. En la tabla 9, se muestran las pruebas de normalidad para el análisis factorial confirmatorio de la escala EVEPEM.

Figura 7. Histograma del AFC y gráfico Q-Q normal del total del cuestionario

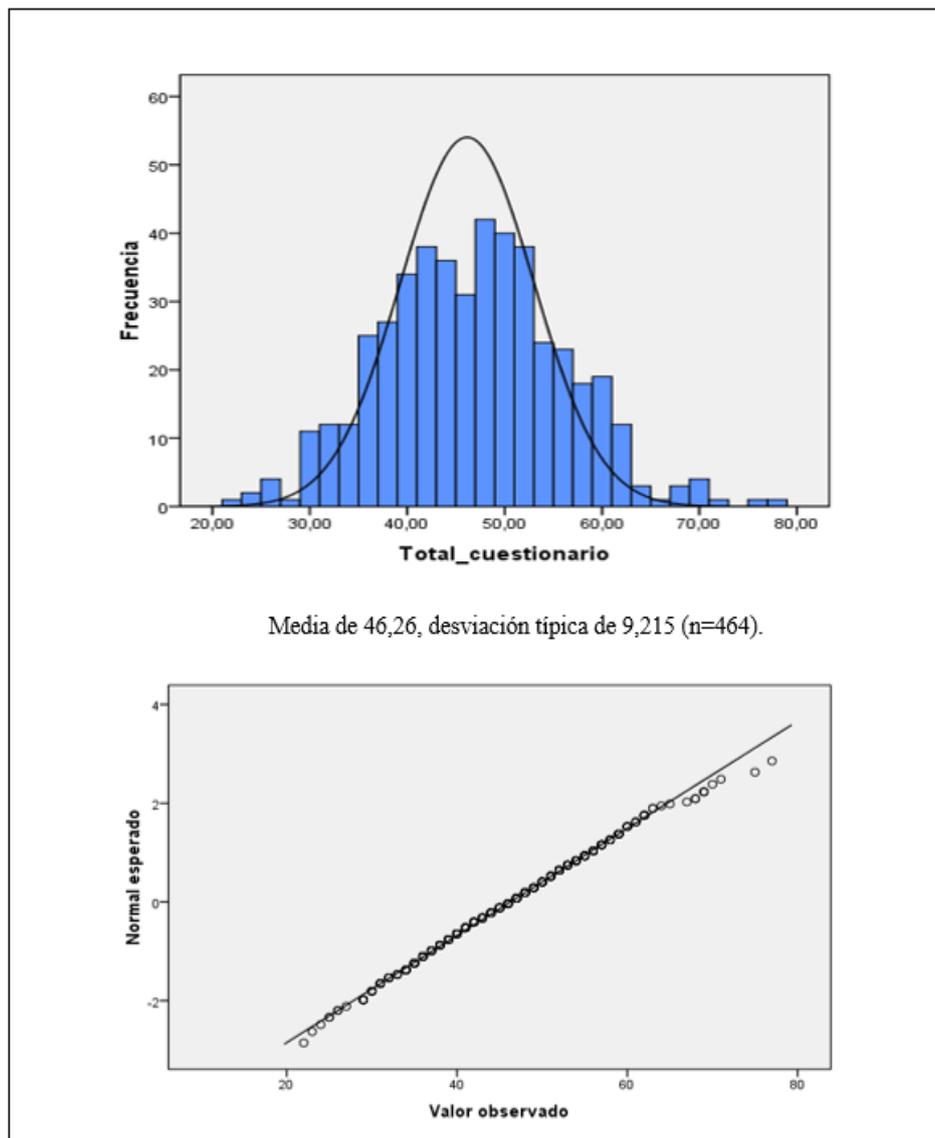


Tabla 9. Pruebas de normalidad.

	Kolmogórov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Total cuestionario	0,04	464	0,08	0,99	464	0,28

Corrección de la significación de Lilliefors

La estructura factorial se analiza mediante el método de mínimos cuadrados. Los resultados muestran que todos los ítems presentaron cargas factoriales superiores a 0,3, a excepción del ítem 1 y el 5. Del mismo modo, todos los ítems resultan con saturaciones estadísticamente significativas. Los valores se pueden observar en la tabla 10.

Tabla 10. Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos Cuadrados) del Análisis Factorial Confirmatorio (λ_{ij}).

Ítem	Factor 1 VIOLENCIA Y PELIGROSIDAD	Factor 2 INCAPACIDAD	Factor 3 IRRESPONSABILIDAD e INCOMPETENCIA
1			0,156*
2			0,644*
3			0,520*
4		0,419*	
5			0,082*
6	0,439*		
7	0,497*		
8		0,479*	
9	0,511*		
10			0,818*
11	0,465*		
12	0,544*		
13			0,616*
14	0,533*		
15			0,661*
16	0,344*		
17	0,561*		
18		0,528*	
19		0,514*	
20		0,497*	

* $p < 0,05$

Resultados de la adaptación y validación de la Escala CAMI-S

Tal y como se indica en el apartado de análisis de datos, para valorar si la escala CAMI-S (Hogberg et al., 2008) es un instrumento válido y fiable para la evaluación del estigma en la población española, y de esta forma, proceder a su uso para el análisis de la validez concurrente de la escala EVEPEM, se realiza una traducción y adaptación al castellano de la versión original de la escala en inglés, así como los análisis psicométricos de fiabilidad y validez. A nivel de fiabilidad, se obtiene un alfa de Cronbach de 0,790 para la escala global. Tras comprobar la adecuación de los datos mediante la prueba de Káiser-Meyer-Olkin [$KMO = 0,9$] y el test de esfericidad de Bartlett [$p < 0,01$], se realiza un análisis factorial exploratorio, aplicando el método de análisis de componentes principales con posterior rotación ortogonal varimax. A partir del examen visual del gráfico de sedimentación, se fuerza el análisis a tres factores, que, en su conjunto explican el 47,2% de la varianza total. Todos los ítems presentan cargas factoriales superiores a 0,40. El Factor 1, etiquetado como *integración y contacto*, explica el 31,93% de la varianza y tiene las mayores cargas factoriales en los ítems 15, 16, 18, 17, 19, 8, 2, 12 y 7. El Factor 2, que explica el 8,09% de la varianza, se etiqueta como *distancia social*, y presenta las mayores cargas en los ítems 3, 4, 5, 6, 1, 13 y 14. El Factor 3, que explica el 6,99% de la varianza se etiqueta como *peligrosidad y evitación* y tiene las mayores cargas en los ítems 10, 9, 11 y 20.

El análisis factorial exploratorio pone en evidencia una estructura factorial coherente y significativa, formada por tres factores, al igual que el instrumento original, con una distribución de cargas de los ítems entre los respectivos factores, con grandes similitudes y con algunas pequeñas diferencias con respecto a la obtenida en la validación de la versión original inglesa de la CAMI. Debido a estas diferencias observadas entre ambas soluciones factoriales, se decide modificar las denominaciones de los tres Factores de la forma española de la escala, y se etiquetan como *integración y contacto*, *distancia social* y *peligrosidad y evitación*. La tabla 11 contiene la estructura factorial rotada trifactorial, con las cargas superiores a 0,40.

Tabla 11. Estructura factorial rotada (varimax) de la Escala CAMI-S

	Componente		
	1	2	3
CAMI 15	0,709		
CAMI 16	0,651		
CAMI 8	0,642		
CAMI 17	0,628		
CAMI 19	0,604		
CAMI 8	0,492		
CAMI 2	0,440		
CAMI 12	0,425		
CAMI 7	0,412		
CAMI 3		0,731	
CAMI 4		0,688	0,409
CAMI 5		0,610	
CAMI 6		0,608	
CAMI 1		0,570	
CAMI 14		0,564	
CAMI 13		-0,449	
CAMI 10			0,762
CAMI 9			-0,746
CAMI 11			0,741
CAMI 20			0,629

CAMI-S: Escala Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire.

La tabla 12 muestra la explicación de los factores, sus cargas factoriales en los ítems y la repartición de los valores de la varianza.

Tabla 12. Varianza de los factores y cargas factoriales en los ítems de la escala CAMI-S.

Factor		Varianza	Cargas factoriales en ítems
Factor 1	Integración y contacto	31,93%	15, 16, 18, 17, 19, 8, 2,12 y 7.
Factor 2	Distancia social	8,09%	3, 4, 5, 6, 1, 13 y 14.
Factor 3	Peligrosidad y evitación	6,99%	10 ,9 ,11 y 20.

CAMI-S: Escala Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire.

Como conclusión de los resultados obtenidos en relación a las propiedades psicométricas analizadas, concuerdan, básicamente, con los obtenidos por los autores de la versión original y, por tanto, apoyan la consideración de la escala CAMI como un instrumento válido y fiable para la evaluación del estigma en la población española, que puede utilizarse en estudios acerca de las reacciones de la comunidad a los servicios que atienden las necesidades de las personas con un trastorno mental (Anexo.12). Los resultados de este estudio se han publicado en (Sastre et al., 2018).

Resultados de la validez convergente de la escala EVEPEM

Tal y como se indica en el apartado de análisis de datos, para el análisis de la validez convergente se calcula el coeficiente de correlación de Pearson entre la Escala EVEPEM y la forma española de la Escala Community Attitudes towards Mental Illness questionnairiE (CAMI-S), versión español (Sastre et al; 2018) (Anexo. 12). Previamente, se calcula la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad. Se aplica para contrastar la hipótesis nula y confirmar que la distribución es normal (tabla.13).

Tabla 13. Pruebas de normalidad para la validez criterio.

		EVEPEM	CAMI-S
Parámetros normales	Media	45,96	78,51
	Desviación típica	9,322	8,137
	Absoluta	0,064	0,080
Diferencias más extremas	Positiva	0,064	0,043
	Negativa	-0,038	-0,080
Z Kolmogorov-Smirnov		1,060	1,308

EVEPEM: Escala para la evaluación del estigma de la enfermedad mental en enfermería.,
CAMI-S: Escala Community Attitudes towards Mental Illness questionnairiE.

Se observa que la escala EVEPEM global correlaciona de forma negativa y significativa ($r = -0,602$; $p < 0,01$), con la escala global CAMI-S versión española (Sastre et al., 2018). La tabla 14 muestra las correlaciones globales por valores totales y por factores entre la Escala EVEPEM y la escala CAMI-S. Las correlaciones obtenidas son coherentes con los planteamientos iniciales e indican que existe una relación entre el estigma de la salud mental de los profesionales de Enfermería hacia el trastorno mental y las actitudes estigmatizadoras hacia la comunidad (CAMI-S).

Tabla 14. Valores de correlación entre la Escala EVEPEM y la Escala CAMI-S

Factor 3	-0,53**	0,766**	0,490**	0,398**
Factor 2	-0,40**	0,723**	0,475**	
Factor 1	-0,53**	0,842**		
EVEPEM 20	-0,602**			
CAMI-20				
	CAMI-20	EVEPEM 20	Factor 1	Factor 2

EVEPEM: Escala para valorar el estigma de la Enfermedad mental en Enfermería.,

CAMI-S: Escala Community Attitudes towards Mental Illness questionnairiE.

** $p < 0,01$

Resultados de los niveles de Estigma global según la escala EVEPEM

Las puntuaciones globales de la escala EVEPEM se analizan en las muestras de estudiantes de enfermería de la EUI Gimbernat, EUI Sant Joan de Deu, Universidad de Alicante y en la muestra de profesionales de Enfermería.

La variable estigma puede obtenerse por puntuación directa o bien categorizada en tres niveles. La puntuación total de la EVEPEM corresponde a la suma de todas las puntuaciones de los ítems, de manera los valores resultantes son de 20 a 100 puntos, siendo el valor más alto equivalente a más estigma y el valor más bajo indicativo de menos estigma.

Los resultados se muestran en la tabla 15, destacando que:

En la muestra de **estudiantes de Enfermería EUI Gimbernat** la puntuación media global es de 45,96 (DE 9,32) y la mediana de 46, siendo la puntuación mínima de 23 y la máxima de 73.

En la muestra de **estudiantes de Enfermería EUI Sant Joan de Deu** la puntuación media global es de 48,07 (DE 9,96) y la mediana de 48,5, siendo la puntuación mínima de 23 y la máxima de 94.

En la muestra de **estudiantes de Enfermería de la Universidad de Alicante** la puntuación media global es de 43,64 (DE 8,25) y la mediana de 44, siendo la puntuación mínima de 22 y la máxima de 70.

En la muestra de **Profesionales de Enfermería Hospital San Rafael** la puntuación media total es de 44,91 (DE 10,61) y la mediana de 46, siendo la puntuación mínima de 22 y la máxima de 69.

Tabla 15. Resultados globales y por factores de los niveles de estigma EVEPEM.

	ESTUDIANTES ENFERMERIA			PROFESIONALES ENFERMERÍA	
	GIMBERNAT (n=273)	SANT JOAN DE DEU (n=283)	ALICANTE (n=181)	TOTAL (n=737)	(n=100)
Media (DE)					
EVEPEM 20	45,96 (9,32)	48,07 (9,96)	43,64 (8,25)	44,43 (9,55)	44,91 (10,61)
FACTOR 1	17,47 (4,70)	15,84 (4,88)	15,09 (3,94)	14,03 (4,00)	17,13 (5,64)
FACTOR 2	12,82 (3,29)	11,20 (3,03)	10,95 (2,78)	11,55 (3,07)	11,57 (3,16)
FACTOR 3	15,74 (3,58)	18,05 (5,88)	16,77 (3,41)	17,86 (5,07)	16,19 (4,16)

EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

Se observa que el *Factor F2 Incapacidad* es el factor con valores más bajos en todas las muestras, mientras que el *Factor F1 Violencia* y el *Factor F3 Irresponsabilidad-Incompetencia* son factores con valores más elevados y más similares entre todas las muestras analizadas. En la muestra de estudiantes los valores más elevados se observan en el *Factor F3 Irresponsabilidad e incompetencia*, mientras que en la muestra de profesionales el valor más elevado lo obtiene el *Factor F1 Violencia*. Se observa que los profesionales de Enfermería muestran valores más elevados de estigma en conceptos referentes con la violencia y peligrosidad, mientras que otorgan valores más bajos hacia las dimensiones de incapacidad de las personas que padecen un trastorno mental.

Resultados de las características sociodemográficas, académicas y laborales.

A continuación, se presentan los resultados referidos a las características sociodemográficas, académicas y laborales de la muestra.

En el estudio se incluye una muestra de 737 estudiantes de Enfermería y 100 profesionales de Enfermería del Hospital San Rafael (Barcelona). La muestra total ha sido de 837 sujetos. La tabla 16 muestra los resultados de las características sociodemográficas de las muestras de estudiantes.

Muestra de estudiantes de Enfermería

EUI Gimbernat (n=273): Se obtiene una tasa de respuesta del 98,5% de todos los cuestionarios administrados (n=269), de los cuales 220 han sido contestados por mujeres y 49 por hombres, con una edad media de 22,49 (DE=4,77) años y un rango de 18 a 55 años. Referente a la variable de contacto previo con la salud mental, el 67,8% (n=185) expresa haberlo tenido. En relación con el contacto previo laboral con la salud mental, muestra que el 56% (n=153) nunca lo había tenido. En referencia a la media de experiencia laboral en sanidad en otras categorías profesionales, se obtiene una media de 1,7 años (DE=2,96).

EUE Alicante (n=181): Se obtiene una tasa de respuesta del 96,7% de todos los cuestionarios administrados (n=175). La media de edad ha sido de 22,76 (DE=4,704), siendo el 16,57% hombres (n=29). Referente a la variable de contacto personal previo con la salud mental, el 57,45% (n=104) expresa haberlo tenido. Con relación al contacto previo laboral con la salud mental, muestra que el 33,7 % (n=61) nunca lo había tenido. En referencia a la media de experiencia laboral en sanidad en otras categorías profesionales, se obtiene una media de 1,8 años (DE=1,04).

EUI Sant Joan de Deu (n=283): Se obtiene una tasa de respuesta del 99,6% de todos los cuestionarios administrados (n=282). La media de edad ha sido de 22,2 (DE=4,821), siendo el 16,3% hombres (n=46). Referente a la variable de contacto personal previo con la salud mental, el 60,77% (n=172) expresa haberlo tenido. En relación al contacto previo laboral con la salud mental, los resultados muestran que el 43,82 % (n=124) nunca lo ha tenido. En referencia a la media de experiencia laboral en sanidad en otras categorías profesionales, se obtiene una media de 11,17 años (DE=2,74).

Tabla 16. Características sociodemográficas y laborales de las muestras de estudiantes de Enfermería.

		EUI Gimbernat (n=273)	EUE Alicante (n=181)	EUI Sant Joan de Deu. (n=283).	Muestra Estudiantes (TOTAL n=737)
Edad	Media (DE)	22,49 (4,77)	22,76 (4,70)	22,20 (4,81)	22,89 (7,41)
Sexo	Hombre	49 (18,21%)	29 (16,57%)	46 (16,3%)	124 (17,08%)
	Mujer	220 (81,79%)	146 (83,42%)	236 (83,7%)	602 (82,92%)
Contacto personal previo	Si	185 (67,8%)	104 (57,45%)	172 (60,77%)	461 (62,55%)
	No	79 (28,9%)	68 (37,56%)	108 (38,16%)	255 (34,59%)
	Perdidos	9 (3,3%)	9 (4,97%)	3 (1,06%)	21 (2,84%)
Contacto laboral previo	Si	153 (56,04%)	111 (62,32%)	47 (16,6%)	311 (42,19%)
	No	113 (41,4%)	61 (33,7%)	124 (43,8%)	298 (40,43%)
	Perdidos	7 (2,6%)	9 (3,98%)	112 (39,6%)	128 (17,41%)
Años de experiencia laboral		1,7 (2,96)	1,8 (1,04)	1,17 (2,74)	1,27 (3,14)

Muestra de Profesionales de Enfermería

Se obtiene una tasa de respuesta del 100%. La media de edad ha sido de 39,96 (DE=9,436) siendo el 22% hombres (n=22). La media de la variable referida a los años de experiencia en sanidad es de 16,35 (DE=9,362). Por otro lado, la media de la variable de años de experiencia en salud mental es de 2,43 (DE=4,368). De la muestra de profesionales de Enfermería, el 26% (n=26) trabaja en unidades de salud mental, un 53% (n=53) en servicios de hospitalización, un 12% (n=12) en consultas de atención no especializada en salud mental y un 9% (n=9) en el servicio de quirófano. Los datos se muestran detallados en la tabla 17.

Tabla 17. Características sociodemográficas y laborales de la muestra de profesionales de Enfermería (n=100).

Edad	Media (DE)	39,96 (9,43)
Sexo	Hombre	22 (22%)
	Mujer	78 (78%)
Años de experiencia		16,35 (9,36)
Años de experiencia en SM		2,43 (4,36)
Servicio	Salud mental	26 (26%)
	Hospitalización	53 (53%)
	Consultas	12 (12%)
	Quirófano	9 (9%)

Resultados de la relación entre los niveles de estigma global según EVEPEM y las variables sociodemográficas y académicas.

Relación entre niveles de estigma global (EVEPEM) y el género

Se establecen las relaciones entre el género y las puntuaciones EVEPEM global y por factores, en la muestra de **estudiantes de Enfermería** (n=737), siendo los casos válidos totales de n=726 (98,5%). Las puntuaciones medias de los niveles de estigma EVEPEM de hombres y mujeres se comparan mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes.

En la tabla 18 se muestran las puntuaciones EVEPEM, con valores *t* y significación estadística (*p*) para hombres y mujeres, y referidas a cada uno de los factores. Se observa que las puntuaciones EVEPEM son superiores en los hombres, aunque las diferencias no alcanzaron significación estadística. En los resultados por factores, se observa que en todos ellos los hombres puntuaron de nuevo por encima de las mujeres, aunque las diferencias no fueron significativas ($p < 0,05$) en ninguno de los casos.

Tabla 18. Puntuaciones EVEPEM, valores *t* y significaciones estadística (valores *p*) global y por factores, según el género en la muestra de estudiantes de Enfermería.

Factor	Mujeres (n=602) Media (DE)	Hombres (n=124) Media (DE)	<i>t</i>	<i>p</i>
1: Violencia y Peligrosidad	14,26 (3,95)	14,62 (4,15)	-0,913	0,720
2: Incapacidad	11,48 (3,08)	11,80 (3,02)	-1,040	0,723
3: Irresponsabilidad e Incompetencia	17,77 (5,16)	18,26 (4,53)	-0,965	0,720
EVEPEM global	45,96 (9,49)	47,03 (9,08)	-1,140	0,255

EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

La tabla 19 contiene las puntuaciones medias de hombres y mujeres, desviaciones típicas, valores *t* y valores de significación con valor *p* de cada uno de los ítems de la EVEPEM

Tabla 19. Puntuaciones medias, significación y tamaño del efecto de hombres y mujeres en los ítems de la EVEPEM en la muestra de estudiantes de Enfermería.

Nº ítem	Media (DE) mujeres	Media (DE) hombres	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
1	2,78 (1,08)	2,88 (1,06)	-0,940	0,347	
2	2,55 (1,78)	2,72 (1,16)	-1,629	0,104	
3	2,79 (1,01)	2,96 (0,97)	-1,652	0,099	
4	2,60 (1,02)	2,67 (1,00)	-0,743	0,094	
5	3,08 (1,25)	2,87 (1,21)	1,678	0,024*	0,170
6	2,91 (1,07)	2,67 (1,06)	2,255	0,024*	0,225
7	1,29 (0,66)	1,44 (0,74)	-2,047	0,042*	-0,213
8	2,58 (1,00)	2,66 (0,89)	-0,882	0,379	
9	2,46 (1,01)	2,37 (0,92)	0,882	0,326	
10	2,25 (1,19)	2,29 (1,10)	-0,348	0,720	
11	2,13 (1,01)	2,43 (1,11)	-2,785	0,006**	-0,282
12	1,92 (0,98)	2,00 (1,02)	-0,831	0,406	
13	2,61 (2,19)	2,55 (0,96)	0,285	0,776	
14	1,80 (0,90)	1,89 (0,85)	-0,107	0,284	
15	1,75 (1,34)	2,00 (1,54)	-1,680	0,095	
16	2,19 (1,15)	2,15 (1,16)	0,373	0,709	
17	2,04 (1,02)	2,04 (1,08)	-0,041	0,968	
18	2,46 (0,99)	2,54 (0,93)	-0,914	0,361	
19	2,36 (0,97)	2,39 (0,92)	-1,040	0,299	
20	1,50 (0,79)	1,54 (0,84)	-0,965	0,335	

* $p < 0,05$., ** $p < 0,01$;

EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

Únicamente en 5 ítems (5,6,9,13,16) las mujeres puntúan por encima de los hombres, mientras que en los quince ítems restantes fueron los hombres los que puntúan más alto, alcanzando la diferencia por género con significación estadística en el ítem 5 ($p < 0,05$), en el ítem 6 ($p < 0,05$), en el ítem 7 ($p < 0,05$), y en el ítem 11 ($p < 0,01$). Se procede a calcular tamaño del efecto a través de la *d* de Cohen en los ítems mencionados, obteniendo resultados pequeños en todos ellos, según la definición operacional sugerida por Cohen (1988).

Por otra parte, se estudian las relaciones entre el género y las puntuaciones EVEPEM en la **muestra de profesionales de Enfermería**. El porcentaje de casos válidos es del 100% ($n=100$). En todos los casos, las puntuaciones medias de los niveles de estigma EVEPEM de hombres y mujeres se comparan mediante la prueba “*t*” de Student para muestras independientes.

En la tabla 20 se muestran las puntuaciones obtenidas en la escala EVEPEM, valores *t* y significación estadística (*p*) a las diferencias para el total de la muestra y para hombres y mujeres, y referidas a cada uno de los factores. Se observa que las puntuaciones EVEPEM son significativamente superiores en las mujeres ($p < 0,01$).

En los resultados por factores, se observan valores más elevados en las mujeres en todos ellos, siendo las diferencias significativas en los factores de violencia y peligrosidad ($p < 0,05$), y en el factor de incapacidad ($p < 0,05$). Se procede a calcular tamaño del efecto considerándose un tamaño del efecto medio en el valor total EVEPEM ($d=0,621$), Factor 1 ($d=0,576$) y Factor 2 ($d=0,514$), y valor pequeño en el Factor 3 ($d=0,453$), según la definición operacional sugerida por Cohen (1988).

Tabla 20. Puntuaciones EVEPEM, valores t y significaciones estadística (valores p) global y por factores y tamaño del efecto según género en la muestra de profesionales de Enfermería.

Factor	Mujeres (n=80) Media (DE)	Hombres (n=20) Media (DE)	t	p	d
1: Violencia y Peligrosidad	17,73 (5,63)	14,70 (4,86)	2,195	0,030*	0,576
2: Incapacidad	11,87 (3,15)	10,30 (2,95)	2,039	0,044*	0,514
3: Irresponsabilidad e Incompetencia	16,55 (4,21)	14,75 (3,72)	1,744	0,084	0,453
EVEPEM total	46,20 (10,32)	39,75 (10,44)	2,494	0,01**	0,621

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

La tabla 21 contiene las puntuaciones medias de hombres y mujeres, desviaciones típicas, valores t y valores de significación con valor p de cada uno de los ítems de la EVEPEM en la muestra de profesionales de Enfermería.

Tabla 21. Puntuaciones medias, significación y efecto del tamaño de hombres y mujeres en los ítems de la EVEPEM en la muestra de profesionales de Enfermería.

Nº ítem	Media (DE) mujeres	Media (DE) hombres	t	p	d
1	2,75 (1,29)	2,40 (0,95)	1,125	0,263	
2	2,45 (1,06)	2,30 (1,08)	0,561	0,576	
3	2,56 (0,93)	2,45 (0,68)	0,502	0,617	
4	2,58 (0,96)	2,15 (0,93)	1,773	0,079	
5	2,96 (1,37)	2,40 (1,51)	1,671	0,098	
6	2,69 (1,38)	2,55 (1,14)	0,430	0,668	
7	1,34 (0,59)	1,40 (0,81)	-0,388	0,699	
8	2,74 (0,95)	2,65 (0,87)	0,374	0,710	
9	2,44 (1,04)	2,30 (1,12)	0,515	0,608	
10	1,76 (0,75)	1,75 (0,76)	0,067	0,947	
11	2,23 (1,17)	1,65 (0,67)	2,147	0,034*	0,608
12	2,06 (1,18)	1,55 (0,88)	1,811	0,073	
13	2,60 (1,01)	2,15 (0,98)	1,802	0,075	
14	1,99 (1,07)	1,40 (0,53)	2,377	0,019*	0,698
15	1,46 (0,84)	1,30 (0,81)	0,780	0,437	
16	2,45 (1,23)	1,75 (1,11)	2,313	0,023*	0,597
17	2,55 (1,35)	2,10 (1,25)	1,315	0,192	
18	2,81 (1,05)	2,30 (1,28)	1,897	0,061	
19	2,36 (1,04)	2,10 (0,85)	1,048	0,297	
20	1,40 (0,74)	1,10 (0,30)	2,868	0,005**	0,531

* $p < 0,05$., ** $p < 0,01$; EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

Únicamente en el ítem 7 los hombres puntúan por encima de las mujeres, mientras que en los ítems restantes son las mujeres las que obtienen valores de estigma más alto, alcanzando las diferencias significativas en los ítems 11 ($p < 0,05$), 14 ($p < 0,05$), 16 ($p < 0,05$) y 20 ($p < 0,01$). Se procede a calcular tamaño del efecto a través de la d de Cohen en los ítems mencionados, obteniendo resultados medianos en todos ellos, según la definición operacional sugerida por Cohen (1988).

De igual manera, se analizan las relaciones entre el género y las puntuaciones EVEPEM en la **muestra total** de la investigación. En este caso, el porcentaje de casos válidos es del 98,2 % ($n=822$). Las puntuaciones medias de los niveles de estigma EVEPEM de hombres y mujeres se comparan mediante la prueba “ t ” de Student para muestras independientes.

En la tabla 22 se muestran las puntuaciones EVEPEM, con valores t y significación estadística (p) para hombres y mujeres, y referidas a cada uno de los factores. Se observa que las puntuaciones EVEPEM son ligeramente superiores en las mujeres, aunque las diferencias no alcanzan significación estadística. En los resultados por factores, se observa que los hombres solo puntúan por encima de las mujeres en el Factor 1, pero con resultados muy similares y de nuevo sin diferencias significativas ($p < 0,05$) en ninguno de los casos.

Tabla 22. Puntuaciones EVEPEM, valores t y significación estadística (valores p) global y por factores según género en la muestra total.

Factor	Mujeres (n=680) Media (DE)	Hombres (n=142) Media (DE)	t	p
1: Violencia y Peligrosidad	16,85 (4,66)	16,67 (4,79)	0,432	0,79
2: Incapacidad	11,53 (3,09)	11,59 (3,05)	-0,206	0,83
3: Irresponsabilidad e Incompetencia	17,64 (5,08)	17,76 (4,58)	-0,263	0,66
EVEPEM global	46,03 (9,57)	46,01 (9,59)	0,025	0,98

EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

La tabla 23 contiene las puntuaciones medias de hombres y mujeres, desviaciones típicas, valores t y valores de significación con valor p de cada uno de los ítems de la EVEPEM.

Tabla 23. Puntuaciones medias, significación y efecto del tamaño de hombres y mujeres en los ítems de la EVEPEM en la muestra total.

Nº ítem	Media (DE) mujeres	Media (DE) hombres	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
1	2,77 (1,10)	2,81 (1,06)	-0,362	0,717	
2	2,54 (1,07)	2,66 (1,16)	-1,280	0,201	
3	2,77 (1,01)	2,89 (0,95)	-1,316	0,189	
4	2,59 (1,01)	2,60 (1,00)	-0,044	0,965	
5	3,06 (1,25)	2,80 (1,26)	2,239	0,025*	0,207
6	2,89 (1,10)	2,66 (1,06)	2,276	0,023*	0,212
7	1,30 (0,65)	1,43 (0,75)	-2,220	0,027*	-0,185
8	2,60 (1,00)	2,66 (0,88)	-0,664	0,507	
9	2,46 (1,01)	2,36 (0,95)	1,117	0,264	
10	2,19 (1,16)	2,22 (1,07)	-0,209	0,834	
11	2,14 (1,03)	2,32 (1,09)	-1,903	0,057	
12	1,94 (1,00)	1,94 (1,01)	-0,017	0,986	
13	2,61 (2,08)	2,50 (0,97)	0,630	0,529	
14	1,82 (0,92)	1,82 (0,83)	-0,045	0,964	
15	1,71 (1,30)	1,90 (1,47)	-1,521	0,129	
16	2,22 (1,16)	2,09 (1,16)	1,201	0,230	
17	2,10 (1,08)	2,05 (1,10)	0,475	0,635	
18	2,50 (1,00)	2,51 (0,97)	-0,138	0,890	
19	2,36 (0,98)	2,35 (0,91)	1,101	0,919	
20	1,48 (0,78)	1,49 (0,80)	-0,029	0,977	

* $p < 0,05$

EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

En 7 ítems (5,6,9,13,16,17,19) las mujeres puntúan por encima de los hombres, mientras que en los ítems restantes fueron los hombres los que obtienen valores de estigma más alto, alcanzando las diferencias significativas en los ítems 5, 6 y 7 ($p < 0,05$). Se procede a calcular tamaño del efecto a través de la *d* de Cohen en los ítems mencionados, obteniendo resultados pequeños en todos ellos, según la definición operacional sugerida por Cohen (1988).

Relación entre niveles de estigma global (EVEPEM) y la edad.

Para establecer las diferencias según la variable edad en las puntuaciones de la EVEPEM, se estudia la relación entre la variable edad y las puntuaciones EVEPEM en la **muestra de profesionales de Enfermería**, siendo el porcentaje de casos válidos del 100% (n=100) de la muestra total. La variable edad es recogida en número de años, siendo una variable cuantitativa continua. El valor mínimo del nivel global de estigma es de 22 y el máximo de 69. La edad mínima es de 23 años y la máxima de 60 años. Para analizar la relación entre el nivel global de Estigma EVEPEM y variable edad, se procede a mostrar los estadísticos descriptivos y calcular las correlaciones entre las variables. Los resultados se muestran en la tabla 24.

Tabla 24. Estadísticos descriptivos y correlaciones variable edad y EVEPEM en profesionales de Enfermería.

	Media (DE)	N	Correlación de Pearson	Sig (bilateral)
EVEPEM	44,91 (10,61)	100	0,092	0,360
Edad	22,49 (9,44)	100		

EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

Se observa que no hay evidencias de relación entre la variable edad y el nivel global EVEPEM en la muestra de profesionales de enfermería.

Relación entre niveles de estigma global (EVEPEM) y la experiencia.

Para establecer las diferencias por la variable experiencia en las puntuaciones de la EVEPEM, se estudia la relación entre la variable experiencia y las puntuaciones EVEPEM en la muestra de **profesionales de Enfermería**, siendo el porcentaje de casos válidos del 100% (n=100) de la muestra total. El valor mínimo de la variable experiencia es de 1 año y el máximo de 40 años. La variable experiencia es recogida en número de años, siendo una variable cuantitativa continua. Para analizar la relación entre el nivel global de Estigma EVEPEM y variable experiencia, se procede a mostrar los estadísticos descriptivos y calcular las correlaciones entre las variables. Los resultados se muestran en la tabla 25.

Tabla 25. Estadísticos descriptivos y correlaciones variable experiencia y EVEPEM en profesionales de Enfermería.

	Media (DE)	N	Correlación de Pearson	Sig (bilateral)
EVEPEM	44,91 (10,61)	100	0,132	0,190
Experiencia	16,35 (9,44)	100		

EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

Se observa que la correlación fue baja, positiva y no significativa ($p < 0,05$) entre las variables estudiadas en la muestra de profesionales de enfermería.

Relación entre niveles de estigma global (EVEPEM) y el contacto personal.

Para establecer las diferencias por la variable contacto personal en las puntuaciones de la EVEPEM, se estudia la relación entre el contacto personal y las puntuaciones en la muestra de **estudiantes de Enfermería**, siendo el porcentaje de casos válidos del 97,16% (n=716) de la muestra total.

Las puntuaciones medias de los niveles de estigma EVEPEM y la variable contacto laboral se comparan mediante la prueba “*t*” de Student para muestras independientes.

En la tabla 26 aparecen las puntuaciones EVEPEM, con valores *t* y significación estadística (*p*) a las diferencias para el total de la muestra y para cada uno de los grupos y por factores. Se observa que las puntuaciones EVEPEM son superiores en los estudiantes que no habían tenido contacto personal con la enfermedad mental, aunque las diferencias no alcanzan significación estadística. En relación a los resultados obtenidos en cada uno de los factores, se observan valores más altos de estigma en la variable no contacto personal en los tres factores, aunque las diferencias no son significativas ($p < 0,05$) en ninguno de los casos.

Tabla 26. Puntuaciones medias y significación de la variable contacto personal en los factores de la escala EVEPEM en la muestra de estudiantes.

Factor	Contacto personal	Contacto personal	<i>t</i>	<i>p</i>
	SI (n=461) Media (DE)	NO (n=255) Media (DE)		
1: Violencia y Peligrosidad	16,66 (4,54)	16,90 (4,56)	-0,683	0,494
2: Incapacidad	11,44 (3,13)	11,75 (2,95)	-1,290	0,196
3: Irresponsabilidad e Incompetencia	17,79 (5,33)	17,99 (4,57)	-0,507	0,612
EVEPEM global	45,89 (9,60)	46,66 (8,95)	-1,059	0,290

EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

La tabla 27 contiene las puntuaciones medias de las variables de contacto personal, desviaciones típicas, valores *t* y valores de significación del contacto laboral en cada uno de los ítems de la EVEPEM.

Tabla 27. Puntuaciones medias, significación y efecto del tamaño de la variable contacto personal en los ítems de la EVEPEM en los estudiantes de Enfermería.

Nº ítem	Media (DE) Si Contacto personal	Media (DE) No contacto personal	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
1	2,78 (1,11)	2,78 (1,01)	-0,048	0,961	
2	2,59 (1,10)	2,57 (1,09)	0,323	0,747	
3	2,76 (0,98)	2,96 (1,05)	-2,518	0,012*	-0,196
4	2,57 (1,06)	2,68 (0,93)	-1,394	0,164	
5	2,99 (1,22)	3,11 (1,29)	-1,265	0,206	
6	2,85 (1,06)	2,92 (1,08)	-0,870	0,385	
7	1,30 (0,66)	1,33 (0,69)	-0,735	0,463	
8	2,56 (0,99)	2,64 (0,97)	-1,111	0,267	
9	2,43 (1,00)	2,45 (0,98)	-0,258	0,637	
10	2,28 (1,22)	2,24 (1,09)	-0,260	0,445	
11	2,20 (1,07)	2,13 (0,96)	0,762	0,44	
12	1,91 (0,96)	1,99 (1,04)	-1,047	0,295	
13	2,60 (2,44)	2,61 (0,87)	-0,610	0,951	
14	1,82 (0,93)	1,80 (0,81)	0,202	0,840	
15	1,81 (1,38)	1,74 (1,36)	0,619	0,536	
16	2,11 (1,13)	2,28 (1,18)	-1,831	0,067	
17	2,05 (1,06)	2,00 (0,98)	0,678	0,498	
18	2,49 (0,99)	2,46 (0,94)	0,327	0,744	
19	2,33 (0,97)	2,44 (0,94)	-1,399	0,162	
20	1,50 (0,82)	1,53 (0,77)	-0,502	0,616	

* $p < 0,05$;

EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

Únicamente en 7 ítems (2,10,11,14,15,17 y 18) la variable contacto personal puntúa con niveles superiores, mientras que en los trece ítems restantes es la variable no contacto personal la que presenta valores más altos, siendo en todos ellos una relación no significativa. En los ítems donde la variable no contacto personal presenta valores más altos, se observa que los valores del ítem 3 ($p < 0,05$) presenta diferencias significativas. Se procede a calcular tamaño del efecto a través de la *d* de Cohen en el ítem mencionado, obteniendo un resultado pequeño, según la definición operacional sugerida por Cohen (1988).

Relación entre niveles de estigma global (EVEPEM) y el contacto laboral.

Para establecer las diferencias por la variable contacto laboral en las puntuaciones de la EVEPEM, se estudia la relación entre el contacto laboral y las puntuaciones en la muestra de **estudiantes de Enfermería** siendo el porcentaje de casos válidos del 82,59% (n=609) de la muestra total.

Las puntuaciones medias de los niveles de estigma EVEPEM y la variable contacto laboral se comparan mediante la prueba “*t*” de Student para muestras independientes.

En la tabla 28 se muestran las puntuaciones EVEPEM, con valores *t* y significación estadística (*p*) a las diferencias para el total de la muestra, para cada uno de los grupos y por factores. Se observa que las puntuaciones EVEPEM son superiores en los estudiantes que no han tenido contacto laboral, aunque las diferencias no alcanzan significación estadística. En los resultados por factores, se observa que los valores más altos de estigma aparecen en la variable no contacto laboral en los tres factores, aunque las diferencias tampoco son significativas ($p < 0,05$) en ninguno de los casos.

Tabla 28. Puntuaciones medias y significación de la variable contacto laboral en los factores de la escala EVEPEM en la muestra de estudiantes de Enfermería.

Factor	Contacto laboral	Contacto laboral	<i>t</i>	<i>p</i>
	SI (n=311) Media (DE)	NO (n=298) Media (DE)		
1: Violencia y Peligrosidad	14,17 (4,02)	15,42 (3,94)	-0,78	0,43
2: Incapacidad	11,45 (3,05)	11,67 (3,09)	-1,02	0,30
3: Irresponsabilidad e Incompetencia	16,92 (5,52)	17,77 (4,54)	-1,55	0,12
EVEPEM global	46,00 (9,66)	46,34 (9,11)	-0,41	0,679

EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

La tabla 29 contiene las puntuaciones medias de las variables de contacto laboral, desviaciones típicas, valores *t* y valores de significación del contacto laboral en cada uno de los ítems de la EVEPEM.

Tabla 29. Puntuaciones medias y significación de la variable contacto laboral en los ítems de la EVEPEM en estudiantes de Enfermería.

Nº ítem	Media (DE)		<i>t</i>	<i>p</i>
	Si Contacto laboral	No contacto laboral		
1	2,82 (1,04)	2,73 (1,08)	1,126	0,260
2	2,56 (1,09)	2,60 (1,10)	-0,540	0,589
3	2,75 (1,01)	2,91 (1,04)	-2,082	0,038*
4	2,56 (1,00)	2,66 (0,96)	-1,389	0,165
5	3,06 (1,24)	3,02 (1,05)	0,410	0,682
6	2,86 (1,06)	2,89 (1,05)	-0,384	0,701
7	1,30(0,68)	1,32 (0,74)	-0,529	0,597
8	2,56 (0,97)	2,62 (0,97)	-0,874	0,382
9	2,45 (0,93)	2,43 (1,01)	0,347	0,729
10	2,27 (1,22)	2,28 (1,13)	-0,213	0,831
11	2,20 (1,09)	2,14 (0,98)	0,845	0,398
12	1,90 (1,07)	1,98 (1,08)	-1,048	0,295
13	2,61 (2,68)	2,59 (0,91)	0,176	0,860
14	1,82 (0,83)	1,83 (0,81)	-0,031	0,976
15	1,88 (0,63)	1,68 (0,57)	1,958	0,052
16	2,07 (1,17)	2,26 (1,24)	-2,259	0,024*
17	2,03 (1,10)	2,04 (1,09)	-0,180	0,858
18	2,68 (1,05)	2,62 (0,88)	1,781	0,727
19	2,51 (1,02)	2,39 (0,98)	0,480	0,631
20	1,41 (0,80)	1,62 (1,05)	-3,669	0,000**

* $p < 0,05$., ** $p < 0,01$

EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

Únicamente en 8 ítems (ítem 1, 5, 9, 11, 13, 15, 18 y 19) la variable contacto laboral puntúa con niveles superiores, mientras que en los doce ítems restantes es la variable no contacto laboral la que presenta valores más altos, siendo en todos ellos una relación no significativa. En los ítems donde la variable no contacto laboral presenta valores más altos, se observa que el ítem 3 ($p < 0,05$), el ítem 16 ($p < 0,05$), y el ítem 20 ($p < 0,01$) presentan valores con diferencias significativas.

Resultados de los niveles de estigma global EVEPEM en estudiantes y profesionales de Enfermería.

Para comparar los niveles de estigma total entre estudiantes de Grado y profesionales de Enfermería, se estudian las diferencias entre ambas muestras. El porcentaje de casos válidos es del 100% (n=373) de la muestra total.

La tabla 30 contiene las medias y desviaciones de la puntuación global EVEPEM y de los tres factores en las muestras de estudiantes y profesionales de Enfermería, así como los resultados de la prueba *t* de Student y sus significaciones (*p*). Como puede verse, las diferencias entre las puntuaciones de ambas muestras son muy similares en todos los casos y sin significación estadística.

Tabla 30. Valores estigma global EVEPEM y por factores en muestras estudiantes y profesionales de Enfermería

	Estudiantes Media (DE) (n=273)	Profesionales Media (DE) (n=100)	<i>t</i>	<i>p</i>
Valor estigma global EVEPEM	45,90 (9,28)	45,09 (10,71)	-0,716	0,475
Valor F1 Violencia*	15,72 (4,14)	15,26 (5,12)	-0,842	0,400
Valor F2 Incapacidad*	12,27 (3,30)	11,58 (3,15)	-1,828	0,068
Valor F3 Irresponsabilidad- Incompetencia*	15,71 (3,55)	16,26 (4,22)	1,268	0,205

EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

Resultados de los niveles de estigma global EVEPEM en estudiantes de Enfermería según curso académico.

Para comparar los niveles de estigma global según el curso académico, se comparan las medias en los diferentes cursos. Cabe destacar, que este análisis se lleva a cabo solo con la muestra de estudiantes de la EUI Gimbernat (n=273). Según el Plan de Estudios de esta escuela, la asignatura de Cuidados de Enfermería de salud mental (CISM) se imparte en el primer semestre del 3º curso de Grado. Las prácticas de salud mental se llevan a cabo en el segundo semestre de 3º curso y de forma aleatoria en 4º curso. De esta manera, los estudiantes de 1º y 2º curso no han recibido aún ninguna formación teórica ni práctica de salud mental.

A través del análisis de las medias, se observa que durante la formación y con el paso de los cursos, el nivel global de Estigma hacia la salud mental va disminuyendo (tabla 31), confirmando de esta manera la hipótesis planteada. No obstante, el ANOVA de un factor evidencia que las diferencias no son significativas ($p > 0,05$).

Tabla 31. Resultados valores Estigma global EVEPEM según curso en estudiantes Enfermería EUI Gmbertat.

	1º Curso (n=84)	2º Curso (n=60)	3º Curso (n=58)	4 ºcurso (n=71)	Total	F	p
Media (DE)	47,55 (1,02)	46,83 (1,14)	44,69(1,09)	44,38(10,20)	45,96 (9,32)	1,390	0,066

EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

Resultados de los niveles de estigma global EVEPEM en profesionales de enfermería según servicio.

Con el objetivo de contrastar la hipótesis en la que se afirmaba que los profesionales de Enfermería de salud mental presentan menos tendencia hacia el estigma y prejuicios que los profesionales de Enfermería de otros servicios, se comparan los resultados de resultados de las medias y los valores mínimos y máximos de los valores globales de estigma según los servicios en los que trabajaban en la muestra de profesionales de Enfermería (tabla 32).

Tabla 32. Resultados valores Estigma global EVEPEM según servicios en profesionales de Enfermería.

	Salud Mental (n=25)	Hospitalización (n=54)	Quirófano (n=9)	Consultas (n=12)	Total	F	p
Media (DE)	36,36 (7,88)	47,76 (10,35)	50,89 (5,55)	45,42 (10,16)	44,91 (10,61)	2,324	0,02*

* p <0,05; EVEPEM: Escala de evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería; DE: desviación estándar.

A través del análisis de las medias, se observa que los profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de salud mental presentan menor estigma hacia la enfermedad mental que los profesionales de enfermería que trabajaban en el resto de los servicios (consultas, hospitalización y quirófano), siendo el servicio de quirófano donde Enfermería presenta valores de estigma más elevados. Para comprobar si las diferencias son significativas, se realiza la prueba de ANOVA de un factor, donde se observa que existe una relación significativa de las medias en los diferentes servicios (p <0,05).

Para establecer qué servicios presentan diferencias significativas entre ellos, se realizan comparaciones múltiples *post hoc* (Games-Howell) del procedimiento anterior Anova de un factor, asumiendo según resultados anteriores, que las varianzas no son iguales (Tabla 33).

Tabla 33. Comparaciones múltiples entre servicios (diferencias de las medias) y valor (d) de Cohen

SERVICIO	Consultas	Quirófano	Hospitalización
Salud Mental	-9,057	-14,52 * (d=2,13)	-11,39* (d=1,23)
Hospitalización	-2,34	3,130	
Quirófano	5,472		
Consultas			

* p <0,05

Se observa en la tabla 33, que aparecen diferencias significativas entre los niveles de estigma de los profesionales de enfermería del servicio de salud mental con los profesionales de enfermería de quirófano y hospitalización. El tamaño del efecto entre los grupos de los profesionales en los cuales se observan diferencias significativas es grande con los profesionales de Enfermería del servicio de quirófano ($d=2,13$) y moderado con los profesionales de Enfermería de unidades de hospitalización general ($d=1,23$), según la definición operacional sugerida por Cohen (1988).

5. DISCUSIÓN

En referencia al primer objetivo general de esta investigación, los resultados indican que la escala EVEPEM puede considerarse un instrumento válido y fiable para evaluar el estigma de la enfermedad mental en estudiantes y profesionales de Enfermería. Para la consecución de este objetivo, fue necesario la elaboración del modelo teórico referente al estigma hacia la enfermedad mental en los profesionales de Enfermería para la comprensión del fenómeno. Como es habitual en el desarrollo de instrumentos psicométricos, las mayores dificultades metodológicas surgen a la hora de consensuar los principios teóricos que han de guiar el planteamiento del constructo y la formulación de los ítems, debido a la gran diversidad de modelos y teorías que existen en el ámbito de la salud mental. El modelo de Peplau fue considerado el más adecuado para este trabajo, ya que plantea diversas dimensiones determinantes para la aparición del estigma hacia la enfermedad mental en los profesionales de Enfermería, y desarrolla conceptos de gran relevancia en el estudio del estigma, entre los que destacan la capacidad de recuperación, la responsabilidad y la distancia social (Peplau, 1952). A pesar que el modelo de Peplau ya fue usado en marcos conceptuales para la construcción de instrumentos de medida, como la Escala de evaluación del constructo de empatía ECRS (Monica, 1981), no se han hallado estudios previos para la explicación del fenómeno del estigma de la enfermedad mental en Enfermería. Es sabido la existencia de críticas al modelo de Peplau, como las funciones del rol de sustituta y la no adaptabilidad a contextos donde el paciente no puede comunicarse con la enfermera por su estado evolutivo o de salud, como en estados de sedación o inconsciencia (Pokorny, 2018). Sin embargo, en el contexto de los cuidados de enfermería de salud mental está considerado el modelo más útil y se decidió utilizarlo adaptando su comprensión a la situación actual del sistema de salud y poniendo en valor las cualidades de sencillez del mismo que facilitan su aplicación.

A través de los cuidados dedicados a personas con un trastorno mental, los profesionales de Enfermería desarrollan un vínculo especial en la relación terapéutica, muy diferente al de otros profesionales sanitarios. Esta vinculación se debe principalmente a la práctica de un trato cercano con los pacientes, a la atención continuada y a la visión holística de la persona, característica de los cuidados de Enfermería. Sin embargo, los instrumentos disponibles para la evaluación del estigma social o asociativo no tienen en consideración estas peculiaridades y

características propias del cuidado específico de este colectivo profesional (Brohan et al., 2010; Sastre-Rus et al., 2019).

Tal y como se ha descrito en el marco conceptual, el estigma asociativo es un concepto relativamente nuevo en la literatura (Verhaeghe & Bracke, 2012; Ben-Natan et al., 2015) y por ese motivo, son pocas las escalas diseñadas de forma específica para su evaluación (Yanos et al., 2017; Martin & Giallo, 2016; Jesse, 2016; Charles & Bentley, 2017; Kennedy et al., 2017) ya que, tradicionalmente se han utilizado las escalas diseñadas para la medida del estigma social (Corrigan et al., 2003; Kassam et al., 2010; Morris et al., 2012).

De todas las escalas encontradas en la bibliografía para la medida del estigma asociativo (Sastre-Rus et al., 2019), solo una de ellas fue desarrollada y validada en profesionales de Enfermería (Tei-Tominaga et al., 2014), a pesar de que este instrumento fue creado específicamente para medir el estigma en enfermeras hacia sus propios colegas con trastorno mental (Joyce et al., 2012). En consecuencia, podemos considerar que EVEPEM constituye un instrumento con un diseño exclusivo para la medida del estigma de la enfermedad mental en Enfermería (Sastre-Rus et al., 2019).

La elaboración del modelo teórico se centró en estos aspectos y en las características específicas de la relación terapéutica que aparecen entre la persona con un trastorno mental y el profesional de Enfermería. La organización de los planteamientos del modelo descritos en tres niveles conceptuales, permiten integrar todos los conceptos propios y específicos de la profesión de Enfermería; la Enfermería psicodinámica (Peplau, 1952), los conceptos del paradigma enfermero (persona, entorno, salud y el rol profesional) (Alligood, 2018), y el desarrollo de la disciplina a través de la relación terapéutica (Peplau, 1988). Al mismo tiempo, ha permitido desarrollar de forma novedosa (Brohan et al., 2010; Sastre-Rus et al., 2019), los tres aspectos principales (*Basic Nursing Competences*) de la enfermera que influyen en el desarrollo y las fases de la relación terapéutica enfermera-paciente: el manejo de las emociones o experiencias psicobiológicas, especialmente la ansiedad que la propia relación puede generar en la enfermera, la formación que el profesional posea, y las actitudes y comportamientos que desarrolla frente a la persona afectada de un trastorno mental. El diseño de estas Competencias Enfermeras Básicas (*Basic Nursing Competences*) son las que dan lugar y significado a la formulación de las tres dimensiones de la escala EVEPEM. De este modo, y de acuerdo con los planteamientos de la literatura más actual (Charles & Bentley, 2017; Chiles, Stefanovics &

Rosenheck, 2017; Destrebecq, 2017; Yanos et al., 2017), las tres dimensiones que se propusieron para la configuración del constructo Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería se denominaron Violencia y Peligrosidad (VP), Incapacidad (I) e Irresponsabilidad e Incompetencia (IR-IC).

Tal y como se ha descrito en el marco conceptual de esta investigación, el Factor 1 (Violencia y peligrosidad) incluye los conceptos del estigma de la enfermedad mental como los valores (Johnson, 2013), el miedo (Khalifeh et al., 2015), los prejuicios (Wilson, 2009), el comportamiento (Newman et al., 2015), la violencia (Khalifeh et al., 2015), la ocultación de la enfermedad (Thornicroft et al., 2007) y los estereotipos (Stevenson et al., 2015). Todos ellos hacen referencia a las creencias de la enfermera que en la relación terapéutica pueden manifestarse conductas o situaciones, por parte de la persona afectada de un trastorno mental que, de forma deliberada, aprendida o imitada, provocan o amenazan con hacer daño al profesional (Sartorius, 2010; Miller & Major, 2000). Este factor surge de la explicación del concepto de la ansiedad como una de las más importantes experiencias psicobiológicas durante la relación terapéutica expuesta en el modelo de Peplau (Peplau, 1988). La ansiedad aparece en las enfermeras en el trato con los pacientes con trastorno mental, especialmente en aquellas que tienen poca formación o experiencia en salud mental. Son numerosos los estudios que ponen de manifiesto que la atención de Enfermería de salud mental se centra cada vez más en el compromiso terapéutico significativo, para reducir la ansiedad y mejorar la formación entre enfermeras generalistas (Merritt & Procter, 2010). Estas relaciones interpersonales entendidas como un proceso de compromiso permiten trabajar a través de la disonancia interna que existe entre la ansiedad y la formación de los profesionales. El Factor 2 (Incapacidad) engloba los conceptos del estigma de la enfermedad mental como la incapacidad para la recuperación (Kvaale, Haslam & Gottdiener, 2013), los conocimientos (Sercu et al., 2015), la formación (Roos & Goldner, 2009), la asertividad (Novel, Lluch & Rigol, 1998) y la respuesta a la demanda terapéutica (Clement et al., 2015). Todos ellos, implican la presunción de que la persona afectada por un trastorno mental puede no ser capaz de adaptarse a las condiciones de la vida diaria, no aceptar la ayuda terapéutica y/o precisar de contención mecánica. En otros países europeos con sistemas sanitarios parecidos al español, la literatura apoya también la relación entre la formación de los profesionales, el uso de contención mecánica y otros elementos expuestos de este factor (Back et al., 2015). Por último, el Factor 3 (Irresponsabilidad e Incompetencia) hace referencia a conceptos como la distancia social, (Link

et al., 1990), las habilidades relacionales (Peplau, 1952; Link et al., 2008), la empatía (Lluch, 2005), la discriminación (Johnson, 2013), la etiqueta diagnóstica (Hatzenbuehler et al., 2013), la explicación biogenética (Kvaale et al., 2013) y el contacto (Corrigan & Watson, 2005). Lo expuesto, ayuda a dar por sobrentendido que una persona con un trastorno mental no tendrá la virtud de tomar decisiones de manera consciente ni asumir las consecuencias que tengan las mismas, siendo una carga para la sociedad. La actitud y comportamiento de los profesionales, así como su maduración personal (Peplau, 1988), determinan la formación de este último factor.

Asimismo, y tal como se ha descrito en el marco conceptual, los tres factores teóricos se derivan de los planteamientos formulados por Peplau, pero también se apoyan en los hallazgos realizados en una amplia revisión de la literatura acerca del tema del estigma en la enfermedad mental. Son numerosos los autores que tratan alguno de los factores planteados para el estudio del estigma en la enfermedad mental (Gabbidon et al., 2012; Charles & Bentley, 2017; Chiles, Stefanovics, & Rosenheck, 2017; Destrebecq et al., 2017; Yanos et al., 2017), permitiendo la creación del modelo a partir de unas premisas ya estudiadas, pero incorporando por primera vez, las características propias y específicas de la profesión de Enfermería.

En relación a la estructura factorial propuesta, concuerda con varios estudios previos dedicados a la validación de instrumentos de medida del estigma asociativo, que suelen concluir también estructuras factoriales formadas por tres factores (Varas et al., 2012; Kassam, Papish, Modgill & Patten, 2012; Martin & Giallo, 2016; Chiles, Stefanovics, & Rosenheck, 2017; Kennedy, Abell, & Mennicke, 2017). Esta estructura tridimensional fue ratificada, posteriormente, por los posteriores análisis factoriales exploratorio y confirmatorio siguiendo las recomendaciones propuestas por Yang-Wallentin, Joreskog & Luo (2010) para la validación de constructos.

Para la generación de los ítems se formuló previamente un amplio banco de ítems que se agruparon según los tres factores propuestos en el modelo conceptual. La metodología usada es similar a las utilizadas para la generación de ítems en otros estudios de creación de instrumentos de medición del estigma (Kassam et al., 2010; Kassam et al., 2012), identificados y valorados con buenos resultados de calidad metodológica en la revisión sistemática de instrumentos de medición del estigma en la enfermedad mental que realizamos al inicio de la

investigación (Sastre et al., 2019). Del mismo modo, la retroalimentación usada en las entrevistas durante la validación de contenido ayudó a mejorar el proceso (Campanelli, Martin, Rothgeb, 1991).

En la escala EVEPEM se optó por una escala Likert de cinco puntos como formato de repuesta. Este formato permite poder medir cambios en los niveles de estigma de la enfermedad mental a lo largo del tiempo y/o después de una intervención de manera más efectiva y sensible que si se usan escalas dicotómicas (Babakus & Mangold, 1992). De los 75 ítems iniciales que se sometieron al juicio de los expertos, fueron retenidos finalmente 20 de ellos que configuran la escala EVEPEM definitiva. En la literatura, las escalas de medida del estigma desarrolladas para profesionales de la salud mental oscilan entre los 46 ítems (Chen & Chang, 2016) y los 7 ítems (Tei-Tominaga et al., 2014), aunque la mayoría de ellas se encuentran alrededor de los 20 ítems considerando ese número como buen indicador para la medición del fenómeno del estigma. (Högberg et al., 2008; Charles & Bentley, 2017; Kennedy et al., 2017; Wilkins & Abell 2010; Kassam et al., 2012).

La proporción de ítems sin respuesta osciló del 0,5% al 2,4% y se obtuvo una alta tasa de respuesta, más del 90%, seguramente debido a que la administración de la escala se realizó de manera presencial por el equipo investigador y en horario de clase, en las muestras de estudiantes o en horario laboral en la muestra de profesionales de Enfermería. Cabe destacar que en todo momento se garantizó la voluntariedad, sin comprometer el tiempo de lectura habitual de los estudiantes y sin afectación del resultado académico. Solo algunos estudios de validación de instrumentos de medida del estigma detallan la tasa de respuesta para las diferentes muestras (Kassam et al., 2012; Charles & Bentley, 2017; Kennedy et al., 2017).

Las puntuaciones medias de los ítems de la escala EVEPEM oscilaron entre 1,29 (*ítem.15 Los pacientes con trastorno mental tienen los mismos derechos que el resto*) y 3,09 (*ítem.6. Las personas con un trastorno mental tienen un potencial de conductas violentas superior al de otras personas*). Ambos ítems pueden estar condicionados por la posibilidad de la existencia de sesgo por discapacidad social (Streiner & Norman, 2003) y por ser contenidos básicos de la formación específica de la Enfermería (Sercu et al., 2015).

Se aconseja que el tamaño muestral para la validación de un instrumento sea mayor a doscientos, y algunos autores sugieren que tenga entre 5 y 10 individuos por cada ítem de la

escala (Carretero & Pérez, 2005). Por tanto, se considera que en nuestro estudio el tamaño de la muestra fue adecuado ($n=273$). Asimismo, el tamaño muestral de esta investigación podría también considerarse adecuado si se compara con el usado en otros estudios de validación de instrumentos de medida del estigma asociativo en profesionales de la salud mental. Hallamos instrumentos de entre veinte (Charles & Bentley, 2017) y veinticuatro ítems (Kennedy et al., 2017) que han sido validados en muestras formadas entre doscientos y doscientos veinte sujetos. Cabe destacar, que quizá la mayor similitud en tamaño muestral se produce con el instrumento OMS-HC (Kassam et al., 2012), para el cual la muestra fue superior a setecientos sujetos.

La mayoría de los estudios de validación de los instrumentos de medición del estigma asociativo se han llevado a cabo en muestras de estudiantes (Wilkins & Abell, 2010; Destrebecq et al., 2017; Kennedy et al., 2017; Chiles et al., 2017). La detección del estigma relacionado con la salud mental durante la etapa de formación ayuda a garantizar que los futuros profesionales mejoren la calidad de la atención para las personas con un trastorno mental. En vista de la necesidad de evaluar las intervenciones existentes y desarrollar otras nuevas, es necesario contar con instrumentos que nos permitan evaluar el estigma relacionado con la enfermedad mental en proyectos o cambios de los planes formativos (Conner, 2015).

La muestra de este estudio se seleccionó por conveniencia, técnica que facilita la disponibilidad de los sujetos, proporciona agilidad operativa y minimiza los costes. Es sabido que no se realiza mediante un criterio estadístico y que los resultados podrían correlacionar con estratos sociales o de formación por ser sujetos de una misma universidad. No obstante, para no perder la esencia del modelo teórico en el cual se fundamenta la escala EVEPEM, y teniendo en cuenta las características específicas y particulares de la Enfermería en las que se fundamenta, se priorizó poder validar la escala en muestras formadas por estos estudiantes o profesionales. Para minimizar las correlaciones en los resultados, se amplió la muestra inicial doblando el número de sujetos pertenecientes a dos universidades más, de otras comunidades autónomas, en el análisis factorial confirmatorio.

En referencia a los objetivos específicos de esta investigación, los resultados muestran que la escala EVEPEM presenta, en general, aceptables propiedades psicométricas. Las correlaciones ítem-total corregidas, fueron todas positivas y solamente la del ítem 15 “*Los pacientes con trastorno mental tienen los mismos derechos que el resto*”, fue inferior a 0,20.

Se decidió mantener el ítem 15 “*Los pacientes con trastorno mental tienen los mismos derechos que el resto*”, en primer lugar, porque los resultados de fiabilidad y correlación fueron favorables, y, además, para darle una mayor coherencia al modelo teórico y clínico. De igual modo, no es descartable que en futuros estudios de validación y/o adaptación de la escala EVEPEM en nuevas muestras, se opte por plantearse su eliminación. El resto de los ítems presentaron coeficiente de homogeneidad para cada factor superiores a 0,30, indicando que los diferentes factores presentan una adecuada homogeneidad. Además, el número reducido de ítems y, por lo tanto, su reducida carga de respuesta admite su uso conjunto con otras medidas (Streiner & Norman, 2003).

Los resultados del análisis de fiabilidad, a través de la consistencia interna y la estabilidad temporal fueron adecuados. Se obtuvieron valores de Alpha de Cronbach para el total de la escala EVEPEM de 0,82. Los valores fueron muy similares a los de otros estudios de validación de instrumentos para la medida del estigma asociativo en otros profesionales de la salud mental (Yanos et al., 2017; Martin & Giallo, 2016; Chen & Chang, 2016). En las muestras de estudiantes utilizadas para el análisis factorial confirmatorio, los valores de consistencia por factores fueron inferiores a 0,7. Si bien los valores son inferiores a los deseables, se pueden equiparar a los resultados de otros instrumentos diseñados también para la medida del estigma asociativo (Chiles et al., 2017; Charles & Bentley, 2017; Tei-Tominaga et al., 2014). Del mismo modo, cabe considerar que la fiabilidad de un instrumento no es un índice constante y depende directamente de la población a la cual ha sido administrada. A más heterogeneidad en las muestras y más ítems por factor, mayor es la fiabilidad (Streiner & Norman, 2003).

Ninguno de los factores o ítems de la escala EVEPEM obtuvieron valores por encima de 0,90, que indicarían redundancia o duplicación de ítems (Jaju, & Crask, 1999) o responderían a escalas con más de 20 ítems debido a que el coeficiente está relacionado directamente con el número de ítems del cuestionario (Kupermintz, 2004; Streiner, 2003). Los valores de consistencia interna de la escala EVEPEM por factores oscilaron de 0,62 en el Factor 3, a 0,73 para el Factor 1 en la muestra de estudiantes utilizada para la validación del instrumento.

En la literatura se identifican estudios de validación de instrumentos de medida del estigma asociativo donde solo se evalúa la consistencia interna para la fiabilidad (Varas-Díaz et al., 2012; Tei-Tominaga, Asakura & Asakura, 2014; Jesse, 2015; Chen & Chang, 2016; Martin & Giallo, 2016; Yanos et al., 2017; Charles & Bentley, 2017). Para garantizar que las mediciones ofrecieran una mayor robustez psicométrica, se calculó además la estabilidad temporal de la escala EVEPEM en una muestra de cuarenta estudiantes. Siguiendo los criterios de temporalidad recomendados por Mokkink et al. (2012), el intervalo entre las dos administraciones fue superior a dos semanas, tiempo solo observado en otro estudio de desarrollo de un instrumento de medida del estigma asociativo (Kassam et al., 2012). En la revisión sistemática realizada (Sastre-Rus et al., 2019), la fiabilidad (test-retest) solo se encontró que había sido evaluada en cinco estudios, y solo un instrumento que medía el estigma social y no el asociativo, tuvo un nivel de evidencia positivo moderado. Tal y como hemos indicado en el apartado de resultados, la EVEPEM obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson test-retest para la escala global de 0,842 y un Coeficiente de Correlación intraclase (CCI) fue de 0,906 (95 % intervalo de confianza) en valores total y por encima de 0,8 (IC 95% superior a 0,77) en los tres factores, considerándose un valor adecuado (Fleiss, 1981), y siendo valores superiores a los obtenidos en el estudio anteriormente mencionado de Kassam et al., (2012). Considerando todos los valores obtenidos, se puede afirmar que la escala EVEPEM presenta una buena estabilidad temporal.

La estructura factorial del constructo del estigma de la enfermedad mental en Enfermería y de las dimensiones formuladas se estudió mediante un análisis factorial exploratorio en una muestra de 273 estudiantes de Enfermería y un análisis factorial confirmatorio en una muestra de 464 estudiantes de Enfermería. En el análisis factorial exploratorio, la carga factorial inferior, la presentó de nuevo el ítem 15 *“Los pacientes con trastorno mental tienen los mismos derechos que el resto”*, con un valor de 0,25, perteneciente al Factor 3 Irresponsabilidad-Incompetencia.

Tal y como hemos indicado en el índice de homogeneidad, este ítem mostró valores bajos. A pesar de que algunos autores sugieren que estos ítems pueden ser eliminados (Tavakol & Dennick, 2011), se decidió mantener por que presentaba buena fiabilidad, tanto a nivel de consistencia interna como de estabilidad temporal, así como buena valoración en la validación de contenido, por lo que este ítem da coherencia y significado al factor en el que está incluido.

Cabe señalar, además, que el enunciado de este ítem es una premisa básica puesta de manifiesto en la legislación de la atención sanitaria y mental (OMS, 2014). Es posible que, en futuros estudios con muestras de profesionales, donde los sujetos estudiados dispongan de más experiencia profesional y personal en el campo de la salud mental, pueden condicionar la permanencia del ítem 15.

El mayor porcentaje de la varianza (24,2%) esta explicado por el Factor 1 formado por ocho ítems que hacen referencia a la *Violencia y peligrosidad* que se presupone de la persona afectada de un trastorno mental. Este valor puede explicarse por la transferencia al mundo profesional, de las creencias del modelo social, al cual pertenecen los estudiantes y los profesionales de Enfermería. El Factor *Incapacidad*, formado por cinco ítems es el segundo Factor que presenta valores de porcentaje de varianza más elevados. Por último, el Factor 3 *Irresponsabilidad e incompetencia*, formado por siete ítems, tiene el menor valor de varianza. Que el valor más inferior pertenezca a ese planteamiento, se podría explicar por el énfasis que se les da a los conceptos de visión holística del cuidado y del fomento del autocuidado durante la formación del grado universitario en Enfermería. A pesar de que todos los ítems saturaron en la dimensión en la que habían sido identificados a partir del modelo teórico, la varianza explicada total no superó el 40%. Estos resultados son similares a los que obtienen otros estudios de medida del estigma asociativo de características similares al nuestro, que, aun dando estos valores en la validez estructural, presentan buenos resultados en la medida de otras propiedades (Gabbidon et al., 2012; Varas et al., 2012; Jesse, 2016).

Por otro lado, los resultados del análisis de validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio muestran un ajuste aceptable a los 3 factores coherente con el Modelo Teórico planteado. En los resultados del análisis factorial confirmatorio (AFC), el ítem 1 “*las personas con trastorno mental son una carga para su familia y para la sociedad*” y el ítem 5 “*el cuidado de un paciente con trastorno mental no me supone más carga que el cuidado del resto*”, presentan una baja carga factorial y estadísticamente no significativa. Esto se podría deber a la acumulación de errores de especificación. La mayor parte de ítems que se analizan en la práctica no son factorialmente simples y, por lo tanto, presentan cargas cruzadas menores, pero no nulas, en los otros factores que supuestamente no miden. Cuando estas cargas cruzadas se fuerzan a cero, como sucede en el AFC, el ajuste del modelo se puede ver afectado por acumulación con cada error de especificación (Llobet-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-

Baeza & Tomás-Marco, 2014). A pesar de lo expuesto, ambos ítems deberían revisarse en versiones posteriores de la escala.

El resultado de la prueba de chi-cuadrado fue significativo. El índice de ajuste comparativo (CFI) analiza el ajuste del modelo al examinar la discrepancia entre los datos y el modelo hipotético, y los resultados muestran un ajuste aceptable del modelo. Por otro lado, el índice de bondad de ajuste ajustado (AGFI) ajusta el índice GFI por los grados de libertad del modelo propuesto y del modelo nulo. En la experiencia práctica, valores superiores a 0,90 son indicativos de un buen ajuste del modelo a los datos, confirmando de nuevo un buen ajuste del modelo hipotético propuesto. Asimismo, se obtuvo un RMSEA de 0,05, donde un valor de 0,06 o menos es indicativo de un ajuste aceptable del modelo (Watson et al., 2013). De acuerdo con los resultados presentados anteriormente, el modelo propuesto para los factores encajó satisfactoriamente con los datos obtenidos, obteniendo resultados similares a los encontrados en la literatura (Kennedy et al., 2017; Kassam et al., 2012).

Para calcular la validez criterio, tal y como se ha indicado en el apartado de análisis de datos, se optó por estudiar la relación de las puntuaciones mediante los coeficientes de correlación de Pearson entre la Escala EVEPEM y la escala CAMI-S. Por un lado, el motivo de utilizar este instrumento fue que no existe ningún instrumento de medida que pueda considerarse “Gold standard”, considerado la situación ideal (Mokkink et al., 2010). Por otro lado, resultaba muy interesante estudiar si las correlaciones obtenidas indicaban la existencia o no de relación entre el estigma hacia la enfermedad mental y las actitudes estigmatizantes de la comunidad hacia la misma. La escala CAMI-S (Hogberg et al., 2008) resultó ser la más adecuada para analizar la validez criterio. A pesar de que fue desarrollada para la medida del estigma social, las características muestrales y de diseño de los estudios previos, decantaron la decisión de ser usada en esta investigación. Para ello, se procedió previamente a su adaptación y validación preliminar de la forma española de la Escala CAMI-S (Sastre et al., 2018). Los resultados concordaron, con los obtenidos por los autores de la versión original y, por tanto, apoyaron la consideración de la escala CAMI-S como un instrumento válido para ser usado en la población española. La escala EVEPEM correlacionó de forma negativa y significativa con la escala CAMI-S, indicando que existe una relación entre el estigma de la salud mental de los profesionales de Enfermería hacia el trastorno mental y las actitudes estigmatizadoras hacia la comunidad (CAMI-S). Por todo lo expuesto, los resultados psicométricos confirman la hipótesis número 1 de esta investigación, la cual planteaba que la escala EVEPEM es un

instrumento válido y fiable para evaluar el estigma en estudiantes y profesionales de Enfermería.

El segundo objetivo general de esta investigación hace referencia a la evaluación de los niveles de estigma global en las diferentes muestras estudiadas. Comparando con otros estudios que han utilizado instrumentos de medida del estigma en muestras diferentes, podemos observar que la profesión (Högberg et al., 2008) y la edad (Yanos et al., 2017), correlacionan de forma significativa con los valores total del instrumento. En el presente estudio, la edad no mostró relación con el estigma, y la experiencia en la profesión mostró correlaciones, aunque bajas y no significativas. En futuros estudios, sería aconsejable poder valorar los niveles de estigma global en diferentes muestras de profesionales de Enfermería.

Así mismo, se estudiaron las relaciones del valor global de estigma (evaluado con la escala EVEPEM) con diferentes variables sociodemográficas y laborales. En relación a la variable del género, se observó que en la muestra de estudiantes de Enfermería los hombres presentaron valores de estigma global más elevados, aunque sin diferencias significativas. En la valoración de las puntuaciones medias por ítems, se alcanzó la diferencia por género con significación estadística en ítem 5 ($p < 0,05$), el ítem 6 ($p < 0,05$), el ítem 7 ($p < 0,05$) y en el ítem 11 ($p < 0,01$). En cambio, en la muestra de profesionales, se observaron que las puntuaciones EVEPEM son superiores en las mujeres con diferencias significativas en los ítems 11 ($p < 0,05$), ítem 14 ($p < 0,05$), ítem 16 ($p < 0,05$) y ítem 20 ($p < 0,01$). En ítems donde se obtuvieron resultados con diferencias significativas, se procedió a estudiar el tamaño del efecto, obteniendo valores pequeños en todos ellos, a excepción de valores medianos en las puntuaciones de los ítems de los hombres y mujeres de la muestra de profesionales de Enfermería (ítem 11, 14, 16 y 20).

Los valores elevados de estigma global en las mujeres se mantienen en la muestra total, aunque este caso con valores muy similares y sin diferencias significativas. Aunque en la actualidad, las grandes diferencias van desapareciendo, aún persisten en las escuelas universitarias de enfermería porcentajes muy elevados de mujeres en las aulas, siendo aún la profesión de predominio femenino y superando el 80% del total de los profesionales en el mundo laboral (INE, 2018). Sabiendo que esa no es la causa de la relación estadística, sí que cabe resaltar que las emociones y relaciones humanas que se establecen entre los profesionales de enfermería pueden estar influenciadas por el género femenino (Arroyo-Rodríguez, Lancharro-Tavero, Romero-Serrano & Morillo-Martí, 2011). En referencia a la variable edad, se observó que no existían correlaciones significativas en la muestra de profesionales.

La experiencia fue otra variable a estudio, la cual, si mostró correlaciones, aunque bajas y no significativas en la muestra de profesionales. Podríamos pensar que la experiencia que aporta el hecho de tener más edad pudiera influir en los estudiantes que están recibiendo la formación de grado, y, por el contrario, no tener influencia en los profesionales que ya están ejerciendo; quizá por la falta de formación continuada en el mundo asistencial, o porque otras variables como el contacto con las personas con trastorno mental, influyen en esta relación (Corrigan & Watson, 2005).

Otras variables a estudio fueron el contacto personal y el contacto laboral previo. Ambas variables mostraron niveles más elevados de estigma cuando el contacto previo no se había producido, aunque solo en algunos casos con diferencias significativas. En la variable contacto personal, solo aparecieron diferencias significativas en el ítem 3 ($p < 0,05$). Por otro lado, en la variable contacto laboral, las diferencias significativas aparecieron en el ítem 3 ($p < 0,05$), el ítem 6 ($p < 0,05$) y el ítem 20 ($p < 0,01$). Los resultados confirman que el contacto con la enfermedad mental influye en el nivel de estigma, destacando que las personas con un trastorno mental son miembros de la sociedad y usuarias del sistema sanitario en general, y no solo de las unidades específicas de salud mental (Avery et al., 2017).

La primera hipótesis de nuestra investigación planteaba que el alumno de Enfermería experimentaría cambios hacia el estigma a medida que avanza su formación en sus estudios de grado. Para ello, se describieron los resultados de los valores Estigma total EVEPEM según curso en estudiantes Enfermería, y se pudo comprobar que durante la formación y con el paso de los cursos, el nivel total de Estigma hacia la salud mental iba disminuyendo. No obstante, el ANOVA evidenció que las diferencias no eran significativas ($p > 0,05$). De esta manera, se puede observar como la formación y el contacto son herramientas descritas en el marco teórico de la investigación (Corrigan & Penn, 1999), básicas y válidas en la actualidad, para la disminución del estigma de la enfermedad mental. Esta hipótesis se pudo comprobar en la muestra de estudiantes de la EUI Gimbernat. No sucedió lo mismo en las otras dos muestras de estudiantes de Enfermería cuyo objetivo era la realización del análisis factorial confirmatorio y, por tanto, en la recogida de la muestra no se tuvo en consideración que fueran de cursos diferentes.

La segunda hipótesis de nuestra investigación planteaba que los profesionales de Enfermería de salud mental presentan menos tendencia hacia el estigma que los profesionales de Enfermería de otros servicios. Se observó que, en los servicios de salud mental, las enfermeras presentan menor estigma hacia la enfermedad mental que en el resto de los servicios

(consultas, hospitalización y quirófano). Los resultados mostraron diferencias significativas, motivo por el cual se calculó el efecto del tamaño. Se obtuvieron valores grandes en referencia al tamaño del efecto entre los grupos de los profesionales de Enfermería de salud mental y los profesionales del servicio de quirófano ($d=2,13$), y valores moderados con los profesionales de Enfermería de unidades de hospitalización general ($d=1,23$). Los resultados confirman esta hipótesis e indican diferencias estadísticamente significativas en las medias de la puntuación EVEPEM entre los profesionales de salud mental y los de otros servicios. Es interesante destacar, que en el servicio de quirófano se detectaron los valores de estigma más elevados. Estos servicios tienen características muy específicas, como el aislamiento del resto del hospital y el poco contacto con el paciente, pues la mayor parte del tiempo el paciente está dormido o inconsciente. Quizá, en estos servicios, se podría cuestionar la adaptabilidad o uso de manera completa del modelo de Peplau, pues la relación terapéutica con el paciente se ve limitada por las características temporales y de situación clínica. Tal y como la literatura expone, puede ser debido a que la formación específica y el contacto son intervenciones básicas para la disminución del estigma de la enfermedad mental (Michaels & Corrigan, 2013).

Por otro lado, no se observaron diferencias significativas entre el nivel global de estigma EVEPEM entre las muestras de profesionales y las muestras de estudiantes, siendo las puntuaciones de ambas muestras muy similares en todos los casos y sin significación estadística. Este resultado puede significar que las características específicas de la profesión se originan desde la formación de grado, permaneciendo en las características intrínsecas y configurando el perfil profesional de la Enfermería.

Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras.

Entre las limitaciones principales de este estudio se encuentra la utilización de una muestra de conveniencia de estudiantes de Grado de Enfermería. Futuras investigaciones deberían incluir profesionales de Enfermería o incluso otros colectivos relacionados con la asistencia sociosanitaria. Por otro lado, sería conveniente validar la Escala EVEPEM en otros contextos culturales donde el estigma de la enfermedad mental presente diferentes matices a los aquí expuestos.

Asimismo, hay que considerar la posibilidad de la existencia de sesgo por deseabilidad social, al no incluirse ningún instrumento que evalúe esta tendencia. En este sentido, cabe la posibilidad de que los participantes respondan en función de lo que creen que se espera de ellos como proveedores de cuidados y no de acuerdo con su propia experiencia (Bjork et al., 2014). En futuros estudios, sería conveniente estudiar la capacidad predictiva (sensibilidad y especificidad) de la escala EVEPEM.

En la literatura se han desarrollado una cantidad considerable de instrumentos de medición para evaluar el estigma relacionado con la salud mental entre los profesionales de la salud o los estudiantes en ciencias de la salud, no encontrando más de cinco estudios de validación para cada instrumento. Además, cabe señalar que se observa una falta de evaluación de algunas propiedades psicométricas en la mayoría de los estudios, como el error de medición, la validez criterio y la capacidad de respuesta (Sastre et al., 2019). Por todo ello, las futuras líneas de investigación deben ir encaminadas a desarrollar más estudios de validación en nuevas muestras de la escala EVEPEM especialmente para generar más evidencia sobre su aplicabilidad y transferibilidad.

Relevancia para la práctica clínica

Para la reducción del estigma de la enfermedad mental en los profesionales de Enfermería es importante el desarrollo e implementación de estrategias y planes en el ámbito formativo y el asistencial, planteándose la necesidad de disponer de instrumentos válidos y fiables. El desarrollo de la Escala EVEPEM puede contribuir a mejorar la comprensión del Estigma de la enfermedad mental en Enfermería y a evaluar la efectividad de las intervenciones diseñadas para disminuirlo. Esta escala podría usarse tanto en el ámbito de la educación de pregrado como de posgrado de Enfermería, para valorar las medidas de erradicación del estigma asociativo adoptadas en centros formativos y/o de trabajo, garantizando una prestación de atención y asistencia de mayor calidad (Bennet & Stenett, 2015; Schafer, Wood & Williams, 2011). De la misma manera, para fortalecer el conocimiento de la profesión, es importante y necesario el desarrollo de investigaciones fundamentadas en modelos de Enfermería.

6. CONCLUSIONES

Este estudio se fundamentó en las siguientes premisas:

- La estigmatización de la enfermedad mental puede presentar consecuencias más negativas que la propia enfermedad mental.
- La necesidad de reducir el estigma para mejorar la calidad de vida de las personas con una enfermedad mental exige una evaluación precisa y justifica los esfuerzos realizados en su investigación.
- El enfoque del estigma asociativo debe priorizar la formación de los estudiantes universitarios en ciencias de la salud, ya que la inclusión de medidas antiestigma en su plan docente puede contribuir a mejorar la calidad de la atención de los futuros profesionales y los profesionales de la salud han de ser modelo de referencia antiestigma.
- Es importante disponer de instrumentos de evaluación del estigma asociativo contruidos a partir de modelos conceptuales enfermeros.

Con estas premisas se plantearon los objetivos e hipótesis del estudio que se ha presentado llegando a las siguientes conclusiones:

- El presente estudio concluye con el desarrollo de una escala para evaluar el estigma de la enfermedad mental en enfermería, EVEPEM, compuesta por 20 ítems distribuidos de forma desigual entre tres Factores que explican el constructo del estigma de la enfermedad mental en enfermería: *Violencia-peligrosidad*, *Incapacidad* y *Responsabilidad-competencia*.
- Por lo que respecta a la consistencia interna, la escala EVEPEM presentó valores aceptables de consistencia interna globales y por factores aceptables. En referencia a la estabilidad temporal, se obtuvieron valores correctos de coeficiente de correlación intraclase (CCI) para la escala global y factores.

- El análisis factorial confirmatorio puso de manifiesto que el modelo propuesto para los factores encajaba satisfactoriamente con los datos obtenidos. La escala EVEPEM mostró tres factores en el análisis factorial exploratorio. A pesar de que los tres factores resultantes no alcanzaron la varianza explicada esperada, los resultados fueron aceptables.
- Las correlaciones obtenidas para la validez convergente indicaron que existe una relación significativa entre el estigma de la enfermedad mental de los profesionales de Enfermería según EVEPEM, y las actitudes estigmatizadoras hacia la comunidad medidas con la escala CAMI-S.
- Los niveles de estigma global, evaluados con la escala EVEPEM son significativamente superiores en las mujeres en la muestra de profesionales de Enfermería, mientras que en los estudiantes no aparecen diferencias por sexo, ni el total de la escala ni en ninguno de los tres factores.
- La edad y la experiencia no parecen estar significativamente relacionadas con el estigma de la enfermedad mental en los profesionales de Enfermería.
- Los estudiantes de Enfermería que han tenido contacto personal y/o laboral previo con la enfermedad mental, presentan niveles de estigma más bajos hacia la enfermedad mental.
- En la comparación entre las muestras de estudiantes y profesionales, se observa que los niveles de estigma evaluados con la escala EVEPEM son muy similares en todos los casos, tanto en la evaluación de la escala EVEPEM global como por factores.
- Los estudiantes de grado de Enfermería disminuyen, de forma estadísticamente significativa, los niveles de estigma hacia la enfermedad mental a medida que avanzan en su formación en los estudios de grado.
- Los niveles de estigma hacia la enfermedad mental son menores en los profesionales de Enfermería que trabajan en la salud mental que en los profesionales de otros ámbitos.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerknecht, H.E. (1993). *Breve historia de la psiquiatría* (Universidad de Valencia). Valencia, Spain.
- Adler, A., Wahl, K., Otto, F. (1998). Children's beliefs about people labeled mentally ill. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 321-326
- Ajuntament de Barcelona. (2016). Pla de salut mental de Barcelona 2016-2022. Recuperado de http://ajuntament.barcelona.cat/premsa/wp-content/uploads/2016/07/01_PlaSalutMental.pdf
- Aldridge, S. (2016). *Clinician's negative attitudes toward borderline personality disorder: Implications for diagnosis and treatment recommendations* (Tesis Doctoral). ProQuest Information & Learning, US.
- Allerby, K., Sameby, B., Brain, C., Joas, E., Quinlan, P., Sjöström, N., ... Waern, M. (2015). Stigma and burden among relatives of persons with schizophrenia: Results from the Swedish COAST study. *Psychiatric Services*, 66(10), 1020–1026. doi.org/10.1176/appi.ps.201400405
- Alligood, M.E. (2018). Introducción a las teorías en Enfermería: historia e importancia. *En Alligood* (9ª ed). *Modelos y Teorías de Enfermería*. Madrid, España: Elsevier.
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA, Estados Unidos: Addison-Wesley.
- Amarasuriya, S. D., Jorm, A. F., Reavley, N. J., & Mackinnon, A. J. (2015). Stigmatising attitudes of undergraduates towards their peers with depression: a cross-sectional study in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 15, 129. doi.org/10.1186/s12888-015-0523-9
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education, & Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: AERA.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Amini, H., Shoar, S., Tabatabaee, M., & Arabzadeh, S. (2016). The Effect of Clinical Exposure to Patients on Medical Students' Attitude Towards Mental Illness. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10(3), 1. doi.org/10.17795/ijpbs-1887
- Andoh, J., Oppong, K., & Osafo, J. (2015). Determinants of psychological help-seeking intentions of university students in Ghana. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 37(4), 330–345. doi.org/10.1007/s10447-015-9247-2
- Angst, J. (2016). An erudite encounter with: Jules Angst. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 8, 813-814. doi.org/10.1177/0004867416661237
- Aram, E. (2016). *Contextualizing diagnosis: The influence of context on clinical attitudes and approach to borderline personality disorder* (Tesis doctoral Thesis). ProQuest Information & Learning, US.
- Araujo-Pereira, A., Eloi-Santos, S. M. & Delbone-Faira, R (2016). Versão brasileira do attribution questionnaire - Adaptação transcultural e validação de propriedades

- psicométricas. [Brazilian version of the attribution questionnaire - Transcultural adaptation and validation of psychometric properties]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(4), 314–321. doi.org/10.1590/0047-2085000000139
- Arora, P. G., Metz, K., & Carlson, C. I. (2016). Attitudes Toward Professional Psychological Help Seeking in South Asian Students: Role of Stigma and Gender. *Journal of Multicultural Counseling & Development*, 44(4), 263–284. doi.org/10.1002/jmcd.12053
- Arroyo-Rodríguez, A., Lancharro-Tavero, I., Romero-Serrano, R., Morillo-Martí, M. (2011). Nursing as Gender Identity. *Index de Enfermería*, 20,(4) 1132-1296. doi.org/10.4321/S1132-12962011000300008
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M. (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 658–665. doi.org/10.1007/s00127-008-0481-3
- Avery, J., Han, B. H., Wu, G., Mauer, E., Penzner, J. B., Zerbo, E., ... Ross, S. (2017). Changes in psychiatry residents' attitudes towards individuals with substance use disorders over the course of residency training. *American Journal on Addictions*, 26(1), 75–79. doi.org/10.1111/ajad.12406
- Ayu, A. P., Dijkstra, B., Golbach, M., De Jong, C., & Schellekens, A. (2016). Good Psychometric Properties of the Addiction Version of the Revised Illness Perception Questionnaire for Health Care Professionals. *PloS One*, 11(11), e0164262. doi.org/10.1371/journal.pone.0164262
- Baba, Y., Nemoto, T., Tsujino, N., Yamaguchi, T., Katagiri, N., & Mizuno, M. (2017). Stigma toward psychosis and its formulation process: prejudice and discrimination against early stages of schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 181–186. doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.11.005
- Babakus, E. & Mangold, G. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *HSR: Health Services Research* 26(6), 767-786.
- Baker, M., Wessely, S., & Openshaw, D. (2016). Not such friendly banter? GPs and psychiatrists against the systematic denigration of their specialties. *British Journal of General Practice*, 66(651), 508–509. doi.org/10.3399/bjgp16X687169
- Baldwin, E. (2013). *Stigmatizing attitudes among mental health professionals regarding borderline personality disorder* (Tesis doctoral). ProQuest Information & Learning, US.
- Baldwin, D. S., & Conradi, P. G. (2016). *Working with the media—Many benefits but some risks*. Management for Psychiatrists (4^a Ed). London: RCPsych Publications.
- Bambauer, K. Z., & Prigerson, H. G. (2006). The Stigma Receptivity Scale and its association with mental health service use among bereaved older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 139–141. doi.org/10.1097/01.nmd.0000198200.20936.03
- Bannatyne, A. J., & Stapleton, P. B. (2016). Attitudes towards anorexia nervosa: volitional stigma differences in a sample of pre-clinical medicine and psychology students. *Journal of Mental Health*, 1–7. doi.org/10.3109/09638237.2016.1149801
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Barber-Rioja, V., Zottoli, T., Kucharski, L., & Duncan, S. (2009). The utility of the MMPI-2

- criminal offender infrequency (IC) scale in the detection of malingering in criminal defendants. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 16–24.
- Bartlett, M. S. (1954). A note on the multiplying factors for various chi square approximation. *Journal of Royal Statistical Society*, 16, 296-298.
- Bates, L. & Stickley, T. (2013). Confronting Goffman: how can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(7), 569–575. doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01957.x
- Beaulieu, T., Lauria-Horner, B., Patten, S., Knaak, S., Weinerman, R., & Campbell, H. (2017). Impact of Skill-Based Approaches in Reducing Stigma in Primary Care Physicians: Results from a Double-Blind, Parallel-Cluster, Randomized Controlled Trial. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(5), 327–335. doi.org/10.1177/0706743716686919
- Bedaso, A., Yeneabat, T., Yohannis, Z., Bedasso, K., & Feyera, F. (2016). Community Attitude and Associated Factors towards People with Mental Illness among Residents of Worabe Town, Silte Zone, Southern Nation’s Nationalities and People's Region, Ethiopia. *PloS One*, 11(3), e0149429. doi.org/10.1371/journal.pone.0149429
- Beldie, A., Boer, J. A., Brain, C., Constant, E., Figueira, M. L., Filipic, I., ... Wancata, J. (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(S1), 1–38. doi.org/10.1007/s00127-012-0491-z
- Beldie, A., Brain, C., Figueira, M. L., Filipic, I., Jakovljevic, M., Jarema, M., ... Wancata, J. (2017). Stigma in midsize European countries. *En The Stigma of Mental Illness — End of the Story*. Springer International Publishing. doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_22
- Ben-Natan, M., Drori, T., & Hochman, O. (2015). Associative Stigma Related to Psychiatric Nursing Within the Nursing Profession. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 388-392. doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.010
- Ben-Zeev, D., Young, M. A., & Corrigan, P. W. (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, 19(4), 318–327. doi.org/10.3109/09638237.2010.492484
- Bevilacqua, G., Bellinghini, R. H & Gattaz, W. (2017). The schizophrenia stigma and mass media: a search for news published by wide circulation media in Brazil. *International Review of Psychiatry*, 29(3), 241–247. doi.org/10.1080/09540261.2017.1285976
- Bez, C., & Lepetit, A. (2017). Psychiatric training during family medicine residency in France. *Annales Medico-Psychologiques*. doi.org/10.1016/j.amp.2017.05.010
- Bhui, K. (2016). Discrimination, poor mental health, and mental illness. *Int Rev Psychiatry*, 28(4):411-4. doi: 10.1080/09540261.2016.1210578.
- Bichsel, N., & Conus, P. (2017). Stigmatisation: A widespread problem with multiple consequences . *Revue Medicale Suisse*, 13(551), 478–481. Recuperado de <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85014612148&partnerID=40&md5=c0b9c46484f23e4216c046e1f12d285c>
- Bilge, A., & Palabiyik, O. (2017). The Effect of Short Films About Mental Health and Disorders on Preventing Stigmatization in Nursing Education. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 88–92. doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.006

- Bingham, H., & O'Brien, A. J. (2017). Educational intervention to decrease stigmatizing attitudes of undergraduate nurses towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 311–319. doi.org/10.1111/inm.12322
- Bitanhirwe, B. K. Y. (2015). Mental health nurses: a key resource for tackling the challenges of public mental health. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 22(10), 836–837. doi.org/10.1111/jpm.12274
- Bland, J.M. & Altman, D.G. (1997). Cronbach's alpha. *British Medical Journal*, 314: 572.
- Boerema, A. M., Zoonen, K., Cuijpers, P., Holtmaat, C. J., Mokkink, L. B., Griffiths, K. M., & Kleiboer, A. M. (2016). Psychometric Properties of the Dutch Depression Stigma Scale (DSS) and Associations with Personal and Perceived Stigma in a Depressed and Community Sample. *PloS One*, 11(8). doi.org/10.1371/journal.pone.0160740
- Botticelli, M. P., & Koh, H. K. (2016). Changing the Language of Addiction. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 316(13), 1361–1362. doi.org/10.1001/jama.2016.11874
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221–231. doi.org/10.1016/j.compsych.2013.06.005
- Boyd, J. E., Hayward, H., Bassett, E. D., & Hoff, R. (2016). Internalized stigma of mental illness and depressive and psychotic symptoms in homeless veterans over 6 months. *Psychiatry Research*, 240, 253–259. doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.035
- Bratbo, J., & Vedelsby, A. K. (2017). One of us: The national campaign for anti-stigma in Denmark. *The stigma of mental illness — End of the story?*, 317–338. Copenhagen: Springer International Publishing. doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_17
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, 10, 80. doi.org/10.1186/1472-6963-10-80
- Brohan, E., Clement, S., Rose, D., Sartorius, N., Slade, M., & Thornicroft, G. (2013). Development and psychometric evaluation of the Discrimination and Stigma Scale (DISC). *Psychiatry Research*, 208(1), 33–40. doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.007
- Brockington, I., Hall, P., Levings, J., Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99
- Buizza, C., Ghilardi, A., & Ferrari, C. (2017). Beliefs and Prejudices Versus Knowledge and Awareness: How to Cope Stigma Against Mental Illness. A College Staff E-survey. *Community Mental Health Journal*, 53(5), 589–597. doi.org/10.1007/s10597-017-0116-9
- Burns, S., Crawford, G., Hallett, J., Hunt, K., Chih, H. J., & Tilley, P. J. M. (2017). What's wrong with John? A randomised controlled trial of Mental Health First Aid (MHFA) training with nursing students. *BMC Psychiatry*, 17,(1):111. doi.org/10.1186/s12888-017-1278-2
- Burra, P., Kalin, R., Leichner, P., Waldron, J. J., Handforth, J. R., Jarrett, F. J., & Amara, I. B. (1982). The ATP 30-a scale for measuring medical students' attitudes to psychiatry. *Medical Education*, 16(1), 31–38. doi.org/10.1111/j.1365-2923.1982.tb01216.x
- Büchter, R., & Messer, M. (2017). Interventions for reducing self-stigma in people with

- mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials. *GMS. German medical science*, 15. doi.org/10.3205/000248.
- Byrne, B. M. (2013). *Structural Equation Modeling with EQS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. London: Routledge
- Campanelli, P., Martin, E., Rothgeb, J.M. (1991). El uso de los estudios de interrogación de encuestados y encuestados como una forma de estudiar el error de respuesta en los datos de la encuesta. *The Statistician* 40: 253-264
- Can, G., & Tanrıverdi, D. (2015). Social Functioning and Internalized Stigma in Individuals Diagnosed with Substance Use Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 441–446. doi.org/10.1016/j.apnu.2015.07.008
- Carretero, H., & Pérez C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International journal of clinical and healthpsychology*, 5(3), 521-551
- Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M. A., Scott, A., Staniulienė, V., & Zanotti, R. (2010). Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 350–362. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.008
- Chandra, A., Minkovitz, C. (2007). Factors that Influence Mental Health Stigma Among 8th Grade Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 36 (3), 763–774
- Chang, C., Lin, C., Gronholm, P. & Wu, T. (2016). Cross-Validation of Two Commonly Used Self-Stigma Measures, Taiwan Versions of the Internalized Stigma Mental Illness Scale and Self-Stigma Scale-Short, for People With Mental Illness. *Assessment*, 25(6), 777-792. doi.org/10.1177/1073191116658547
- Chang, C.C., Su, J.A., & Lin, C.Y. (2016). Using the Affiliate Stigma Scale with caregivers of people with dementia: psychometric evaluation. *Alzheimer's Research & Therapy*, 8(1), 45. doi.org/10.1186/s13195-016-0213-y
- Chang, C.C., Wu, T.-H., Chen, C.-Y., Lin, C.-Y., Chang, C.-C., Wu, T.-H., ... Lin, C.-Y. (2016). Comparing Self-stigma Between People With Different Mental Disorders in Taiwan. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 204(7), 547–553. doi.org/10.1097/NMD.0000000000000537
- Chang, C.-C., Yen, C.-F., Jang, F.-L., Su, J.-A., Lin, C.-Y., Chang, C.-C., ... Lin, C.-Y. (2017). Comparing Affiliate Stigma Between Family Caregivers of People With Different Severe Mental Illness in Taiwan. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 205(7), 542–549. doi.org/10.1097/NMD.0000000000000671
- Charles, J. L. & Bentley, K. J. (2017). Measuring Mental Health Provider-Based Stigma: Development and Initial Psychometric Testing of a Self-Assessment Instrument. *Community Mental Health Journal*, 1–16. doi.org/10.1007/s10597-017-0137-4.
- Cheng, H.L., Kwan, K.L., & Sevig, T. (2013). Racial and ethnic minority college students' stigma associated with seeking psychological help: Examining psychocultural correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 98–111. doi.org/10.1037/a0031169
- Chen, M.D., & Chang, Y.C. (2016). Personnel attitudes toward people with mental illness at a psychiatric hospital in Taiwan. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(4), 361–368. doi.org/10.1177/0020764016634385
- Chiles, C., Stefanovics, E., & Rosenheck, R. (2017). Attitudes of Students at a US Medical

- School Toward Mental Illness and Its Causes. *Academic Psychiatry*, 41(3), 320–325. doi.org/10.1007/s40596-016-0508-0
- Chin, E., & Armstrong, D. (2016). Chronic Illness, Stigma and Health Care Utilization. *Nursing Research*, 65(2). Recuperado de: <http://sire.ub.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmm&AN=113905370&login.asp&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Christison, G. W., Haviland, M. G., & Riggs, M. L. (2002). The medical condition regard scale: measuring reactions to diagnoses. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(3), 257–262.
- Cicchetti, D.V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in Psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290
- Clark, R., Anderso, N.B., Clark, V.R., Williams, D.R. (1999) Racism as a stressor for African Americans. A biopsychosocial model. *American Psychologist*, 54(10), 805-816.
- Clark, F. (2016). Deinstitutionalisation and stigma in Russia. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 506–507. doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30082-7
- Clement, S., Brohan, E., Jeffery, D., Henderson, C., Hatch, S., & Thornicroft, G. (2012). Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*, 12(36). doi.org/10.1186/1471-244X-12-36
- Clement, S., Lassman, F., Barley, E., Evans-Lacko, S., Williams, P., Yamaguchi, S., ... Thornicroft, G. (2013). Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. doi.org/10.1002/14651858.CD009453.pub2
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. doi.org/10.1017/S0033291714000129
- Clement, S., Williams, P., Farrelly, S., Hatch, S. L., Schauman, O., Jeffery, D., ... Thornicroft, G. (2015). Mental health-related discrimination as a predictor of low engagement with mental health services. *Psychiatric Services*, 66(2), 171–176. doi.org/10.1176/appi.ps.201300448
- Clossey, L., Gillen, J., Frankel, H., & Hernandez, J. (2016). The experience of certified peer specialists in mental health. *Social Work in Mental Health*, 14(4), 408–427. doi.org/10.1080/15332985.2015.1038412
- Cohen, J., & Struening, E. L. (1963). Opinions about mental illness : mental hospital occupational profiles and profile clusters. *Psychological Reports*, 12, 111–124.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences, (2^a ed). *Lawrence Erlbaum Associates*, Hillsdale, Nueva Jersey. 567.
- Conner M, C. (2015). *Reducing Stigma by Educating Nurses to Care for Persons with Mental Illness in General Settings*. (Tesis Doctoral). Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2013134167&site=ehost-live&scope=site>

- Coperías, E. M. (2015). El misterio de la trepanación. *Muy Interesante*.
- Corcoran, C. M. (2016). Ethical and Epidemiological Dimensions of Labeling Psychosis Risk. *Journal of Ethics*, 18(6), 633–642.
doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.6.msoc2-1606
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201-222.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *The American Psychologist*, 54(9), 765–776. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10510666>
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 953–958.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D. & Kubiak, M. A. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162. doi.org/10.2307/1519806
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2005). Mental Illness and Dangerousness: Fact or Misperception, and Implications for Stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* 165-179. Washington, DC, US: American Psychological Association. doi.org/10.1037/10887-007
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Kuwabara, S. A. (2010). Public and self-stigma models. In J. E. M. J. P. Tangney (Ed.), *Social psychological foundations of clinical psychology*, 51–68. New York, NY, US: Guilford Press.
- Corrigan, P. W., Roe, D., & Tsang, H. W. H. (2011). Challenging the stigma of mental illness: Lessons for therapists and advocates. Wiley-Blackwell: Wiley-Blackwell.
doi.org/10.1002/9780470977507
- Corrigan, P.W. (2012). A Toolkit for Evaluating Programs Meant to Erase the Stigma of Mental Illness, 1–69. doi.org/10.1037/t00467-000
- Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Vega, E., Gause, M., Watson, A. C., & Risch, N. (2012). Self-stigma of mental illness scale-short form: Reliability and validity. *Psychiatry Research*, 199(1), 65–69. doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.009
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Michaels, P. J. (2014). Brief battery for measurement of stigmatizing versus affirming attitudes about mental illness. *Psychiatry Research*, 215(2), 466–470. doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.006
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70. doi.org/10.1177/1529100614531398
- Corrigan, P. W. & Bink, A. B. (2015). How does stigma impede adherence and self-determination? Person-Centered Care for Mental Illness: The Evolution of Adherence and Self-Determination. *American Psychological Association*, 53-80.

doi.org/10.1037/14644-004

- Corrigan, P.W., Gause, M., Michaels, P., Buchholz, B., & Larson, J. (2015). The California Assessment of Stigma Change: A Short Battery to Measure Improvements in the Public Stigma of Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 51(6), 635–640. doi.org/10.1007/s10597-014-9797-5
- Crapanzano, K., & Vath, R. J. (2017). Long-Term Effect of a Stigma-Reduction Educational Intervention for Physician Assistants. *Journal of Physician Assistant Education*, 28(2), 92–95. doi.org/10.1097/JPA.0000000000000117
- Crocker, J., & Garcia, J. A. (2009). *Downward and upward spirals in intergroup interactions: The role of egosystem and ecosystem goals. Handbook of Prejudice, Stereotyping, and Discrimination*. New York, NY, US: Psychology Press.
- Cummings, J. R., Lucas, S. M. & Druss, B. G. (2013). Addressing public Stigma and disparities among persons with mental illness: The role of federal policy . *American Journal of Public Health*, 103(5), 781–785. doi.org/10.2105/AJPH.2013.301224
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., & Chow, V. M. (1993). What’s in a label? The effects of substance types and labels on treatment considerations and stigma. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 693– 699.
- Dabby, L., Tranulis, C., & Kirmayer, L. J. (2015). Explicit and implicit attitudes of Canadian psychiatrists toward people with mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(10), 451–459.
- Day, E. (2004). *Public attitudes toward mental illness: Development of an attitude assessment scale*. US: ProQuest Information & Learning.
- De-Assunção Gil, I. M., Pereira dos Santos, J. C., & de Jesus Loureiro, L. M. (2016). Estigma em estudantes de enfermagem: antes e depois do contacto com pessoas com transtornos mentais. *Revista Enfermagem*, 24(1), 1–7. <http://doi.org/10.12957/reuerj.2016.12309>
- Delaney, K. R. & Delaney R., K. (2012). Psychiatric Mental Health Nurses: Stigma Issues We Fail to See. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(4), 333–335. doi.org/10.1016/j.apnu.2012.04.006
- Demirören, M., Şenol, Y., & Aytuğkoşan, A. M. (2015). Educational needs assessment of stigmatization towards mental illness in medical education: Qualitative and quantitative approach . *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1), 22–29. doi.org/10.5455/apd.45731
- DeRoche, C. (2015). Labels in education: The role of parents and parental cultural capital in acquiring diagnoses and educational accommodations. *Canadian Journal of Education*, 38(4). Recuperado de: [https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84969794964&partnerID=40&md5=26a65fe735338f5b338f76adb58b872d9`](https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84969794964&partnerID=40&md5=26a65fe735338f5b338f76adb58b872d9)
- Destrebecq, A., Ferrara, P., Frattini, L., Pittella, F., Rossano, G., Striano, G., ... Gambini, O. (2017). The Italian Version of the Opening Minds Stigma Scale for Healthcare Providers: Validation and Study on a Sample of Bachelor Students. *Community Mental Health Journal*. doi.org/10.1007/s10597-017-0149-0
- DeVellis, R.F. (2003). *Scale Development : Theory and Applications*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components.

Journal of Personality and Social Psychology, 56(1), 5-18.

- Donaldson, P., Langham, E., Best, T., & Browne, M. (2015). Validation of the Gambling Perceived Stigma Scale (GPSS) and the Gambling Experienced Stigma Scale (GESS). *Journal of Gambling Issues*, 31, 162–199. doi.org/10.4309/jgi.2015.31.8
- Discovery Health, D. (2017). Historia de la Psiquiatria [video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=7AlkOuby_kM
- Dupree, P. & Day, H. (1995). Psychotherapists' job satisfaction and job burnout as a function of work setting and percentage of managed care clients. *Psychotherapy in private practice*, 14(2), 77-93.
- Ebrahimi, H., Jafarabadi, M. A., Areshtanab, H. N., Pourabbas, M., Dehghan, A., & Vahidi, M. (2017). Comparing mental illness stigma among nurses in psychiatric & non-psychiatric wards in Tabriz University of medical sciences. *Acta Facultatis Medicae Naissensis*, 34(1), 13–22. doi.org/10.1515/afmnai-2017-0002
- Ebsworth, S. J. & Foster, J. L. H. (2016) Public perceptions of mental health professionals: stigma by association? *Journal of Mental Health*. doi.org/10.1080/09638237.2016.1207228.
- Ellison, N., Mason, O., & Scior, K. (2013). Bipolar disorder and stigma: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 805–820. doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.014
- Evans-lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 55(7), 157–165.
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(03), 263–271. doi.org/10.1017/S2045796011000308
- Evans-Lacko, S., Courtin, E., Fiorillo, a., Knapp, M., Luciano, M., Park, a. L., ... Thornicroft, G. (2014). The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. *European Psychiatry*, 29(6), 381–389. doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.02.007
- Evans-Lacko, S., Gronholm, P. C., Hankir, A., Pingani, L., & Corrigan, P. (2016). Practical strategies to fight stigma in mental health. *Psychiatry in Practice: Education, Experience, and Expertise*, 237–255. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Failde, I., Salazar, A., Elorza, J., Casais, L., Pérez, V., Martínez, L. C., & Gilaberte, I. (2014). Spanish medical students' attitudes and views towards mental health and psychiatry: A multicentric cross-sectional study. *Academic Psychiatry*, 38(3), 332–338. doi.org/10.1007/s40596-014-0101-3
- Feagin, J. (2000). *Handbook of the Sociology of Racial and Ethnic Relations*. Springer. Texas
- Feagin & McKinney. (2003). *The many costs of Racism*. Oxford, England: Rowman & Littlefield.
- Fernandes, P. T., Salgado, P. C., Noronha, A. L., Sander, J. W., & Li, L. M. (2007). Stigma scale of epilepsy: Validation process. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 65(1), 35–42. doi.org/10.1590/S0004-282X2007001000006

- Fitzpatrick, J. J. (2015). The continuing stigma of mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*. Netherlands: Elsevier Science. doi.org/10.1016/j.apnu.2015.04.001
- Fischer, E. H., Turner J. L. (1970). Orientations to seeking professional help: development and research utility of an attitudes scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 79–90. 10.1037/h0029636
- Fischer, E. H., Farina A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: a shortened form and considerations for research. *College student journal*, 36, 368–373.
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J., & Xu, J. (2002). A Model of (Often Mixed) Stereotype Content: Competence and Warmth Respectively Follow From Perceived Status and Competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878–902. doi.org/10.1037//0022-3514.82.6.878
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Focault, M. (2006). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura económica de España. España.
- Foster, A., Hilton S, Embry, F., Pires, C., Ahmed, A.O., (2014) Measuring attitudes towards people with mental illness and people who are homeless: is a joint instrument needed? *In Homelessness: Prevalence, Impact of Social Factors & Mental Health Challenges*, 223-250. Switzerland. Editor NOVA Science Publications.
- Fox, C. (2016). A preliminary investigation into counselling student attitudes towards self-harming behaviour. *Counselling & Psychotherapy Research*, 16(2), 119–122.
- Friedrich, B., Evans-Lacko, S., London, J., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Anti-stigma training for medical students: The Education Not Discrimination project. *British Journal of Psychiatry*, 202(55), 89–94. doi.org/10.1192/bjp.bp.112.114017
- Fuermaier, A. B., Tucha, L., Koerts, J., Mueller, A. K., Lange, K. W., & Tucha, O. (2012). Measurement of stigmatization towards adults with attention deficit hyperactivity disorder. *PloS One*, 7(12). doi.org/10.1371/journal.pone.0051755
- Fundació Vila cases. (2016). Informe Quiral 2016. Recuperado de: <http://www.fundaciovilacasas.com/es/informe-quiral>
- Gabbidon, J., Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Brohan, E., Norman, I., & Thornicroft, G. (2012). Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) scale-psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. *Psychiatry Research*, 206 (1), 81–87. doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.028
- Gaebel, W., Zäske, H., Cleveland, H. R., Zielasek, J., Stuart, H., Arboleda-Florez, J., ...Sartorius, N. (2011). Measuring the stigma of psychiatry and psychiatrists: Development of a questionnaire. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(2), 119–123. doi.org/10.1007/s00406-011-0252-0
- Gaebel, W., Zäske, H., Zielasek, J., Cleveland, H.-R., Samjeske, K., Stuart, H., ...Sartorius, N. (2015). Stigmatization of psychiatrists and general practitioners: results of an international survey. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(3), 189–197. doi.org/10.1007/s00406-014-0530-8

- Gaebel, W. & Zielasek, J. (2015). Overcoming stigmatizing attitudes towards psychiatrists and psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(1), 5-7. doi.org/10.1111/acps.12362.
- Galletly, C., & Burton, C. (2011). Improving medical student attitudes towards people with schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(6), 473-476. doi.org/10.3109/00048674.2011.541419
- García, L. & Fernández, S. J. (2008). Procedimiento de aplicación del trabajo creativo en grupo de expertos. *Ingeniería Energética*, 29 (2), 46-50.
- Gawley, L., Einarson, A., & Bowen, A. (2011). Stigma and attitudes towards antenatal depression and antidepressant use during pregnancy in healthcare students. *Advances in Health Sciences Education*, 16(5), 669-679. doi.org/10.1007/s10459-011-9289-0
- Generalitat de Catalunya (2014). Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Recuperado de: <https://web.gencat.cat/es/actualitat/detall/Pla-Integral-datencio-a-les-persones-amb-trastorn-mental-i-addiccions>
- Gershan, D. N. (2013). *Explicit and implicit stigma of mental illness in mental healthcare settings* (Tesis doctoral). ProQuest Information & Learning, US.
- Gesicki, P., & Nelson-Becker, H. (2017). Remission from Depression in the DSM: Moving from Rhetoric to Restoration. *Clinical Social Work Journal*. doi.org/10.1007/s10615-017-0635-4
- Gil, I. M. A., dos-Santos, J. C. P., & Loureiro, L. M. J. (2016). Stigma among nursing students before and after contact with people with mental disorders. *Revista Enfermagem*, 24(1). doi.org/10.12957/reuerj.2016.12309
- Gilbert, P., Bhundia, R., Mitra, R., McEwan, K., Irons, C. & Sanghera, J. (2007). Cultural differences in shame-focused attitudes towards mental health problems in Asian and non-Asian student women. *Mental Health, Religion & Culture*, 10, 127-141.
- Girma, E., Möller-Leimkühler, A. M., Dehning, S., Mueller, N., Tesfaye, M., & Froeschl, G. (2014). Self-stigma among caregivers of people with mental illness: Toward caregivers' empowerment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 37-43. doi.org/10.2147/JMDH.S57259
- Glozier, N., Hough, C., Henderson, M., & Holland-Elliott, K. (2006). Attitudes of nursing staff towards co-workers returning from psychiatric and physical illnesses. *The International Journal of Social Psychiatry*, 52(6), 525-534.
- Goffman, E. (1963). *Stigma*. London, England: Pelican Books.
- Gomez-Nacht, Y. (2015). *A comparison of stigma attitudes of mental health professionals in training in the united states and south africa* (Tesis doctoral). ProQuest Information & Learning, US.
- González de Rivera, J. L. (1998). Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*, 19(5), 183-200.
- Graham, N., Lindsay, J., Katona, C., Bertolote, J. M., Camus, V., Copeland, J. R. M., ... Wancata, J. (2003). Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(8), 670-678. doi.org/10.1002/gps.876
- Granados-Gámez, G., López-Rodríguez, M. D., Corral-Granados, A., & Márquez-Hernández, V. (2017). Attitudes and Beliefs of Nursing Students Toward Mental Disorder: The

- Significance of Direct Experience With Patients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(2), 135–143. doi.org/10.1111/ppc.12147
- Gras, L. M., Swart, M., Slooff, C. J., van Weeghel, J., Knegtering, H., & Castelein, S. (2015). Differential stigmatizing attitudes of healthcare professionals towards psychiatry and patients with mental health problems: something to worry about? A pilot study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 50(2), 299–306. doi.org/10.1007/s00127-014-0931-z
- Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry*, 8, 25. doi.org/10.1186/1471-244X-8-25
- Griffiths, S., Mond, J., Murray, S., Thornton, C. & Touyz, S. (2015). Stigma resistance in eating disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 50(2), 279–287. doi.org/10.1007/s00127-014-0923-z
- Grover, S., Hazari, N., Aneja, J., Chakrabarti, S., Sharma, S., & Avasthi, A. (2016). Recovery and its correlates among patients with bipolar disorder: A study from a tertiary care centre in North India. *The International Journal of Social Psychiatry*, 62(8), 726–736. doi.org/10.1177/0020764016676214
- Gur, K., & Kucuk, L. (2016). Females' attitudes toward mental illness: A sample from rural Istanbul, Turkey. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(5). doi.org/10.5812/ircmj.22267
- Hamilton, D. L., & Trolie, T. K. (1986). Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach. In *Prejudice, discrimination, and racism*, 127-163. San Diego, CA, US: Academic Press.
- Han, D.Y., & Chen, S.H. (2015). Is the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale applicable to ethnic Chinese students? Psychometric properties and cultural considerations. *Journal of College Student Development*, 56(1), 73–83. doi.org/10.1353/csd.2015.0000
- Hao, Z.H., & Liang, B.Y. (2011). Revision of Questionnaire of Stigma for Seeking Professional Psychological Help in college students. *Chinese Mental Health Journal*, 25(9), 646–649.
- Harvey, R. D. (2001). Individual Differences in the Phenomenological Impact of Social Stigma. *Journal of Social Psychology*, 141(2), 174–189.
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813–821. doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069
- Hayward, P., Wong, G., Bright, J. A., & Lam, D. (2002). Stigma and self-esteem in manic depression: An exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, 69(1-3), 61–67. doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00380-3
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., ... Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*, 1(6), 467-482. doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6.
- Hippman, C., Ringrose, A., Inglis, A., Cheek, J., Albert, A. Y. K., Remick, R., ... Austin, J. C. (2016). A pilot randomized clinical trial evaluating the impact of genetic counseling

- for serious mental illnesses. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(2), 190–8. doi.org/10.4088/JCP.14m09710
- Hofmann-Broussard, C., Armstrong, G., Boschen, M. J., & Somasundaram, K. V. (2017). A mental health training program for community health workers in India: Impact on recognition of mental disorders, stigmatizing attitudes and confidence. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(1), 62–74. doi.org/10.1080/17542863.2016.1259340
- Hogberg, T., Magnusson, A., Ewertzon, M., Lutzen, K. (2008). Attitudes towards mental illness in Sweden: adaptation and development of the Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17 (5), 302–310. doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00552.x
- Horsfall, J., Cleary, M., & Hunt, G. E. (2010). Stigma in mental health: clients and professionals. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(7), 450–5. doi.org/10.3109/01612840903537167
- Holubova, M., Prasko, J., Hruby, R., Latalova, K., Kamaradova, D., Marackova, M., ... Gubova, T. (2016). Coping strategies and self-stigma in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1151–1158. doi.org/10.2147/PPA.S106437
- Howland, M., Levin, J., Blixen, C., Tatsuoka, C., & Sajatovic, M. (2016). Mixed-methods analysis of internalized stigma correlates in poorly adherent individuals with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 174–180. doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.07.012
- Huggins, B. (2016). *Medical hospitalization of patients with comorbid mental and medical illnesses: The effects of additional education among nurses* (Tesis doctoral). ProQuest Information & Learning, US.
- Hunter, L., Weber, T., Shattell, M., & Harris A., B. (2015). Nursing Students' Attitudes about Psychiatric Mental Health Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(1), 29–34. doi.org/10.3109/01612840.2014.935901
- Ignjatovic-Ristic, D., Solujic, A., Obradovic, A., Nikic-Djuricic, K., Draskovic, M., Jovic, J., ... Ristic, I. (2017). Attitudes of medical and pharmacy students towards patients suffering from schizophrenia. *Serbian Journal of Experimental and Clinical Research*, 18(1), 53–59. doi.org/10.1515/SJECR-2016-0055
- Ihalainen-Tamlander, N., Vähäniemi, A., Löyttyniemi, E., Suominen, T., & Välimäki, M. (2016). Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: A cross-sectional study in primary settings in Finland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6–7), 427–437. doi.org/10.1111/jpm.12319
- INE (2018) *Estadística de profesionales sanitarios colegiados*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Ingamells, S., Goodwin, A. M., & John, C. (1996). The influence of psychiatric hospital and community residence labels on social rejection of the mentally ill. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(3), 359–367. doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01190.x
- Interian, A., Ang, A., Gara, M. A., Link, B. G., Rodriguez, M. A., & Vega, W. A. (2010). Stigma and depression treatment utilization among Latinos: utility of four stigma measures. *Psychiatric Services*, 61(4), 373–379. doi.org/10.1176/appi.ps.61.4.373

- Jaju, A., & Crask, M.R.(1999). The perfect design: Optimization between reliability, validity, redundancy in scale items and response rates. *American Marketing Association, 10*, 127–131.
- James, T., Kutty, V. R., Boyd, J., & Brzoska, P. (2016). Validation of the Malayalam version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale. *Asian Journal of Psychiatry, 20*, 22–29. doi.org/10.1016/j.ajp.2016.01.005
- Jensen, K. B., Morthorst, B. R., Vendsborg, P. B., Hjorthoj, C. R., & Nordentoft, M. (2015). The effect of the mental health first-aid training course offered employees in Denmark: study protocol for a randomized waitlist-controlled superiority trial mixed with a qualitative study. *BMC Psychiatry, 15*(1), 80. doi.org/10.1186/s12888-015-0466-1
- Jesse, S. R. (2015). *Secondary stigma for professionals who work with marginalized groups: A comparative study* (Tesis doctoral). ProQuest Information & Learning, US.
- Johnson B.L. (2013) Discrimination. In: Loue S. (eds) *Mental Health Practitioner's Guide to HIV/AIDS*. New York: Springer. doi.org/10.1007/978-1-4614-5283-6_35
- Jones, E. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: Freeman & Co.
- Jones, M., Keefer, L., Bratten, J., Taft, T.H., Crowell, M.D., Levy, R., Palsson, O. (2009). Development and initial validation of a measure of perceived stigma in irritable bowel syndrome. *Psychological Health Medical, 14*(3), 367-374. doi: 10.1080/13548500902865956.
- Joyce, T., Higgins, I., Magin, P., Goode, S., Pond, D., Stone, T., Elsom, S., O'Neill, K. (2012) The experiences of nurses with mental health problems: Colleagues' perspectives. *Archives of Psychiatric Nursing, 26*, 324–332.
- Junta directiva AEN. (2015). Una historia de violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 35*(128), 397. doi.org/10.4321/S0211-57352015000400001
- Kaiser, H. (1970). A second generation Little Jiffy. *Psychometrika, 35*, 401-415
- Karakas, S., Okanli, A., & Yilmaz, E. (2016). The Effect of Internalized Stigma on the Self Esteem in Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*(6), 648-652. doi.org/10.1016/j.apnu.2016.02.006
- Karidi, M. V., Stefanis, C. N., Theleritis, C., Tzedaki, M., Rabavilas, A. D., & Stefanis, N. C. (2010). Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry, 51*(1), 19–30. doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.01.001
- Karshaki, H., Yazd, A. M., & Soudmand, P. (2014). Validation of the mental illness stigma scale, Ibn Sina Hospital, Mashhad. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences, 24*(113), 72–79. Recuperado de: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84940334536&partnerID=40&md5=3ceaa1ec5268a23993d475cf120f9f6f>
- Kassam, A., Glozier, N., Leese, M., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiatrica Scandinavica, 122*(2), 153–161.

doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01562.x

- Kassam, A., Papish, A., Modgill, G., & Patten, S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*, 12(1), 62. doi.org/10.1186/1471-244X-12-62
- Kaya, C., Tansey, T., Chan, F., Bezyak, J., Melekoğlu, M. A., Çakıroğlu, O., & Köse, S. (2015). Dimensionality of the Turkish version of the Self-Stigma of Seeking Help Scale: Results from exploratory and confirmatory factor analyses. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 37(2), 105–116. doi.org/10.1007/s10447-014-9230-3
- Kennedy, S. C., Abell, N. & Mennicke, A. (2017) Initial Validation of the Mental Health Provider Stigma Inventory. *Research on Social Work Practice*, 27(3), 335–347. doi.org/10.1177/1049731514563577
- Khalifeh, H., Johnson, S., Howard, L. M., Borschmann, R., Osborn, D., Dean, K., ... Moran, P. (2015). Violent and non-violent crime against adults with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 206(4), 275–282. doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147843
- Khan, N., Kausar, R., Khalid, A., & Farooq, A. (2015). Gender differences among discrimination & stigma experienced by depressive patients in pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(6), 1432–1436. doi.org/10.12669/pjms.316.8454
- Kidd, L. I., Tusaie, K. R., Morgan, K. I., Preebe, L., & Garrett, M. (2015). Mindful teaching practice: Lessons learned through a hearing voices simulation. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(2), 112–117. doi.org/10.3109/01612840.2014.953278
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., ... Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 190, 248–254. doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638
- Kira, I. A., Lewandowski, L., Ashby, J. S., Templin, T., Ramaswamy, V., & Mohanesh, J. (2014). The Traumatogenic Dynamics of Internalized Stigma of Mental Illness Among Arab American, Muslim, and Refugee Clients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(4), 250–266. doi.org/10.1177/1078390314542873
- Kira, I. A., Ramaswamy, V., Lewandowski, L., Mohanesh, J., & Abdul-Khalek, H. (2015). Psychometric assessment of the Arabic version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) measure in a refugee population. *Transcultural Psychiatry*, 52(5), 636658. doi.org/10.1177/1363461515569755
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2017). The role of Mental Health First Aid training in nursing education: A response to Happell, Wilson & McNamara (2015). *Collegian*, 24(3), 313–315. doi.org/10.1016/j.colegn.2016.06.002
- Knaak, S., & Patten, S. (2016). A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134 (446), 53-62. doi.org/10.1111/acps.12612
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111–116. doi.org/10.1177/0840470416679413
- Komiya, N., Glenn, E. & Sherrod, N. (2000). Emotional Openness as a Predictor of Colleague

- Students' Attitudes Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 138–143. doi.org/10.1037//0022-0167.47.1.138
- Korkmaz, G., & Küçük, L. (2016). Internalized stigma and perceived family support in acute psychiatric in-patient units. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 55–61. doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.003
- Krone, M. (2017). *Campus mental healthy practices and the stigma of mental illness: A quantitative analysis of student affairs professionals* (Tesis doctoral). ProQuest Information & Learning, US.
- Kupermintz H. (2004). On the reliability of categorically scored examinations. *Journal of Educational Measurement*, 41(3), 193-204.
- Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatisation: the functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127(2) 187-208. doi.org/10.1037//0033-2909.127.2.187
- Kvaale, E. P., Gottdiener, W. H., & Haslam, N. (2013). Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review of associations among laypeople. *Social Science & Medicine*, 96, 95–103. doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.017
- Kvaale, E. P., Haslam, N., & Gottdiener, W. H. (2013). The “side effects” of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 782–794. doi.org/10.1016/j.cpr.2013.06.002
- La Monica, E., L. (1981). Construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing & Health*, 4(4), 389-400
- Lang, F. U., Kösters, M., Lang, S., Becker, T., & Jäger, M. (2014). Changing attitude towards schizophrenia by psychiatric training of medical students. *Psychiatrische Praxis*, 41(3), 160–163. doi.org/10.1055/s-0033-1349456
- Larson, J. E. & Corrigan, P. (2008). The stigma of families with mental illness. *Academic Psychiatry*, 32(2), 87–91. doi.org/10.1176/appi.ap.32.2.87
- Lasalvia, A., Penta, E., Sartorius, N., Henderson, S. (2015). Should the label "schizophrenia" be abandoned? *Schizophrenia Research*, 162, (3), 276-284. doi.org/10.1016/j.schres.2015.01.031
- Lebowitz, M. S. (2017). *Effects of biological explanations of psychopathology among mental health clinicians and consumers* (Tesis doctoral). ProQuest Information & Learning, US.
- Lee, E. H., Hui, C. L., Ching, E. Y., Lin, J., Chang, W.C., Chan, S. K., & Chen, E. Y. (2016). Public Stigma in China Associated With Schizophrenia, Depression, Attenuated Psychosis Syndrome, and Psychosis-Like Experiences. *Psychiatric Services*, 67(7), 766–770. doi.org/10.1176/appi.ps.201500156
- Levant, R. F., Stefanov, D. G., Rankin, T. J., Halter, M. J., Mellinger, C., & Williams, C. M. (2013). Moderated path analysis of the relationships between masculinity and men's attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 392–406. doi.org/10.1037/a0033014
- Levin, M. E., Luoma, J. B., Lillis, J., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). The Acceptance and Action Questionnaire - Stigma (AAQ-S): Developing a measure of psychological flexibility with stigmatizing thoughts. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1),

21–26. doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.11.003

- Li, J., Li, J., Huang, Y., & Thornicroft, G. (2014). Mental health training program for community mental health staff in Guangzhou, China: Effects on knowledge of mental illness and stigma. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(49), 1–6.
- Li, J., Li, J., Thornicroft, G., & Huang, Y. (2014). Levels of stigma among community mental health staff in Guangzhou, China. *BMC Psychiatry*, 14, 231. doi.org/10.1186/s12888-014-0231-x
- Li, J., Li, J., Thornicroft, G., Yang, H., Chen, W., & Huang, Y. (2015). Training community mental health staff in Guangzhou, China: Evaluation of the effect of a new training model. *BMC Psychiatry*, 15(1). doi.org/10.1186/s12888-015-0660-1
- Linden, M., & Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1359–1368. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1990). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *Perspectives on Disability*, 212–237.
- Link, B.G., Struening, E. Neese-Todd, S. Asmussen, S. Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv.*,52(12), 1621-1626.
- Link, B.G., Castille, D. M., & Stuber, J. (2008). Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. *Social Science and Medicine*, 67(3), 409–419. doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.015
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150–2161. doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382–5.
- Loch, A. A., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Hengartner, M. P., Rossler, W., Gattaz, W. F., & Wang, Y.-P. (2013). Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. *BMC Psychiatry*, 13, 92. doi.org/10.1186/1471-244X-13-92
- Loureiro, L. M., Dias, C. A., & Aragao, R. O. (2008). Beliefs and attitudes toward mental ill and illness. Contributions for the study of social representations of madness [Portuguese]. *Revista de Enfermagem*, (8), 33–44.
- Lu, Y., & Wang, X. (2012). Correlation between insight and internalized stigma in patients with schizophrenia. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 24(2), 91–98. doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2012.02.004
- Luty, J., Fekadu, D., Umoh, O., & Gallagher, J. (2006). Validation of a short instrument to measure stigmatised attitudes towards mental illness. *Psychiatric Bulletin*, 30, 257–260. doi.org/10.1192/pb.30.7.257
- Llobet-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., Tomás-Marco, I. (2014). Exploratory Item Factor Analysis: a practical guide revised and update. *Annals of Psychology*, 30 (3) 1151-1169. doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361

- Lluch, M. (2005). Técnicas para desarrollar los recursos personales. In Novel, G., Lluch, M., Miguel, D. (2005). *Enfermería Psicosocial y Salud Mental*, 55–67. Barcelona: Masson.
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Warman, D. M., Strasburger, A., & Beattie, N. (2007). Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations across 6 months. *Psychiatry Research*, 149(1), 89–95. doi.org/10.1016/j.psychres.2006.03.007
- Lysaker, P. H., Roe, D., Ringer, J., Gilmore, E. M., & Yanos, P. T. (2012). Change in self-stigma among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation: associations with self-esteem and positive and emotional discomfort symptoms. *Psychological Services*, 9(3), 240–247. doi.org/10.1037/a0027740
- Madianos, M., Economou, M., Peppou, L. E., Kallergis, G., Rogakou, E., & Alevizopoulos, G. (2012). Measuring public attitudes to severe mental illness in Greece: Development of a new scale. *The European Journal of Psychiatry*, 26(1), 55–67. doi.org/10.4321/S0213-61632012000100006
- Machizawa, S., Sato, H., Sawamura, M. (1990). The measurement of attitude toward psychiatric disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 19, 511–520
- Major, B., O'Brien, L. (2005) The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychologist*, 56, 393–421. doi.org: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137
- Mahendran, R., Lim, H. A., Verma, S., & Kua, E. H. (2015). The impact of the educational environment on career choice and attitudes toward psychiatry. *Medical Teacher*, 37(5), 494–497. doi.org/10.3109/0142159X.2015.1009021
- Mak, W. W., & Cheung, R. Y. (2010). Self-stigma among concealable minorities in Hong Kong: conceptualization and unified measurement. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 80(2), 267–281. doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01030.x
- Mak, W. W., & Cheung, R. Y. (2012). Psychological distress and subjective burden of caregivers of people with mental illness: the role of affiliate stigma and face concern. *Community Mental Health Journal*, 48(3), 270–274. doi.org/10.1007/s10597-011-9422-9
- Makowski, A. C., Mnich, E. E., Ludwig, J., Daubmann, A., Bock, T., Lambert, M., ... von dem Knesebeck, O. (2016). Changes in beliefs and attitudes toward people with depression and schizophrenia. Results of a public campaign in Germany. *Psychiatry Research*, 237, 271–278. doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.029
- Marotic, V., Miletic, V., & Pejovic-Milovancevic, M. (2010). Stavovi adolescenata o problemima mentalnog zdravlja. [Adolescent's attitude towards mental health problems.]. *Psihijatrija Danas*, 42(1), 17–25.
- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of “borderline personality disorder”: social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 12(6), 595–612.
- Martin, J.K., Pescosolido, B.A., Olafsdottir, S., McLeod, J.D. (2007) The construction of fear: Americans' preferences for social distance from children and adolescents with mental health problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 48, 50–67.
- Martin, J.K., & Giallo, R. (2016). Confirmatory Factor Analysis of a Questionnaire Measure of Managerial Stigma Towards Employee Depression. *Stress and Health*, 32(5), 621–

628. doi.org/10.1002/smi.2655

- Mathisen, J. H. (2000). *Stigma busting: Does strategic contact with individuals with severe mental illness reduce negative attitudes in an adolescent population?* (Tesis Doctoral). ProQuest Information & Learning, US.
- Meier, A., Csiernik, R., Warner, L., & Forchuk, C. (2015). The Stigma Scale: A Canadian perspective. *Social Work Research, 39*(4), 213–222.
- Melas, P. A., Tartani, E., Forsner, T., Edhborg, M., & Forsell, Y. (2013). Mental health literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. *European Psychiatry, 28*(7), 404–411. doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.02.002
- Merritt, M.K., Procter, N. (2010). Conceptualising the functional role of mental health consultation-liaison nurse in multi-morbidity, using Peplau's nursing theory. *Contemporary Nurse, 34* (2),158-66. doi.org/10.5172/conu.2010.34.2.158.
- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. In *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender populations* (pp. 242-267). New York: Springer Science. doi.org/10.1007/978-0-387-31334-4_10
- Michaels J., P., & Corrigan W., P. (2013). Measuring mental illness stigma with diminished social desirability effects. *Journal of Mental Health, 22*(3), 218–226. doi.org/10.3109/09638237.2012.734652
- Mileva, V. R., Vázquez, G. H., & Milev, R. (2013). Effects, experiences, and impact of stigma on patients with bipolar disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 9*(1), 31–40. doi.org/10.2147/NDT.S38560
- Miller, C. T., & Major, B. (2000). Coping with stigma and prejudice. In *The social psychology of stigma* (pp. 243-272). New York: Guilford Press.
- Mittal, D., Corrigan, P., Sherman, M. D., Chekuri, L., Han, X., Reaves, C., ... Sullivan, G. (2014). Healthcare providers' attitudes toward persons with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 37*(4), 297–303. doi.org/10.1037/prj0000095
- Modgill, G., Patten, S. B., Knaak, S., Kassam, A., & Szeto, A. C. H. (2014). Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC Psychiatry, 14*, 120. doi.org/10.1186/1471-244X-14-120
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. PRISMA Group (2008) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Plos Medicine, 21*; 6 (7). doi.org/10.1136/bmj.b2535.
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Knol, D. L., Stratford, P. W., Alonso, J., Patrick, D. L., ... Vet, H. C. W. De. (2010). The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties : A clarification of its content. *BMC Medical Research Methodology, 18*,10-22. doi.org/10.1186/1471-2288-10-22.
- Morata-Ramirez, M. Á., Holgado-Tello, F. P., Barbero-García, M. I., & Mendez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio. Recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error Tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA [Confirmatory factor analysis. Recommendations for unweighted least squares method related to Chi-Square and RMSEA]. *Acción Psicológica, 12*(1), 79. doi.org/10.5944/ap.12.1.14362

- Moreno-Poyato, A.R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., ... Roldán-Merino, J.F. (2016). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 782–787.
- Moreno-Poyato, A.R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Leyva-Moral, J.M., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., ... Montesó-Curto, P. (2017). Implementation of evidence on the nurse-patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: study protocol. *BMC Nursing*, 16, (1). doi.org/10.1186/s12912-016-0197-8
- Moreno-Poyato, A.R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Lluch-Canut, T., Roldán-Merino, J.F., Montesó-Curto, P. (2018). Improving the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: Assessment of the therapeutic alliance and empathy after implementing evidence-based practices resulting from participatory action research. *Perspectives in Psychiatric Care*. 54, 300-8. doi-org.sire.ub.edu/10.1111/ppc.12238
- Moreno, A. R., & Tolosa, D. (2013).[Reflections on therapeutic relationship and its clinical practice in mental health nursing].*Revista de Enfermería (Barcelona, Spain)*, 36(12), 26–31. Recuperado de: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84897112829&partnerID=40&md5=bf47038317cf97619502b63a38a7bcf8>
- Morris, R., Scott, P. A., Cocoman, A., Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M. & Clinton, G. (2012) Is the Community Attitudes towards the Mentally Ill scale valid for use in the investigation of European nurses' attitudes towards the mentally ill? A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 460–470. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05739
- Moxham, L., Taylor, E., Patterson, C., Perlman, D., Brighton, R., Sumskis, S., ... Heffernan, T. (2016). Can a clinical placement influence stigma? An analysis of measures of social distance. *Nurse Education Today*, 44, 170–174. doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.003
- Mundon, C. R., Anderson, M. L., & Najavits, L. M. (2015). Attitudes toward substance abuse clients: An empirical study of clinical psychology trainees. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(4), 293–300. doi.org/10.1080/02791072.2015.1076090
- Muñiz, J. (2010). Las teorías de los test, teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del psicólogo*, 31,(1), 57-66.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). Estigma y Salud Mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Recuperado de: <http://www.ucm.es/BUCM/ecsa/9788474919806.pdf>
- Muñoz, M., Guillén, A., Pérez-Santos, E. (2015). A structural equation modeling study of the Spanish Mental Illness Stigma Attribution Questionnaire (AQ-27-E). *American Journal of Orthopsychiatry*, 3(85), 243–9.
- Muzyk, A. J., Lentz, K., Green, C., Fuller, S., Byron May, D., & Roukema, L. (2017). Emphasizing bloom's affective domain to reduce pharmacy students' stigmatizing attitudes. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 81(2).
- Natan, M. Ben, Drori, T., & Hochman, O. (2015). Associative Stigma Related to Psychiatric Nursing Within the Nursing Profession. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 388–392. doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.010
- Nemec, P. B., Swarbrick, M., & Legere, L. (2015). Prejudice and discrimination from mental health service providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 203–206.

doi.org/10.1037/prj0000148

- Nesdale, D. & Durkin, K. (1998). Stereotypes and attitudes: Implicit and explicit processes. *In Implicit Processes in Psychological Science*, 219–232.
- Newman, D., O'Reilly, P., Lee H., S., & Kennedy, C. (2015). Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 22(3), 171–182. doi.org/10.1111/jpm.12202
- Nii Munteh, M. (2015). *Exploring the dynamics of public stigma of mental illness among secondary students in cameroon* (Tesis doctoral). ProQuest Information & Learning, US.
- Nieto, J.M. & Szklo, M.(2003). *Epidemiologia intermedia: conceptos y aplicaciones*. Madrid: Diaz de Santos.
- Noblett, J. E., Lawrence, R., & Smith, J. G. (2015). The attitudes of general hospital doctors toward patients with comorbid mental illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 50(4), 370–382. doi.org/10.1177/0091217415612721
- Novel, G., Lluch, M.T., & Rigol, A. (1998). Asertividad y fomento de la salud mental. *Revista Rol*,(4), 46–52.
- Ng, P., Chan, K. (2000). Sex Differences in Opinion Towards Mental Illness Secondary School Students in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 46(2), 79.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1979). Psychometric theory. *PsycCRITIQUES. Journal of Psychoeducational Assessment*, 17. 275-280. doi.org/10.1037/018882
- Oades, L. G., Law, J., & Marshall, S. L. (2011). Development of a consumer constructed scale to evaluate mental health service provision. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(6), 1102–1107. doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01474.x
- Oddy, B., Rowe, H., & Fisher, J. (2009). Consumers views on the use of diagnostic labels to describe psychological distress in the postpartum: Implications for health care. *Australian Journal of Primary Health*, 15(1), 9–16. doi.org/10.1071/PY08061
- O'Reilly, C. L., Bell, J. S., Kelly, P. J., & Chen, T. F. (2015). Exploring the relationship between mental health stigma, knowledge and provision of pharmacy services for consumers with schizophrenia. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 11(3), 101–109. doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.04.006
- Olcun, Z., & Sahin, O. (2017). The Correlation Between Schizophrenic Patients' Level of Internalized Stigma and Their Level of Hope. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 332–337. doi.org/10.1016/j.apnu.2017.03.001
- Omaña-Palanco, R. (2008). *Estudio Sobre La Depresión Según La Encuesta Nacional De Salud 1995-2003*. Madrid: Universidad Complutense.
- OMS | Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. (2014). Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Oviedo-Celina, H., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso Coeficiente Alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572–80. doi.org/10.1590/S1135-

57272002000200001

- Pan, A.W., Chung, L., Fife, B.L., Hsiung, P.C. (2007). Evaluation of the psychometrics of the Social Impact Scale: a measure of stigmatization. *International Journal of Rehabilitation Research*, 30(3), 235-238. doi.org/10.1097/MRR.0b013e32829fb3db
- Papish, A., Kassam, A., Modgill, G., Vaz, G., Zanussi, L., & Patten, S. (2013). Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 13, 141. doi.org/10.1186/1472-6920-13-141
- Parle, S. (2012). How does stigma affect people with mental illness? *Nursing Times*, 108(28), 12–14.
- Park, K., & Seo, M. (2016). Care burden of parents of adult children with mental illness: The role of associative stigma. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 159–164. doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.07.010
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, 57(1), 13–24. doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0
- Pascucci, M., Ventriglio, A., Stella, E., Di Sabatino, D., La Montagna, M., Nicastro, R., ... Bellomo, A. (2017). Empathy and attitudes towards mental illness among Italian medical students. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(2), 174–184. doi.org/10.1080/17542863.2016.1276947
- Patten, S. B., Remillard, A., Phillips, L., Modgill, G., Szeto, A. C., Kassam, A., & Gardner, D. M. (2012). Effectiveness of contact-based education for reducing mental illness-related stigma in pharmacy students. *BMC Medical Education*, 12, 120. doi.org/10.1186/1472-6920-12-120
- Pepin, R., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2009). Intrinsic and extrinsic barriers to mental health care among community-dwelling younger and older adults. *Aging & Mental Health*, 13(5), 769–777. doi.org/10.1080/13607860902918231
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam & Sons.
- Peplau, H. E. (1971). *Process and concept of learning. Some clinical Approaches to Psychiatric Nursing*. London: Macmillan.
- Peplau, H. E. (1978). Psychiatric nursing: role of nurses and psychiatric nurses. *International Nursing Review*, 25(2), 41–7.
- Peplau, H. E. (1987). Teorías para el ejercicio de la Enfermería psiquiátrica: desarrollo y futuro. En J. Muñoz Mansilla (Presidencia). *V Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental*. Conferencia llevada a cabo en el V Congreso Nacional. Vitoria, España.
- Peplau, H.E. (1988). *Interpersonal Relations In Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York: Springer Publishing company.
- Pereira, A. A., Santos, S. M. E., & De Faria, R. M. D. (2016). Brazilian version of the attribution questionnaire - Cross cultural adaptation and validation of psychometric properties. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(4), 314–321. doi.org/10.1590/0047-2085000000139
- Perna, G., Torti, T., & Alciati, A. (2015). Effects of public awareness and stigmatization on accurate and timely diagnosis of bipolar disorder. In *The Bipolar Book: History, Neurobiology, and Treatment*. New York: Oxford University Press.

- Pescosolido, B., Perry, B., Martin, J., McLeod, J., Jensen, P. (2007). Stigmatizing Attitudes and Beliefs About Treatment and Psychiatric Medications for Children With Mental Illness. *Psychiatric services*, 58(5), 3–8.
- Pescosolido, B. (2015). The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove?. *Journal of Health Social Behaviour*, 54(1), 1–21. doi.org/10.1177/0022146512471197.
- Pesenti, J. C., & Araico, A. S. (2015). *Estudio “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma.”* Madrid, España: Red2red consultores
- Petkari, E. (2017). Building beautiful minds: Teaching through movies to tackle stigma in psychology students in the uae. *Academic Psychiatry*, 41(6), 724–732. doi.org/10.1007/s40596-017-0723-3
- Pfohl, A. H. (2011). Factors influencing psychological help seeking attitudes and behavior in counseling trainees. ProQuest Information & Learning, US.
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two?. *Social Science and Medicine*, 67(3), 358–367. doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.022
- Phillips, K. D., Moneyham, L., & Tavakoli, A. (2011). Development of an instrument to measure internalized stigma in those with HIV/AIDS. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(6), 359–366. doi.org/10.3109/01612840.2011.575533
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., ... Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research*, 246, 500–506. doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041
- Pingani, L., Forghieri, M., Ferrari, S., Ben-Zeev, D., Artoni, P., Mazzi, F., ... Corrigan, P. W. (2012) Stigma and discrimination toward mental illness: Translation and validation of the Italian version of the attribution questionnaire-27 (AQ-27-I). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 993–999. doi:10.1007/s00127-011-0407-3
- Pingani, L., Catellani, S., Del Vecchio, V., Sampogna, G., Ellefson, S.E., Rigatelli, M., ... Corrigan, P.W. (2016) Stigma in the context of schools: analysis of the phenomenon of stigma in a population of university students. *BMC Psychiatry*, 16(1), 29. doi.org/10.1186/s12888-016-0734-8
- Pingani, L., Evans-Lacko, S., Luciano, M., Del Vecchio, V., Ferrari, S., Sampogna, G., ... Fiorillo, A. (2016). Psychometric validation of the Italian version of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS). *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(5), 485–492. doi.org/10.1017/S2045796015000633
- Pinto, M. D., Hickman, R., Logsdon, M. C., & Burant, C. (2012). Psychometric evaluation of the revised attribution questionnaire (r-AQ) to measure mental illness stigma in adolescents. *Journal of Nursing Measurement*, 20(1), 47–58.
- Pinto, M. D., Hickman, R. L., & Thomas, T. L. (2015). Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH): An examination among adolescent girls. *Western Journal of Nursing Research*, 37(12), 1644–1661. doi.org/10.1177/0193945914543954
- Poersch, M. (2008). Avoiding chronification - Preventing stigmatization, promoting reinstatement. *PsychoNeurologist*, 34(8), 375–377.

- Pokorny, M.E. (2018). Teóricas de la enfermería de importancia histórica. *En Alligod (9ª ed). Modelos y Teorías de Enfermería*. Madrid, España: Elsevier.
- Poreddi, V., Thimmaiah, R., Pashupu, D. R., Ramachandra, V. S., & Badamath, S. (2014). Undergraduate nursing students' attitudes towards mental illness: Implications for specific academic education. *Indian Journal of Psychological Medicine, 36*(4), 368–372. doi.org/10.4103/0253-7176.140701
- Poreddi, V., Thimmaiah, R., & BadaMath, S. (2017). Medical and nursing students' attitudes toward mental illness: An Indian perspective. *Investigacion y Educacion En Enfermeria, 35*(1), 86–94. doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a10
- Preville, M., Mechakra Tahiri, S. D., Vasiliadis, H.-M., Quesnel, L., Gontijo-Guerra, S., Lamoureux-Lamarche, C., ...Berbiche, D. (2015). Association between perceived social stigma against mental disorders and use of health services for psychological distress symptoms in the older adult population: Validity of the STIG scale. *Aging & Mental Health, 19*(5), 464–474. doi.org/10.1080/13607863.2014.944092
- Pyne, J. M., Kuc, E. J., Schroeder, P. J., Fortney, J. C., Edlund, M., & Sullivan, G. (2004). Relationship between Perceived Stigma and Depression Severity. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(4), 278–283. doi.org/10.1097/01.nmd.0000120886.39886.a3
- Quinn, N., Knifton, L., Goldie, I., van Bortel, T., Dowds, J., Lasalvia, A., ...Thornicroft, G. (2014). Nature and impact of European anti-stigma depression programmes. *Health Promotion International, 29*(3), 403–413. doi.org/10.1093/heapro/das076
- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, Sessay, M., & Abraham, A. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*(3), 279–284.
- Real Academia Española. (2017). Diccionario de la lengua española (23.aed.). Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>
- Reddy, J. P., Tan, S. M. K., Azmi, M. T., Shaharom, M. H., Rosdinom, R., Maniam, T., ... Minas, I. H. (2005). The effect of a clinical posting in psychiatry on the attitudes of medical students towards psychiatry and mental illness in a Malaysian Medical School. *Annals of the Academy of Medicine Singapore, 34*(8), 505–510.
- Reynoso, S. F., Dávalos, R. M., & García, R. R. (2011). Study of translation to Spanish and psychometric evaluation of a scale to measure the internalized stigma in patients with serious mental illness. *Salud Mental, 34*(4), 333–339.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research, 121*(1), 31–49.
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research, 129*(3), 257–265. doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003
- RIWI Corp., (2015). Recuperado de <https://riwi.com/how-rdit-works/>
- Rocha-Neto, H. G., Rosenheck, R. A., Stefanovics, E. A., & Cavalcanti, M. T. (2017). Attitudes of Brazilian Medical Students Towards Psychiatric Patients and Mental Illness: A Quantitative Study before and after Completing the Psychiatric Clerkship. *Academic Psychiatry, 41*(3), 315–319. doi.org/10.1007/s40596-016-0510-6
- Roeloffs, C., Sherbourne, C., Unutzer, J., Fink, A., Tang, L., & Wells, K. B. (2003). Stigma

- and depression among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 25(5), 311–315.
- Rojas-Vilches, A., Negy, C., & Reig-Ferrer, A. (2011). Attitudes toward seeking therapy among Puerto Rican and Cuban American young adults and their parents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 313–341.
- Rosen, D. D., Greenberg, D., Schmeidler, J., & Shefler, G. (2008). Stigma of mental illness, religious change, and explanatory models of mental illness among Jewish patients at a mental-health clinic in North Jerusalem. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(2), 193–209.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: University Press
- Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 16(6), 558–567. doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x
- Rubí-González, P. (2002). Historia de la Psiquiatría. Retrieved from <http://www.monografias.com/trabajos11/hispsiq/hispsiq.shtml>
- Sabanciogullari, S., & Dogan, S. (2016). Internalized stigma among inpatients with mental illness in Turkey and factors affecting it. *Kuwait Medical Journal*, 48(1), 30–37. Recuperado de: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84961133240&partnerID=40&md5=ee707d8d078028ff172306907199d8c2>
- Sabatello, M., Phelan, J. C., Hesdorffer, D. C., Shostak, S., Goldsmith, J., Sorge, S. T., ... Ottman, R. (2015). Genetic causal attribution of epilepsy and its implications for felt stigma. *Epilepsia*, 56(10):1542–1550. doi.org/10.1111/epi.13113
- Sakellari, E., Sourander, A., Kalokerinou-Anagnostopoulou, A., & Leino-Kilpi, H. (2016). Opinions about mental illness among adolescents: The impact of a mental health educational intervention. *School Mental Health*, 8(2), 268–277. doi.org/10.1007/s12310-015-9159-7
- Salaheddin, K., & Mason, B. (2016). Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, 66(651), 686–692. doi.org/10.3399/bjgp16X687313
- Saldivia, S., Runte-Geidel, A., Grandon, P., Torres-Gonzalez, F., Xavier, M., Antonioli, C., ... Kisañveng, M. (2014). The Maristan stigma scale: a standardized international measure of the stigma of schizophrenia and other psychoses. *BMC Psychiatry*, 14, 182. doi.org/10.1186/1471-244X-14-182
- Salve, H., Goswami, K., Sagar, R., Nongkynrih, B., & Sreenivas, V. (2013). Perception and attitude towards mental illness in an urban community in South Delhi - A community based study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(2), 154–158. doi.org/10.4103/0253-7176.116244
- Salyers, M.P., Fukui, S., Rollins, A., L., Firmin, R., Gearhart, T., Noll, J.P., Williams, S., D. (2015) Burnout and self-reported quality of care in community mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(1), 61–9.

- Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 103-108.
- Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch Canut, M. T. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: A review of clinical studies. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15-16), 2096- 2105. doi.org/10.1111/jocn.12808
- Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch-Canut, M.T. (2017). Content validity of a psychotherapeutic intervention model in nursing: a modified e-Delphi study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2),147-156. doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.007
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941716302412>
- Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch Canut, M.T. (2018). Contributes for the development of a psychotherapeutic intervention model in nursing: a focus group study in Portugal and Spain. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54, 134-141
- Sampaio, F., Araújo, O., Sequeira, C., Lluch Canut, M.T. & Martins, T. (2018). A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety on adult psychiatric outpatients. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 1114–26. doi.org/10.1111/jan.13520
- Sampietro, H. M. (2014). Proyecto Buenas Prácticas de Enfermería y Salud Mental Erradicación del Estigma. <http://www.academia.cat/files/425-8231-DOCUMENT/buenaspracticass.pdf>
- Sartorius, N. (2010). Short-lived campaigns are not enough. *Nature*, 468(7321), 163–165. doi.org/10.1038/468163a
- Sartorius, N., & Schulze, H. (2005). Reducing the stigma of mental illness: A report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. New York: Cambridge University Press.
- Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H.-R., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-Flórez, J., ... Tasman, A. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists . *Postepy Psychiatrii I Neurologii*, 9(3), 89–104.
- 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 de Salud Mental*, 10: 5-13
- Sastre-Rus, M., García-Lorenzo, A., Lluch-Canut, M-T., Tomás-Sábado, J., Zabaleta-Del-Olmo, E. (2019). Instruments to assess mental health-related stigma among health professionals and students in health sciences: a systematic psychometric review. *Journal Advanced of Nursing*. doi.org/10.1111/jan.13960. [Epub ahead of print]
- Sathyanath, S., Mendonsa, R. D., Thattil, A. M., Chandran, V. M., & Karkal, R. S. (2016). Socially restrictive attitudes towards people with mental illness among the non-psychiatry medical professionals in a university teaching hospital in South India. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(3), 221–226. doi.org/10.1177/0020764015623971
- Schafer, T., Wood, S., & Williams, R. (2011). A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: Implications for nurse training. *Nurse Education Today*, 31(4), 328-332. doi.org/10.1016/j.nedt.2010.06.010

- Schulze, B., Stuart, H., & Riedel-Heller, S. (2009). Das Inventar Subjektiver Stigmaerfahrungen (ISE): Ein neues Instrument zur quantitativen Erfassung subjektiven Stigmas. *Psychiatrische Praxis*, 36(8), 19–27. doi.org/10.1055/s-0029-122333
- Seeman, N., Tang, S., Brown, A. D., & Ing, A. (2016). World survey of mental illness stigma. *Journal of Affective Disorders*, 190, 115–121. doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.011
- Sehlo, M. G., & Bahlas, S. M. (2013). Perceived illness stigma is associated with depression in female patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(3), 248–251. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.023
- Serafini, G., Pompili, M., Haghigat, R., Pucci, D., Pastina, M., Lester, D., ... Girardi, P. (2011). Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(7), 576–585. doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01706.x
- Sercu, C., Ayala, R. A., Bracke, P., Sercua, C., Ayala A., R., & Bracke, P. (2015). How does stigma influence mental health nursing identities? An ethnographic study of the meaning of stigma for nursing role identities in two Belgian Psychiatric Hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 307–316. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.017
- Sevigny, R. & Marleau, J. D. (1999) Attitudes Toward the Mentally Ill in a Sample of Professionals Working in a Psychiatric Hospital in Beijing (China). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 41–55. doi.org/10.1177/002076409904500106.
- Shankar, R., Laugharne, R., Pritchard, C., Joshi, P., & Dhar, R. (2011). Modified attitudes to psychiatry scale created using principal-components analysis. *Academic Psychiatry*, 35(6), 360–364. doi.org/10.1176/appi.ap.35.6.360
- Sharfstein, S. S. (2012). Review of Mental health in public health: The next 100 years. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(5), 722. doi.org/10.4088/JCP.12bk07752
- Shen, Y., Dong, H., Fan, X., Zhang, Z., Li, L., Lv, H., ... Guo, X. (2014). What can the medical education do for eliminating stigma and discrimination associated with mental illness among future doctors? effect of clerkship training on chinese students' attitudes. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 47(3), 241–254. doi.org/10.2190/PM.47.3.e
- Shera, W., & Ramon, S. (2013). Challenges in the implementation of recovery-oriented mental health policies and services: Analysis of developments in England and Canada. *International Journal of Mental Health*, 42(2-3), 17–42. doi.org/10.2753/IMH0020-7411420202
- Shin, Y., Joo, Y., & Kim, J. (2016). Self-perceived cognitive deficits and their relationship with internalized stigma and quality of life in patients with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12. doi: 10.2147/NDT.S108537.
- Siqueira, S. R. G., Abelha, L., Lovisi, G. M., Saruçon, K. R., & Yang, L. (2017). Attitudes Towards the Mentally Ill: A Study with Health Workers at a University Hospital in Rio de Janeiro. *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 25–38. doi.org/10.1007/s11126-016-9431-5
- Skopp, N. A., Bush, N. E., Vogel, D. L., Wade, N. G., Sirotnin, A. P., McCann, R. A., & Metzger-Abamukong, M. J. (2012). Development and initial testing of a measure of public and self-stigma in the military. *Journal of Clinical Psychology*, 68(9), 1036–1047. doi.org/10.1002/jclp.21889

- Spiers, E., & Combaluzier, S. (2009). Perceived stigma at the end of hospitalization and mentally ill subjects' social reinsertion [French]. *Recherche En Soins Infirmiers*, 97, 98–103.
- Sousa, S., Marques, A., Rosário, C., & Queirós, C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(4), 186–197. doi.org/10.1590/S2237-60892012000400004
- Sowislo, J. F., Gonet-Wirz, F., Borgwardt, S., Lang, U. E., & Huber, C. G. (2017). Perceived Dangerousness as Related to Psychiatric Symptoms and Psychiatric Service Use a Vignette Based Representative Population Survey. *Scientific Reports*, 8. doi.org/10.1038/srep45716
- Steele, C., Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5):797-811.
- Stefanovics, E., He, H., Ofori-Atta, A., Cavalcanti, M. T., Neto, H. R., Makanjuola, V., ... Rosenheck, R. (2016). Cross-national analysis of beliefs and attitude toward mental illness among medical professionals from five countries. *Psychiatric Quarterly*, 87(1), 63–73. doi.org/10.1007/s11126-015-9363-5
- Stevenson, K. N., Jack, S. M., O'Mara, L., LeGris, J., Stevenson N., K., Jack M., S., ... LeGris, J. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: An interpretive descriptive study. *BMC Nursing*, 14(1), 1–13. doi.org/10.1186/s12912-015-0079-5
- Stewart, M., Keel, P. K., & Schiavo, R. S. (2006). Stigmatization of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 320-325.
- Stokes, J. A. (2015). *Stigma in clinical psychology trainees: Bias towards eating disorders on the basis of weight variance and the mediating influence of personal psychological traits.* (Tesis doctoral). ProQuest Information & Learning, US.
- Stone, A. M., & Merlo, L. J. (2011). Attitudes of college students toward mental illness stigma and the misuse of psychiatric medications. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(2), 134–139. doi.org/10.4088/JCP.09m05254ecr
- Streiner, D.L., & Norman, G. (2003). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use.* Nueva York: Oxford University Press.
- Stuart, H., Arboleda-Flórez, J., & Sartorius, N. (2012). *Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned.* New York: Oxford University Press.
- Stubbs, A. (2015). Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: A review of the literature. *Australasian Psychiatry*, 22(6), 579–584. doi.org/10.1177/1039856214556324
- Stull, L. G. (2012). *Implicit stigma of mental illness: Attitudes in an evidence-based practice* (Tesis doctoral). ProQuest Information & Learning, US.
- Sun, B., Fan, N., Nie, S., Zhang, M., Huang, X., He, H., & Rosenheck, R. A. (2014). Attitudes towards people with mental illness among psychiatrists, psychiatric nurses, involved family members and the general population in a large city in Guangzhou, China. *International Journal of Mental Health Systems*, 8, 26. doi.org/10.1186/1752-4458-8-26

- Swim, J.K., Thomas, M.A. (2006). Responding to Everyday Discrimination: A Synthesis of Research on Goal-Directed, Self-Regulatory Coping Behaviors. *En Stigma and Group Inequality*. New York: Psychology Press.
- Świtaj, P., Grygiel, P., Wciórka, J., Humenny, G., & Anczewska, M. (2013). The Stigma subscale of the Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ): A psychometric evaluation in Polish psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 54(6), 713–719. doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.001
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*, 6th edn. Boston, MA: Pearson.
- Taft, T. H. (2010). *Perceived stigma in inflammatory bowel disease: An exploratory study* (Tesis doctoral). ProQuest Information & Learning, US.
- Tanabe, Y., Hayashi, K., & Ideno, Y. (2016). The Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: validation of the Japanese version. *BMC Psychiatry*, 16, 116. doi.org/10.1186/s12888-016-0825-6
- Tanaka, G., Inadomi, H., Kikuchi, Y., & Ohta, Y. (2004). Evaluating stigma against mental disorder and related factors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(5), 558–566. doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01300.x
- Tarolla, E., Tarsitani, L., Brugnoli, R., & Pancheri, P. (2006). The portrayal of mental illness in cinema. A systematic study. *Italian Journal of Psychopathology*, 12(2), 244–250.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- Tavormina, M. G., Tavormina, R., Nemoianni, E., & Tavormina, G. (2015). A questionnaire to assess social stigma. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 328-31.
- Taylor MS, Dear MJ. (1981) Scaling Community Attitudes Toward the Mentally III. *Schizophr Bull*, 7 (2): 225-40.
- Tei-Tominaga, M., Asakura, T. & Asakura, K. (2014) Stigma towards nurses with mental illnesses: A study of nurses and nurse managers in hospitals in Japan. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(4), 316–325. doi.org/10.1111/inm.12052.
- Telles, D., Gama, J., Gramaça, J., & Sampaio, D. (2015). Stigma and attitudes towards psychiatric patients in Portuguese medical students. *Acta Medica Portuguesa*, 28(6), 715–719.
- Terwee, C. B., Bot S. D. M., de Boer M. R., van der Windt D. A. W. M., Knol D. L., Dekker J., Bouter L. M. & de Ve H. C. W. (2007) Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology* 60(1), 34–42. doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012.
- Terwee C.B., Jansma E.P., Riphagen I.I. & De Vet H.C.W. (2009) Development of a methodological PubMed search filter for findings studies on measurement proprieties of measurement instruments. *Quality of Life Research* 18(8), 1115-1123. doi.org/10.1007/s11136-009-9528-5.
- Terwee C. B., Mokkink L. B., Knol D. L., Ostelo R. W. J. G., Bouter, L. M. & de Vet, H. C. W. (2012) Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: a scoring system for the COSMIN checklist. *Quality of Life Research*, 21(4), 651–657. doi.org/10.1007/s11136-011-9960-1

- Thornicroft, G. Rose, D., & Kassam, A. (2007). Stigma: ignorance , prejudice or discrimination?. *British journal of psychiatry*. doi.org/10.1192/bjppb10602525791
- Thornicroft, G. (2008). Discrimination and Stigma Scale (DISC-12). *The Indigo Study Group*, 1–10.
- Tornimbeni, S., Pérez, E., Olaz, F. y Fernández, A. (2004). Introducción a los tests psicológicos (3ª ed). Córdoba: Brujas.
- Tosangwarn, S., Clissett, P., & Blake, H. (2017). Psychometric Properties of the Thai Internalized Stigma Scale (TIS-LCH) for Care Home Residents. *Clinical Gerontologist*, 1–7. doi.org/10.1080/07317115.2017.1347595
- Totic, S., Stojiljkovic, D., Pavlovic, Z., Zaric, N., Zarkovic, B., Malic, L., ... Maric, N. P. (2012). Stigmatization of “psychiatric label” by medical and non-medical students. *The International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), 455–462. doi.org/10.1177/0020764011408542
- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: are mental illness and help-seeking self-stigmas different? *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 520–531. doi.org/10.1037/a0033555
- Tzouvara, V., Papadopoulos, C., & Randhawa, G. (2015). Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(3), 292–305. doi.org/10.1177/0020764016629699
- Ukpong, D. I., & Abasiubong, F. (2010). Stigmatising attitudes towards the mentally ill: A survey in a Nigerian university teaching hospital. *South African Journal of Psychiatry*, 16(2), 56–60.
- Ungar, T., & Knaak, S. (2013). The hidden medical logic of mental health stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(7), 611–612. doi.org/10.1177/0004867413476758
- Ungar, T., Knaak, S., & Szeto, A. C. H. (2015). Theoretical and practical considerations for combating mental illness stigma in health care. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 262–71. doi.org/10.1007/s10597-015-9910-4
- Urrutia-Egaña, M., Barrios-Araya, S., Gutiérrez-Núñez, M., & Mayorga-Camus, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*, 28(3), 547-558.
- Van der Maas, M., Stuart, H., Patten, S. B., Lentinello, E. K., Bobbili, S. J., Mann, R. E., ... Khenti, A. (2017). Examining the Application of the Opening Minds Survey in the Community Health Centre Setting. *Revue Canadienne de Psychiatrie*. doi.org/10.1177/0706743717719079
- Varas-Díaz, N., Santos-Figueroa, A., Polanco-Frontera, N., Cajigas-Vargas, I., Rivera-Díaz, M., Lugo-Candelas, C., ... Rivera-Segarra, E. (2012) Desarrollo de una Escala para Medir el Estigma Relacionado a Problemas de Salud Mental en Puerto Rico. [Development of a Scale to Measure the Stigma Related to Mental Health Problems in Puerto Rico]. *Revista Puertorriquena de Psicología*, 23, 107–118.
- Vendsborg, P., Bratbo, J., Dannevang, A., Hagedorn-Møller, J., Kistrup, K., Lindhardt, A., & Nordentoft, M. (2013). Staff attitudes towards patients with schizophrenia. *Danish*

Medical Journal, 60 (10).

- Verhaeghe, M. & Bracke, P. (2012) Associative stigma among mental health professionals: implications for professional and service user well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), 17–32. doi.org/10.1177/0022146512439453.
- Vibha, P., Saddichha, S., & Kumar, R. (2008). Attitudes of ward attendants towards mental illness: Comparisons and predictors. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(5), 469–478. doi.org/10.1177/0020764008092190
- Vijayalakshmi, P., Reddy, D., Math, S. B., & Thimmaiah, R. (2013). Attitudes of undergraduates towards mental illness: A comparison between nursing and business management students in India. *South African Journal of Psychiatry*, 19(3), 66–73. doi.org/10.7196/SAJP.398
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 325–337. doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.325
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Ascherman, P. L. (2009). Measuring perceptions of stigmatization by others for seeking psychological help: Reliability and validity of a new stigma scale with college students. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 301–308. doi.org/10.1037/a0014903
- Vogel, D. L., Armstrong, P. I., Tsai, P.-C., Wade, N. G., Hammer, J. H., Efstathiou, G., ... Topkaya, N. (2013). Cross-cultural validity of the Self-Stigma of Seeking Help (SSOSH) scale: Examination across six nations. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 303–310. doi.org/10.1037/a0032055
- Vogt, D., Di Leone, B. A. L., Wang, J. M., Sayer, N. A., Pineles, S. L., & Litz, B. T. (2014). Endorsed and Anticipated Stigma Inventory (EASI): a tool for assessing beliefs about mental illness and mental health treatment among military personnel and veterans. *Psychological Services*, 11(1), 105–113. doi.org/10.1037/a0032780
- Waidman, M. A. P., da Costa, B., & Paiano, M. (2012). Community Health Agents' perceptions and practice in mental health [Portuguese]. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 46(5), 1170–1177. doi.org/S0080-62342012000500019
- Walkup, J., Cramer, L. J., & Yeras, J. (2004). How Is Stigmatization Affected by the “Layering” of Stigmatized Conditions, Such as Serious Mental Illness and HIV? *Psychological Reports*, 95(3), 771–779. doi.org/10.2466/PR.95.7.771-779
- Wallace E., J., & Wallace, J. E. (2012). Mental health and stigma in the medical profession. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, 16(1), 3–18. doi.org/10.1177/1363459310371080
- Wallcraft, J., Amering, M., Freidin, J., Davar, B., Froggatt, D., Jafri, H., ...Herrman, H. (2011). Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry*, 10(3), 229–236.
- Wang, J., Pan, L., Liu, G., & Zhang, X. (2013). Effects of educational approach in changing public stigma related to mental illness among Chinese diploma nursing students. *Life Science Journal*, 10(2), 934–938.
- Ware, J. E., & Gandek, B. (1998). Methods for testing data quality, scaling assumptions, and

- reliability: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment. Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 945–952.
- Watson, A. C. & Corrigan, P. W. (2005). Challenging Public Stigma: A Targeted Approach. On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change. *American Psychological Association*. doi.org/10.1037/10887-013
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312–1318. doi.org/10.1093/schbul/sbl076
- Watson, A. C., & Eack, S. M. (2011). Oppression and stigma and their effects. In *Mental Health and Social Problems: A Social Work Perspective*. 21–43. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Watson, R., Yanhua, C., Ip, M. Y., Smith, G. D., Wong, T. K. & Deary, I. J. (2013). The structure of stress: Confirmatory factor analysis of a Chinese version of the stressors in Nursing Students Scale (SINS). *Nurse Education Today*, 33, 160–165.
- Watson A.C., Corrigan P, Kosyluk K. (2014). Challenging stigma. In: *Early intervention in psychiatry: EI of nearly everything for better mental health* 358–372. UK: Wiley-Blackwell.
- Webster, I. W. (2012). Mental illness, brain disease and stigma. *Advances in Mental Health*, 10(2), 205–207.
- Wei, Y., Mcgrath, P., Hayden, J., & Kutcher, S. (2017). The quality of mental health literacy measurement tools evaluating the stigma of mental illness : a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Science*, 1-30. doi.org/10.1017/S2045796017000178
- Weiner, B. (1995) *Judgments of Responsibility: A Foundation for a Theory of Social Conduct*. New York: Guilford Press.
- Weissová, A., Janoušková, M., Kasal, A., & Petr, T. (2016). Attitudes of mental health nurses towards people with mental illness . *Psychiatrie*, 20(3), 121–126.
- Williams, D., J. (2013). Are Jamaicans really that stigmatizing? A comparison of mental health help-seeking attitudes. *The West Indian Medical Journal*, 62(5), 437–442.
- Wilkins, B. & Abell, A. (2010) Validation of the Mental Illness Stigma Scale for Mental Health Professionals. In Conference: Society for Social Work and Research 14th Annual Conference: Social Work Research: A WORLD OF POSSIBILITIES. Houston: publication of the doctoral students of the University Of Houston Graduate College Of Social Work.
- Wilson, F. (2009). “Mental health” and prejudice. *Australasian Psychiatry*, 17(5), 419–421. doi.org/10.1080/10398560902923335
- Winkler, P., Mladá, K., Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Csémy, L., & Evans-Lacko, S. (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. doi.org/10.1007/s00127-016-1263-y
- Wong-Anuchit, C., Mills, A. C., Schneider, J. K., Rujkorakarn, D., Kerdpongchote, C., & Panyayong, B. (2016). Internalized Stigma of Mental Illness Scale—Thai version: Translation and assessment of psychometric properties among psychiatric outpatients in central Thailand. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(4), 450. doi.org/10.1016/j.apnu.2016.01.012

- Yamaguchi, S., Wu, S.I., Biswas, M., Yate, M., Aoki, Y., Barley A, E., & Thornicroft, G. (2013). Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: a systematic review. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201(6), 490–503. doi.org/10.1097/NMD.0b013e31829480df
- Yang, L., Kleinman, A., Link, B.G, Phelan, J.C, Lee,S., Good, B .(2007). Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Social Science Medical*, 64(7), 1524-1535.
- Yang-Wallentin, F., Joreskog, K. G. & Luo, H. (2010). Confirmatory Factor Analysis of Ordinal Variables With Misspecified Models. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 17(3), 392–423.
- Yanos, P. T., Vayshenker, B., DeLuca, J. S., & O'Connor, L. K. (2017). Development and Validation of a Scale Assessing Mental Health Clinicians' Experiences of Associative Stigma. *Psychiatric Services*, 68(10), 1053–60. doi.org/10.1176/appi.ps.201600553
- Zárate P., C., Ceballos V., M., Contardo P., M. & Florenzano U., R. (2006). Health education and close contact as factors involved in the attitude towards the mentally ill. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 44(3), 205–214.
- Zartaloudi, A. & Madianos, M. (2010). Stigma related to help-seeking from a mental health professional. *Health Science Journal*, 4(2), 77–83.

8. PREMIOS Y PUBLICACIONES

PREMIOS:

Premio XV de Investigación Beca de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental
AEESME.



DON CARLOS AGUILERA SERRANO, SECRETARIO DE LA ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL, DE LA QUE ES
PRESIDENTE DON FRANCISCO MEGÍAS LIZANCOS.

INFORMA que:

El XV Premio de Investigación Beca de la AEESME

Ha recaído en el trabajo titulado:

***“Aplicación del modelo de Enfermería de H. Peplau para analizar los
prejuicios y el estigma hacia la enfermedad mental de las enfermeras de
salud mental. Construcción y validación de una escala”.***

Autores:

***D^{ra}. Meritxell Sastre Rus, DNI: 37746930C; D^{ra}. María Teresa Lluch Canut, DNI: 36965495X;
D. Joaquín Tomás Sábado, DNI: 17131532M.***

Y para que conste, expido el presente en Murcia a cinco de abril de dos mil diecisiete.

Francisco Megías Lizancos
Presidente.

Carlos Aguilera Serrano
Secretario.

PUBLICACIONES:

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). *Rev. Enferm Salud Mental*, 10: 5-13

ARTÍCULO ORIGINAL

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN PRELIMINAR DE LA FORMA ESPAÑOLA DE LA ESCALA CAMI-S (COMMUNITY ATTITUDES TOWARDS MENTAL ILLNESS)

MERITXELL SASTRE-RUS¹, JAVIER MONTES-HIDALGO², M.ª TERESA LLUCH-CANUT³,
ALEJANDRO GARCÍA-LORENZO⁴ Y JOAQUÍN TOMÁS-SÁBADO²

¹Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat. Barcelona.

²Unitat de Recerca i Comunicació Científica (URICC). Escoles Universitàries Gimbernat. Barcelona.

³Escuela de Enfermería. Universitat de Barcelona.

⁴Hospital Sant Rafael, Germanes Hospitalàries. Barcelona.

RESUMEN

Introducción: el estigma de la enfermedad mental es un fenómeno ampliamente arraigado en nuestra sociedad. El desarrollo de programas eficaces para la erradicación del estigma necesita disponer de instrumentos dedicados a evaluar las intervenciones diseñadas. El objetivo del presente trabajo es adaptar y validar la versión española de la escala CAMI-S (Community Attitudes towards Mental Illness, Swedish version) en una muestra de estudiantes de enfermería.

Material y método: la escala original en inglés se tradujo al español mediante sucesivos ciclos de traducción y retrotraducción. El estudio se ajustó a un diseño observacional transversal, correlacional. Los participantes fueron 273 estudiantes de Grado de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat, de Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

Resultados: se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,790 para la escala CAMI-S y una estructura factorial coherente y significativa, formada por tres factores, al igual que el instrumento original.

Conclusiones: los resultados apoyan la consideración de la escala CAMI-S como un instrumento válido y fiable para la evaluación del estigma en la población española.

Palabras clave: estigma, salud mental, enfermería.

Sastre-Rus,M., García-Lorenzo, A., Lluch-Canut,M-T., Tomás-Sábado.J., Zabaleta-Del-Olmo,E. Instruments to assess mental health-related stigma among health professionals and students in health sciences: a systematic psychometric review. *Journal Advanced of Nursing* [Internet].2019 Jan 29 [cited 2019 Jan 30]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.13960>



Review

Instruments to assess mental health-related stigma among health professionals and students in health sciences: a systematic psychometric review

Meritxell Sastre-Rus , Alejandro García-Lorenzo, Maria-Teresa Lluch-Canut, Joaquín Tomás-Sábado, Edurne Zabaleta-Del-Olmo

First published: 29 January 2019 | <https://doi.org/10.1111/jan.13960>

This article has been accepted for publication and undergone full peer review but has not been through the copyediting, typesetting, pagination and proofreading process, which may lead to differences between this version and the Version of Record. Please cite this article as doi: 10.1111/jan.13960



PRESENTACIONES A JORNADAS Y CONGRESOS

2016

XIII Jornada de Psiquiatría i Infermeria

- Fecha y lugar: 1 de diciembre del 2016, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona (España).
- COMUNICACIÓN ORAL: Estigma y Prejuicio de la Enfermedad Mental en los Profesionales de Enfermería.
- Autores: Meritxell Sastre Rus

2017

CIE Congreso 2017

- Fecha y lugar: 27 de mayo al 1 de junio, Barcelona (España).
- POSTER: *Estigma de la salud mental en Enfermería: elaboración de un modelo y de una escala de medición (P447W)*
- Autores: Meritxell Sastre Rus, M.Teresa Lluch Canut, Joaquín Tomás-Sábado.

XXXIV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

- Fecha y lugar: 5,6 y 7 de abril de 2017, Murcia (España)
- COMUNICACIÓN ORAL: Adaptación y validación preliminar de la versión española de la Escala CAMI (Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire).
- Autores: Meritxell Sastre-Rus, Joaquín Tomás-Sábado, Javier Montes Hidalgo, M^a Teresa Lluch Canut, Alejandro García Lorenzo.

2018

IV Jornada de Salud Mental y Adicciones Hospital del Mar

- Fecha y lugar: 8 de febrero del 2018, Barcelona (España).
- COMUNICACIÓN ORAL: *Estigma y Salud Mental. Reflexiones de la situación actual y propuestas de futuro.*
- Autores: Meritxell Sastre Rus.

XXXV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

- Fecha y lugar: 21 al 23 de marzo del 2018, Santiago de Compostela, España.
- POSTER: *“El modelo de Peplau y el estigma de la enfermedad mental en enfermería: diseño de un instrumento y validación de contenido”.*
- Autores: Meritxell Sastre Rus, M.Teresa Lluch Canut, Joaquín Tomás-Sábado.

IX CONGRESO INTERNACIONAL DE ASPESM

- Fecha y lugar: 17, 18 y 19 de octubre del 2018, Bragança (Portugal).
- COMUNICACIÓN ORAL: *“Estigma em estudantes de enfermagem e em profissionais segundo o modelo teórico de Peplau”.*
- Autores: Meritxell Sastre-Rus.

2019

XXXVI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

- Fecha y lugar: 10,11 y 12 de abril de 2019, Avila (España)
- COMUNICACIÓN ORAL *“La influencia del contacto en las actitudes hacia la enfermedad mental en estudiantes de enfermería”.*
- Autores: Meritxell Sastre-Rus, Joaquín Tomás-Sábado, Javier Montes Hidalgo, M^a Teresa Lluch Canut, Alejandro García Lorenzo. (*Comunicación aceptada*).

9. ANEXOS

Anexo 1. Descripción inicial de los instrumentos que evalúan el concepto del estigma. Revisión bibliográfica.

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
1	Attribution questionnaire (AQ)	(Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003)	<p>Utiliza viñetas para aplicar una situación a través de la cual se evalúa el estigma. Se desarrolla para evaluar nueve estereotipos sobre las personas con enfermedad mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ AQ-9: Carga sobre los 9 factores que representan estereotipos (culpa, ira, lástima, ayuda, peligrosidad, miedo, evasión, segregación y coerción) ➤ AQ-8: Se elimina el factor coerción, quedando 8. Adaptado para niños entre diez y dieciocho años. ➤ AQ-26: El AQ-26 ofrece una viñeta muy breve sobre Harry, con 26 ítems. ➤ AQ-27: El AQ-27 ofrece una viñeta muy breve sobre Harry, un hombre con esquizofrenia e incluye tres ítems de prueba que se suman para cada uno de los 9 estereotipos. 	<p>(Pingani et al., 2012) (Pingani et al., 2016) (Araujo, Eloi & Delbone, 2016) (Corrigan, Powell & Michaels, 2014)</p>	<p><i>Adolescentes:</i> (Pinto, Hickman, Logsdon & Burant, 2012) <i>Adultos:</i> (Michaels & Corrigan, 2013) (Granados-Gómez, López Rodríguez, Granados, & Márquez-Hernández, 2017), (Ihalainen-Tamlander, Vähäniemi, Löyttyniemi, Suominen, & Välimäki, 2016) <i>Estudiantes de farmacia:</i> (Muzyk et al., 2017). <i>Estudiantes:</i> (Nii Munteh, 2015) (Corrigan et al; 2012) (Pereira, Santos, & De Faria, 2016) (Muñoz, Guillén & Pérez-Santos, 2015) (Gawley, Einarson, & Bowen, 2011) (Sousa, Marques, Rosário, & Queirós, 2012).</p>
2	Internalized Stigma of Mental Illness scale (ISMI)	(Ritsher et al., 2003)	<p>Mide el auto-estigma a través de 29 ítems. Formato respuesta tipo Likert de 4 puntos. Los ítems se agrupan en 5 factores: Alineación, experiencia subjetiva de tener una identidad deteriorada (7 ítems), asignación de estereotipos (5 ítems), experiencia de discriminación (5 ítems), aislamiento social (6 ítems), la resistencia al estigma (5 ítems). Existen 55 versiones conocidas y se encuentran las 47 versiones disponibles en una revisión sistemática (Boyd et al., 2014). Hay una versión española adaptada (Muñoz et al., 2011).</p>	<p>(Chang, Lin, Gronholm, & Wu, 2016), (James, Kutty, Boyd, & Brzoska, 2016).</p>	<p><i>Población con enfermedad mental:</i> (Ritsher & Phelan, 2004), (Lysaker, Davis, Warman, Strasburger & Beattie, 2007), (Lysaker, Roe, Ringer, Gilmore & Yanos, 2012), (Lu & Wang, 2012), (Kira et al., 2014), (Boyd, Hayward, Bassett, & Hoff, 2016), (Can & Tanriverdi, 2015), (Chang et al., 2016), (Griffiths, Mond, Murray, Thornton, & Touyz, 2015), (Grover et al., 2016), (Holubova et al., 2016), (Howland, Levin, Blixen, Tatsuoka, & Sajatovic, 2016), (Karakas, Okanli, & Yilmaz, 2016), (Khan, Kausar, Khalid, & Farooq, 2015), (Kira, Ramaswamy, Lewandowski, Mohanesh, & Abdul-Khalek, 2015) (Korkmaz & Küçük, 2016) (Olcun & Sahin, 2017), (Picco et al., 2016), (Sabanciogullari & Dogan, 2016) (Shin, Joo, & Kim, 2016), (Tanabe, Hayashi, & Ideno, 2016)</p>

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
	The Thai Version of Internalized Stigma of Living in a Care Home (TIS-LCH)	(Wong-Anuchit et al., 2016)	Es una escala creada a partir de la ISMI. Se trata de un instrumento para medir el estigma derivado de vivir en una residencia o piso asistido.	(Tosangwam, Clissett, & Blake, 2017)	<i>Pacientes con trastorno mental:</i> (Wong-Anuchit et al., 2016) (Tosangwam et al., 2017)
3	Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE)	(Clement et al., 2012)	Escala que mide las barreras de acceso a la atención de salud mental. Incluye una subescala para medir el estigma asociado con el receptor. En el desarrollo de la escala, se modifica la primera versión (BACE v2, BACE v3).	-	<i>Población con enfermedad mental:</i> (Clement et al., 2012) <i>Población general:</i> (Salaheddin & Mason, 2016)
4	Questionnaire measure the stigma of psychiatry and psychiatrists	(Gaebel et al., 2011)	Cuestionario que consta de escalas sobre el estigma percibido en términos de la percepción del público de los estereotipos sociales, auto-estigma estigma en términos de acuerdo de estereotipo, el estigma percibido como discriminaciones estructurales, experiencias de discriminación, los resultados del estigma y las actitudes hacia otra profesión (en contraste con la propia).	-	<i>Profesionales sanitarios:</i> (Gaebel et al., 2011) (Gaebel et al., 2015)
5	Questionnaire	(Loch et al., 2013)	Cuestionario que evalúa el estigma de la salud mental en una población de psiquiatras. Se usó en una muestra de más de mil especialistas durante un congreso de psiquiatría en el año 2009. Define las dimensiones del estigma en estereotipos negativos, estereotipos positivos, restricciones, perjuicio de la percepción, distancia social.	-	<i>Población profesional sanitarios:</i> (Loch et al., 2013), (Wolfgang Gaebel, Zaska, et al., 2015)

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
6	Escala Estigma Para recibir ayuda psicológica (SSRPH)	(Komiya, Glenn & Sherrod, 2000)	Escala para evaluar cómo es de estigmatizante para los individuos recibir tratamiento psicológico. Consta de 5 ítems con respuesta Likert a cada uno de ellos; la visita a un psicólogo implica estigma social, es signo de debilidad necesitar de ayuda psicológica, la gente verá a la persona de manera menos favorable si acude a pedir ayuda, es recomendable ocultar que se ha necesitado ayuda psicológica y la gente que recibe ayuda tiende a recibir menos por parte de la sociedad	-	<i>Estudiantes de psicología:</i> (Komiya, Glenn & Sherrod, 2000) <i>Población general:</i> (Rojas-Vilches, Negy, & Reig-Ferrer, 2011) <i>Población con enfermedad mental:</i> (Pyne et al., 2004). <i>Adolescentes:</i> (Pinto, Hickman, & Thomas, 2015).
7	Self-stigma Associated with Seeking Psychological Help (SSOSH). Self-stigma of mental illness (SSOMI)	(Vogel et al; 2006)	Escala que mide el auto-estigma asociado a la búsqueda de ayuda psicológica. Relaciona el estigma con la autoestima en la búsqueda de ayuda psicológica. Contiene 10 ítems y elementos tales como "Si yo fuera a una terapeuta, yo estaría menos satisfecho conmigo mismo". Los resultados se valoran del 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo) y las puntuaciones más altas representan mayor auto-estigma para buscar ayuda psicológica. (SSOMI): Versión de la SSOSH; se trata de una escala de 10 ítems desarrollada para el estudio donde se comparaba el auto-estigma de la salud mental con el auto-estigma que surge en la búsqueda de ayuda psicológica. Se generaron unos ítems mediante la sustitución de las referencias a buscar ayuda del SSOSH con referencias a tener una enfermedad mental. Presenta una diferencia mínima de sintaxis en comparación con la SSOSH.	(Vogel et al., 2013) (Kaya et al., 2015)	Estudiantes universitarios: (Vogel et al; 2006), (Vogel et al., 2013). <i>Profesionales o estudiantes sanitarios de la salud mental:</i> (Pfohl, 2011). (Tucker et al., 2013).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
8	Perceptions of Stigmatization by Others for Seeking Help (PSOSH).	(Vogel, Wade & Ascheman, 2009)	Escala que mide las percepciones de la estigmatización de los otros en la búsqueda de ayuda. Está formada por 5 ítems que miden la reacción negativa hacia uno mismo, el pensamiento propio de cosas malas, la sensación de vernos perturbados, el pensamiento propio desfavorable y la posibilidad de ser un riesgo para los demás.	-	<i>Estudiantes universitarios:</i> (Vogel et al; 2009).
9	Questionnaire of Stigma for Seeking Professional Psychological Help (SSPPH)	(Hao & Liang, 2011)	Escala desarrollada mediante la combinación de la escala de estigma para recibir ayuda psicológica (SSRPH) y Auto-estigma de la Escala de Búsqueda de Ayuda (SSOSH). Consta de 5 preguntas con respuesta Likert de 3 puntos. A mayor puntuación mayor percepción del estigma asociado a recibir tratamiento psicológico.	-	<i>Estudiantes universitarios:</i> (Hao & Liang, 2011)
10	Stigma Scale	(King et al., 2007)	Escala de 42 ítems que mide el estigma a través de la discriminación, la revelación y la autoestima. Formato respuesta Likert 5 puntos. La subescala de discriminación hace referencia a las reacciones negativas de otras personas (profesionales incluidos), la subescala de divulgación, que incluye vergüenza o sentirse mal acerca de la enfermedad y la gestión de la divulgación de evitar la discriminación. La subescala de aspectos positivos pregunta acerca de cómo los pacientes aceptan su enfermedad y se perciben. Una puntuación alta significa mayor estigma.	-	<i>Población con enfermedad mental:</i> (Karshaki, Yazd & Soudmand, 2014), (Reynoso, Dávalo, García, 2011), (Meier, Csiernik, Warner, & Forchuk, 2015) <i>Profesionales de enfermería:</i> (Wang, Pan, Liu, & Zhang, 2013).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
11	The Mental Illness Stigma Scale	(Stone & Merlo, 2011).	Escala que consta de 28 ítems con una estructura de tres factores: la discriminación, la divulgación y el potencial positivo de los aspectos de la salud mental. El estigma mental se correlaciona negativamente con la autoestima global. Está formada por 7 subescalas que miden las creencias personales de la enfermedad mental. Las subescalas incluyen los sentimientos de nerviosismo, miedo, la disrupción de las relaciones, higiene, visibilidad, tratabilidad, eficacia y recuperación. Los resultados son calificados en una escala Likert de 7 puntos.	-	Población con enfermedad mental (Karshaki et al; 2014).
12	Attitudes towards Mental Health Problems (ATMHP)	(Gilbert et al; 2007)	Cuestionario que mide las actitudes hacia la salud mental a través de 35 ítems. Explora las actitudes de la comunidad, las de la familia y las propias, en forma de vergüenza y estigma. El formato de respuesta es una escala Likert de 4 puntos.	-	<i>Estudiantes de medicina:</i> (Reddy et al., 2005) <i>Profesionales sanitarios:</i> (Failde et al., 2014) (Rao et al, 2009) (Rao, Mahadevappa, Pillay, Sessay & Abraham, 2009). <i>Población general:</i> (Amini, Shoar, Tabatabaee, & Arabzadeh, 2016)

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
13	Mental Illness Clinicians' Attitudes (MICA) ✓ (MICA) V2 ✓ (MICA) V3 ✓ (MICA) V4	(Kassam, Glozier, Leese, Henderson, & Thornicroft, 2010).	<p>Escala de 16 ítems diseñada para medir las actitudes de los profesionales de la salud hacia las personas con enfermedad mental. Contiene cuatro factores; la visión de la salud o atención social de la enfermedad mental, conocimiento de la enfermedad mental, revelación, la distinción entre salud física y mental y la atención a los pacientes con salud mental</p> <p>✓ (MICA) V2: evalúa la actitud de los estudiantes de medicina, residentes de psiquiatría y los psiquiatras, incluyendo sus puntos de vista y el conocimiento de la enfermedad mental. La escala también se ocupa de la divulgación de un diagnóstico la enfermedad mental, la salud mental y física distintiva y cuidado de las personas con enfermedad mental.</p> <p>✓ (MICA): V3 evalúa la actitud de los estudiantes de enfermería.</p> <p>✓ (MICA): V4 evalúa la actitud de los profesionales sociales.</p>	(Gabbidon et al., 2012)	<p>• (MICA) V2 (Kassam, Glozier, Leese, Henderson, & Thornicroft, 2010), (Foster, Hilton, Embry, Pires & Ahmed, 2014), (Gras et al., 2015), (Ignjatovic-Ristic et al., 2017).</p> <p>• (MICA) V3 (Gabbidon et al., 2012).</p> <p>• (MICA) V4 (Vendsborg et al., 2013), (Li, Li, Huang, & Thornicroft, 2014), (Weissová, Janoušková, Kasal, & Petr, 2016)</p>

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACION
14	Opening Minds Scale for Health care Providers (OMS-HC).	(Kassam, Papish, Modgill & Patten, 2012)	Escala de 20 ítems para proveedores del cuidado de la salud. Se basa en 12 ítems clasificados en las actitudes de los profesionales de la salud hacia las personas con enfermedad mental y las actitudes de los profesionales de la salud hacia la divulgación de una enfermedad mental. Define los factores basándose en: recuperación, responsabilidad social, distancia social, peligrosidad, error del diagnóstico y divulgación.	(Modgill, Patten, Knaak, Kassam & Szeto, 2014) (Destrebecq et al., 2017) (Van der Maas et al., 2017)	<p><i>Estudiantes de medicina:</i> (Papish et al., 2013), (Dabby, Tranulis, & Kirmayer, 2015)</p> <p><i>Estudiantes de farmacia:</i> (Patten et al., 2012).</p> <p><i>Médicos de atención primaria:</i> (Beaulieu et al., 2017).</p> <p><i>Profesionales de Enfermería:</i> (Huggins, 2016).</p> <p><i>Estudiantes de psicología:</i> (Petkari, 2017).</p>
15	Community Attitudes Toward the Mentally Illness (CAMI).	(Taylor, 1981)	Escala que examina las actitudes hacia la salud mental de la comunidad. Tiene dos factores con 9 y 11 ítems cada uno de ellos, evaluando las percepciones y la capacidad de recuperación de las personas con trastorno mental. Sus factores se basan en el autoritarismo, como la visión de la persona con enfermedad mental como alguien inferior que requiere la manipulación coercitiva, la benevolencia, que corresponde a una visión paternalista y comprensiva de los enfermos mentales, la restricción social, como la creencia de que los enfermos mentales son una amenaza para la sociedad y deberían ser evitados y la ideología de Salud Mental Comunitaria, como la aceptación de los servicios de salud mental y los pacientes con enfermedades mentales en la comunidad.	(Sevigny & Marleau, 1999) (Morris et al; 2012) (Hogberg et al., 2008)	<p><i>Estudiantes de enfermería:</i> (Högberg et al; 2008), (Linden & Kavanagh, 2012), (Buizza, Ghilardi, & Ferrari, 2017), (Ebrahimi et al., 2017).</p> <p><i>Enfermeras de salud mental:</i> (Morris et al., 2012), (Ben Natan et al., 2015).</p> <p><i>Trabajadores salud y trabajadores de no salud:</i> (Zárate, Ceballos, Contardo & Florenzano, 2006), (Winkler et al., 2016).</p> <p><i>Población general:</i> (Vibha, Saddichha, & Kumar, 2008) (Bedaso, Yeneabat, Yohannis, Bedasso, & Fevera, 2016).</p> <p><i>Profesionales sanitarios:</i> (Ukpong & Abasiubong,</p>

					<p>2010), (Gomez-Nacht, 2015), (Sathyanath, Mendonsa, Thattil, Chandran, & Karkal, 2016).</p> <p><i>Profesionales de enfermería</i> (Chambers et al., 2010), (Siqueira, Abelha, Lovisi, Sarução, & Yang, 2017)</p> <p><i>Estudiante de medicina:</i> (Telles, Gama, Gramaça, & Sampaio, 2015)</p> <p><i>Estudiantes de medicina junto a WPA y FABI:</i> (Chiles, Stefanovics, & Rosenheck, 2017), (Pascucci et al., 2017), (Rocha-Neto, Rosenheck, Stefanovics & Cavalcanti, 2017)</p> <p><i>Profesionales de salud mental junto FABI:</i> (Stefanovics et al., 2016).</p>
--	--	--	--	--	--

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
16	Depression Stigma Scale (DSSS).	(Roeloffs et al., 2003).	Escala que mide el estigma asociado con la depresión. Tiene dos subescalas que miden dos tipos de estigma: personal y percibido. La primera mide el auto-estigma y las propias actitudes hacia la depresión. La segunda mide la percepción de las actitudes de los demás hacia la depresión. Tiene respuesta Likert de cinco puntos (que van desde cero 'en desacuerdo' cuatro 'muy de acuerdo'). Las puntuaciones más altas indican mayores niveles de estigma hacia la depresión.	(Boerema et al., 2016)	<i>Población con enfermedad mental:</i> (Griffiths, Christensen, & Jorm, 2008), (Lu, Winkelman, & Wong, 2016).
17	Endorsed and Anticipated Stigma Inventory (EASD).	(Vogt et al., 2014).	Escala que evalúa las diferentes dimensiones de creencias relacionados con el estigma sobre la salud mental de las poblaciones militares y veteranas. Tiene cinco ítems y a puntuaciones más altas mayor estigma en cada uno de los dominios evaluados. Las variables que forman los ítems se basan en las creencias sobre la enfermedad mental, sobre el tratamiento y la búsqueda de ayuda, la preocupación por el estigma de sus seres queridos y la preocupación por el estigma en el lugar de trabajo.	-	<i>Población militar:</i> (Vogt et al., 2014).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
18	Attitude Scale for Mental Illness (ASMI).	(Madianos et al., 2012).	Es una escala que mide la actitud a la enfermedad mental. Utiliza seis grandes sub-escalas conceptuales: benevolencia o puntos de vista paternalistas y simpatizantes, el separatismo o la actitud a la discriminación, los estereotipos o el grado de distancia social mantenido hacia el enfermo, las restricciones o la percepción de los enfermos mentales como una amenaza para la sociedad, la predicción pesimista o el nivel de prejuicios hacia las enfermedades mentales y la estigmatización o conducta discriminatoria hacia las personas con enfermedad mental. Las respuestas son Likert de 5 puntos.	(Vijayalakshmi, Reddy, Math, & Thimmaiah, 2013).	<i>Población general:</i> (Madianos et al., 2012). <i>Estudiantes universitarios:</i> (Vijayalakshmi, Reddy, Math, & Thimmaiah, 2013). <i>Estudiantes de enfermería:</i> (Poreddi, Thimmaiah, & BadaMath, 2017)

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACION
19	Opinions about Mental Illness (OMI) Opiniones sobre la enfermedad mental (Cohen & Struening, 1963).	(Mathisen, 2000)	Basado en el cuestionario Opiniones sobre la enfermedad mental (Cohen & Struening, 1963). Es una escala formada por 5 ítems que se basan en la discriminación social, la restricción social, el cuidado social, la integración social y la etiología. Opiniones sobre la enfermedad mental (Cohen & Struening, 1963). Formado por 63 ítems con respuesta Likert de 6 puntos, correspondientes a cinco dimensiones: autoritarismo, benevolencia, higiene mental, restricciones sociales, etiología y experiencia interpersonal	-	<i>Estudiantes:</i> (Mathisen, 2000). <i>Profesionales sanitarios general y de salud mental:</i> (Arvaniti et al., 2009). <i>Adolescentes:</i> (Marotic, Miletic, & Pejovic-Milovancevic, 2010), (Sakellari, Sourander, Kalokerinou-Anagnostopoulou, & Leino-Kilpi, 2016) <i>Estudiantes de Enfermería:</i> (de Assunção Gil, Pereira dos Santos, & de Jesus Loureiro, 2016), (Gil, dos Santos, & Loureiro, 2016). <i>Población general:</i> (Gur & Kucuk, 2016).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACION	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
20	Opinions about Mental Illness in the Chinese Community (OMICC)	(Ng & Chan, 2000)	Escala formada por 6 factores y 33 ítems, con opción de respuesta en escala Likert de 5 puntos. Se construyen a partir de las conclusiones de la enfermedad mental (OMI) escala y una pequeña encuesta con profesionales de la salud. Las seis subescalas son: el separatismo, identificado por los elementos que provocan distancia social; los estereotipos, que se caracteriza por los elementos que definen a las personas con enfermedad mental en un cierto patrón de comportamiento, las restricciones, como la visión incierta sobre los derechos de las personas con enfermedad mental; la benevolencia, identificado por los elementos relacionados con la amabilidad hacia las personas con una enfermedad mental; el pesimismo, identificado como la opinión de que es poco probable que mejorar a las personas con enfermedad mental y la estigmatización, identificado por los elementos que perciben la enfermedad mental como algo vergonzoso.	-	<i>Estudiantes de enfermería:</i> (Vijayalakshmi et al., 2013). <i>Población general:</i> (Salve, Goswami, Sagar, Nongkynrih & Sreenivas, 2013).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
21	Opinions about Mental Illness Scale (OMIS)	(Brockington, Hall, Levings, Murphy, 1993)	Escala que mide las opiniones sobre la enfermedad mental. Sus ítems se basan en conceptos de: peligrosidad, reconocimiento de la enfermedad, incurabilidad, traumas anteriores y otras causas asociadas a la enfermedad.	-	<i>Población general:</i> (Loureiro, Dias, & Aragao, 2008).
22	Self-Stigma Scale (SSS-L) (SSS-S)	(Mak & Cheung, 2010)	Escala formada por los ítems de conocimiento, afectividad, comportamiento. <ul style="list-style-type: none"> ✓ versión larga Self-stigma Scale long (SSS-L). ✓ versión corta Self-stigma Scale Short (SSS-S). 	(Mak & Cheung, 2012).	<i>Población con enfermedad mental:</i> (Mak & Cheung, 2010), (Mak & Cheung, 2012).
23	Discrimination and Stigma Scale (DISC)	(Thornicroft, 2008).	Es una escala basada en la definición del estigma como: problemas del conocimiento (ignorancia y desinformación), los problemas de actitudes (prejuicio) y los problemas de la conducta (discriminación). Consta de 34 ítems con cuatro secciones: aspectos que son importantes para el encuestado y que podría responder al problema de salud mental, una segunda opción donde trata ejemplos de superación del estigma y discriminación a causa de problemas de salud mental, y una última donde se abarcan los momentos que ha sido tratado (también el tratamiento) de manera más positiva a causa de los problemas de salud mental, así como la recuperación de la confianza en uno mismo.	(Brohan et al., 2013).	<i>Población con enfermedad mental:</i> (Thornicroft, 2008), (Brohan et al., 2013).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
24	Mental Disorder Prejudice Scale (MDPS)	(Machizawa, Sato & Sawamura, 1990).	Es una escala que consta de 22 ítems desarrollada para identificar las actitudes y detectar los prejuicios hacia las personas con trastornos mentales. Los ítems se basan en el rechazo, la peculiaridad y la alineación de los derechos humanos.	-	<i>Población general:</i> (Tanaka, Inadomi, Kikuchi, & Ohta, 2004).
25	Perceived Stigma Scale (PSP)	(Jones et al; 2009)	Escala que mide la relación entre la adherencia a la medicación, la autoestima y el estigma. Está formada por 12 ítems y define el grado en que una persona va a devaluar o discriminar a otra persona con enfermedad mental. Tiene una estructura de dos factores de "La percepción de actitudes negativas" y "ocultamiento". El estigma se correlaciona moderadamente con el aumento de la depresión y la ansiedad, y la disminución de la autoestima.	-	<i>Pacientes con colitis ulcerosa:</i> (Taft, 2010) <i>Pacientes con HIV:</i> (Phillips, Moneyham, & Tavakoli, 2011).
26	Military Stigma Scale	(Skopp et al., 2012).	Escala de 18 ítems, diseñado para medir el estigma pública y el auto-estigma de la salud mental en la población militar. Mide el estigma público resultante de las preocupaciones de los soldados con respecto a su imagen pública si fueran a buscar atención, como afectaría a su carrera militar, las preocupaciones con la confidencialidad y el impacto en la percepción de sus compañeros y líderes.	-	<i>Población militar:</i> (Skopp et al., 2012).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
27	Subscale of the Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ)	(Świtaj, Grygiel, Wciórka, Humenny, & Anczewska, 2013)	Es una escala formada por 9 ítems que mide el estigma de las personas que reciben tratamiento psiquiátrico (anteriormente denominados consumidores). Desarrollada para usar en población con trastorno mental.	-	<i>Población con trastorno mental:</i> (Świtaj, et al; 2013).
28	Day's Mental Illness Stigma Scale	(Day, 2004)	Escala formada por 28 ítems de la escala de tipo Likert desarrollada específicamente para evaluar las actitudes del público en general y específicamente las actitudes potencialmente estigmatizantes hacia las personas con enfermedades mentales. Se basa en las seis dimensiones del estigma identificados por Jones (1984): la actitud de ansiedad, interrupción relación, de higiene, de visibilidad, de tratabilidad, eficacia profesional, y recuperación.	-	<i>Población universitaria y general:</i> (Day, 2004). <i>Población universitaria:</i> (Stone & Merlo, 2011).
29	Random Domain Intercept Technology (RDIT)	(RIWI Corp, 2015)	Es un cuestionario corto online diseñado y utilizado para medir el estigma en un único estudio. Presenta poco desarrollo teórico. Para medir el estigma utilizan cuestiones relacionadas el contacto con personas con trastorno mental y la expresión de prejuicios. Se utilizó en un estudio en más de 226 países y con una muestra de población general de 596.712. Los datos fueron recolectados en año y medio.	-	<i>Población general:</i> (Seeman et al,2016).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
30	Eating Disorder Stigma Scale (EDSS)	(Stewart, 2006)	Escala diseñada para medir las expresiones estigmatizantes hacia los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Se utilizan las construcciones del miedo, la exclusión, la auto-atribución y responsabilidad para la definición del estigma. Plantea cuestiones como: podría salir por sí mismos con voluntad, es el culpable de su condición, es difícil hablar con el paciente, actuando de esta manera para llamar la atención, no mejoran con el tratamiento, es peligro para los demás.	-	<i>Estudiantes de psicología:</i> (Stokes, 2015). <i>Profesionales de la salud mental:</i> (Bannatyne & Stapleton, 2016).
31	Standardized Stigmatization Questionnaire (SSQ)	(Serafini et al., 2011)	Escala formada por 13 ítems y tres factores; el propio interés social, el propio interés evolutivo y el propio interés psicológico. Evalúa la percepción de la estigmatización social y las puntuaciones más altas indican una mayor estigmatización. Respuestas en formato Likert de 5 puntos.	-	Profesionales sanitarios de la salud mental (Serafini et al., 2011).
32	Stigma Impact Scale (SIS)	(Pan, Chung, Fife & Hsiung, 2007)	Escala formada por 24 ítems que evalúa los cuatro dominios de la percepción del estigma que comprenden el rechazo social, la vergüenza interna, la inseguridad económica y el aislamiento social. Las respuestas se dan en formato Likert de 4 puntos y a puntuación más alta indica un mayor nivel de estigmatización percibida.	-	<i>Población con trastorno mental:</i> (Sehlo & Bahlas, 2013).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
33	Inventory of Stigmatizing Experiences (ISE)	(Schulze, Stuart, & Riedel-Heller, 2009).	<p>Escala que mide el estigma percibido de la experiencia como el rechazo social y el tratamiento inadecuado, midiendo la extensión y la gravedad de las experiencias del estigma. Es un cuestionario compuesto por dos escalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ SES: Stigma Experiences Scale. Tiene 9 ítems y mide el alcance del estigma con experiencia en diferentes ámbitos de la vida. ✓ SIS: Stigma Impact Scale. Tiene 7 ítems y evalúa el impacto psicosocial. 	(Mileva, Vázquez, & Milev, 2013).	<i>Población con trastorno mental:</i> (Schulze et al; 2009) (Mileva, et al; 2013) (Allerby et al., 2015)
34	Maristan stigma scale	(Saldivia et al., 2014).	Escala que obtiene una medida transcultural del estigma percibido por las personas con esquizofrenia. Formada por 31 ítems y cuatro factores; redes sociales informales, socio-institucionales, profesionales de la salud y el auto-estigma.	-	<i>Pacientes con trastorno mental:</i> (Saldivia et al., 2014).
35	Epilepsy Stigma Scale (ESE) Family Epilepsy Stigma Scale (FESS)	(Fernandes, Salgado, Noronha, Sander & Li, 2007).	Escala que evalúa el estigma en personas con epilepsia. Se versiona la ESE en el mismo estudio, cambiando la variable por la de familia, para valorar el estigma en la familia con múltiples miembros afectados por epilepsia. Está formada por 10 ítems, 4 se refieren a los sentimientos internos de las personas y los otros 6 para la interpretación de cómo se sienten ellos mismos.	-	<i>Población general y población con trastorno mental:</i> (Sabatello et al., 2015).
36	Explanatory Model Interview Catalogue	(Rosen, Greenberg, Schmeidler, & Shefler, 2008).	Se trata de un cuestionario que incluye 13 ítems que mide el estigma de la salud mental. Se utilizó la adaptación al hebreo para evaluar la influencia de la formación religiosa con el grado de estigma.	-	<i>Población con trastorno mental:</i> (Rosen et al; 2008).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACION	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
37	Perceived Social Stigmatisation scale (STIG)	(Preville et al., 2015).	Escala que mide el estigma social percibido en contra de las personas con problemas de salud mental y está compuesta por siete ítems: para la mayoría de la gente, es una debilidad personal, para la mayoría de la gente no es un verdadero problema médico, para la mayoría de la gente los individuos con un problema de salud mental son anormales, los enfermos mentales son impredecibles, la mayoría de la gente no diría a cualquiera que tienen un problema de salud mental, la mayor parte de la población no contrataría a un individuo con un trastorno mental, y para la mayoría de la gente no existe un tratamiento eficaz para los problemas de salud mental. Utiliza una escala Likert de cinco puntos.	-	<i>Población general:</i> (Preville et al., 2015).
38	National Stigma Study-Children (NSS-C)	(Pescosolido, Perry, Martin, McLeod & Jensen, 2007)	Mide el estigma asociado a recibir atención de salud mental y la voluntad de utilizar la medicación psiquiátrica (efectos en el desarrollo infantil, sobre medicación...).	-	<i>Población general:</i> (Pescosolido et al; 2007)
39	Attitudes to Mental Illness Questionnaire (AMIQ)	(Cunningham, Sobell, & Chow, 1993)	Instrumento que contiene 5 ítems que se relacionan con viñetas y aspectos del estigma en salud mental, planteando la afectación de la enfermedad a la carrera profesional, a los roles profesionales, a tener amistad con un enfermo mental, a que lo dejara su pareja por ser un enfermo mental o si influye en tener problemas con la ley.	(Luty, Fekadu, Umoh, & Gallagher, 2006)	<i>Población general:</i> (Luty et al; 2006). <i>Estudiantes de medicina:</i> (Lang, Kösters, Lang, Becker, & Jäger, 2014) (Galletly & Burton, 2011) (Crapanzano & Vath, 2017). <i>Estudiantes:</i> (Fox, 2016) (Kidd, Tusaie, Morgan, Preebe, & Garrett, 2015)

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
40	Acceptance and Action Questionnaire - Stigma (AAQ-S)	(Levin, Luoma, Lillis, Hayes & Vilardaga, 2013)	Escala de 21 ítems con respuesta de opción Likert de 7 puntos. Desarrolla el concepto del estigma basándose en el conocimiento de las ideas estigmatizantes, la fusión cognitiva, la evitación durante la experiencia, y el estigma como barrera. La escala final considera dos subescalas: La inflexibilidad psicológica y la flexibilidad psicológica.	-	<i>Estudiantes de psicología:</i> (Levin et al; 2013)
41	Self-Stigmatization Questionnaire	(Karidi et al., 2010).	Escala de 42 ítems con opción de respuesta tipo likert de 3 puntos. El concepto de estigma se basa en el rechazo/aceptación social, la relación con los vecinos, la causalidad genética, las condiciones psicopatológicas, la duración de la enfermedad y la hospitalización.	-	<i>Pacientes con trastorno mental:</i> (Karidi et al., 2010).
42	Stigma Concerns About Mental Health Care (SCMHC)	(Interian et al., 2010).	Escala de tres elementos que evalúan las preocupaciones y las barreras relacionadas con el estigma al tratamiento de la depresión.	-	<i>Pacientes con trastorno mental:</i> (Interian et al., 2010).
43	Stigma Receptivity Scale (SRS).	(Bambauer & Prigerson, 2006).	Escala que mide si la receptividad del estigma predice el uso de los servicios de salud mental entre los adultos mayores en duelo que viven en comunidad, valorando el acceso.	-	<i>Población general:</i> (Bambauer et al; 2006).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
44	Vignettes	-	Son simulaciones de situaciones reales donde se describe una persona con alguna enfermedad mental y su situación social o económica. A partir de esta situación, se realizan preguntas para medir el estigma en salud mental. Se pueden usar solas o acompañadas de otro instrumento para la medición del estigma en la población de estudio.	-	<i>Estudios donde se usan solas:</i> (Walkup, Cramer, & Yeras, 2004) (Totic et al., 2012) (Mundon, Anderson, & Najavits, 2015) (Hofmann-Broussard, Armstrong, Boschen, & Somasundaram, 2017) (Sowislo, Gonet-Wirz, Borgwardt, Lang, & Huber, 2017). <i>Estudios donde se usan acompañadas de otro instrumento:</i> (Glozier, Hough, Henderson, & Holland-Elliott, 2006) (Mittal et al., 2014) (Noblett, Lawrence, & Smith, 2015) (Aldridge, 2016) (Lee et al., 2016) (Makowski et al., 2016)

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACION	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
45	Cuestionario adaptado	(Sun et al., 2014).	Cuestionario modificado de la versión de FABI (Miedo y las intenciones de comportamiento hacia los enfermos mentales) con elementos adicionales derivados de la CAMI (Las actitudes hacia la enfermedad mental de la comunidad). Tiene cinco factores: actitud de la comunidad y la relación causal biopsicosocial, socialización, interacción específica, incredulidad en la brujería. Consta de 43 ítems.	-	<i>Profesionales de enfermería de salud mental:</i> (Sun et al., 2014).
46	The attitudes to Psychiatry Scale (APS)	(Shankar, Laugharne, Pritchard, Joshi, & Dhar, 2011).	Escala que mide las actitudes hacia la psiquiatría. Consta de 28 ítems. Describe el estigma con cinco dimensiones; inspiración de la escuela de medicina; el estigma de la psiquiatría; los méritos de la psiquiatría como la medicina científica; y la eficacia del tratamiento.	-	Estudiantes de medicina: (Shankar, Laugharne, Pritchard, Joshi, & Dhar, 2011) (Mahendran, Lim, Verma, & Kua, 2015).
47	Attitudes toward psychiatry (ATP-30)	(Burra et al; 1982)	Cuestionario de 30 ítems desarrollado con formato de respuesta likert de 5 puntos. Mide las actitudes de estudiantes de medicina, psiquiatría, terapeutas y en la enseñanza psiquiátrica. La puntuación total de la ATP-30 va desde 30 a 150, con una puntuación más alta indica una actitud más positiva.	-	<i>Estudiantes de medicina:</i> (Reddy et al., 2005) (Shen et al., 2014).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
48	Escala de Barreras de Servicios de Salud Mental (BMHSS)	(Pepin, Segal, & Coolidge, 2009).	Cuestionario que consta de 56 artículos diseñados para medir una serie de barreras que prohíben a los individuos buscar servicios de salud mental Hay 10 subescalas que representan los obstáculos identificados, siendo el estigma una de ellas.	-	<i>Población general y estudiantes de psicología:</i> (Pepin et al; 2009).
49	Consumer Evaluation of Mental Health Services (CEO-MHS)	(Oades, Law, & Marshall, 2011).	Escala que evalúa el consumo de los servicios de salud con una respuesta Likert de 5 puntos. En uno de sus factores mide el estigma; experiencia del estigma en los profesionales sanitarios y personas asociadas, valora si el servicio ayuda a los consumidores a superar cualquier estigma que tienen sobre sí mismos y si el servicio ayuda a lidiar con el estigma de la comunidad.	-	<i>Pacientes con trastorno mental:</i> (Oades, Law, & Marshall, 2011).
50	Attitude Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH)	(Fischer & Turner, 1970)	Escala que examina las relaciones entre las actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Está formada por 29 ítems. La versión corta ATSPPH-SF tiene 10 ítems. Los factores que describen son; el beneficio esperado, los riesgos anticipados, la depresión, la angustia, el auto-ocultamiento, la auto-revelación, el apoyo social, el sector público y el estigma, y auto-estigma.	-	<i>Población general:</i> (Fischer & Farina, 1995), (Picco et al; 2016) <i>Estudiantes universitarios:</i> (Williams, 2013) (Arora, Metz, & Carlson, 2016), (Han & Chen, 2015), <i>Población general junto SSRPH Y SSOSH:</i> (Andoh, Oppong, & Osafo, 2015).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
51	Reported and Intended Behavior Scale (RIBS)	(Evans-Lacko et al., 2011).	Escala basada en la distancia social para evaluar el pasado y el futuro del comportamiento discriminatorio entre la población hacia las personas con problemas de salud mental. En el desarrollo de la escala se evalúa el proceso de estigmatización y la discriminación, relacionado con el estigma de la salud mental en el público en general. Tiene 8 ítems que se desarrollan a partir de los factores de estar, trabajar, vivir cerca, y la relación continua con una persona con una enfermedad mental.	(Pingani, Evans-Lacko, et al., 2016)	<i>Población general:</i> (Evans-Lacko et al., 2011). <i>Se utiliza en profesionales de salud mental:</i> -Con la escala MICA: (Li, Li, Thornicroft & Huang, 2014) -Con la escala MICA y MAKS: (Li et al; 2015).
52	Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)	(Evans-lacko et al., 2010).	Escala que evalúa el conocimiento relacionado con la salud mental en la población. Se puede utilizar para medir las intervenciones que reducen el estigma. Consta de 12 ítems; 6 relacionados con el conocimiento del estigma de la salud mental; la búsqueda de ayuda, el reconocimiento, el apoyo, el empleo, el tratamiento, y la recuperación, y 6 elementos que indagan sobre el conocimiento de las condiciones de la enfermedad mental con respuesta de formato escala de Likert de seis puntos. Se aconseja el uso junto con otras escalas por sus características psicométricas.	-	<i>Población general:</i> (Evans-lacko et al., 2010). <i>Se utiliza también con la escala MICA:</i> (Li et al., 2014). <i>En profesionales de la salud mental unto a MICA y RIBS:</i> (Li et al., 2015).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
53	Implicit Association Test (IAT) y Perceived Dangerousness of Mental Patients scale (PDMP)	(Gershman, 2013).	El PDMP es una escala que mide el grado en que los atributos percibidos de peligrosidad para las personas con enfermedad mental. Incluye ocho ítems, cada con formato respuesta escala de Likert de seis puntos. Tiene 8 ítems. El IAT mide las actitudes implícitas hacia la enfermedad mental, es una tarea basada en el tiempo de reacción que requieren los participantes para clasificar palabras "en categorías" de orden superior para reflejar la facilidad con la que se asocian los conceptos en la memoria.	-	<i>Población general y profesionales sanitarios:</i> (Gershman, 2013).
54	Estigmatization ADHD	(Fuermaier et al., 2012).	Cuestionario de 64 ítems que describe el estigma del TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) basándose en las preocupaciones de divulgación, la auto-imagen negativa y las preocupaciones con la imagen pública. También conceptualiza los trastornos mentales a través de cuatro dimensiones; el conocimiento, la patología, la moralidad y la medicalización. Tiene formato de respuesta Likert de 6 puntos.	-	<i>Estudiantes de psicología:</i> (Fuermaier et al., 2012).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
55	Social Distance Scale (SDS).	(Ingamells, Goodwin, & John, 1996).	Escala que relaciona la distancia social con el estigma, definiendo la disposición de una persona para interactuar con una persona con un trastorno mental. Está formado por 11 ítems y con formato de respuesta Likert de 5 puntos. Tiene dos subescalas; un factor que abarca el rechazo en las relaciones sociales y otro factor que se refiere a la responsabilidad del rechazo social.	-	<i>Población general:</i> (Markham, 2003), (Baba et al., 2017) <i>Profesionales de la salud mental junto a la escala PDS:</i> (Baldwin, 2013) (Amarasuriya, Jorm, Reavley, & Mackinnon, 2015) <i>Estudiantes de salud mental:</i> (Demirören, Şenol, & Aytuğkoşan, 2015) (Moxham et al., 2016).
56	Self-stigma of Mental Illness Scale (SSMIS)	(Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007).	Escala para evaluar el auto-estigma. Se consideran los componentes: identificación a un grupo, legitimidad, conciencia, acuerdo y concurrencia del estereotipo, autoestima y la autoeficacia. La escala está formada por diez ítems que clasifica los posibles estereotipos y formato respuesta escala Likert de diez puntos. En la versión corta, se seleccionaron cinco de los diez ítems.	-	<i>Población con trastorno mental:</i> (Watson et al; 2007).
57	Self-esteem and Stigma Questionnaire (SESQ).	(Hayward, Wong, Bright, & Lam, 2002).	Escala de 14 ítems que mide los sentimientos de estigmatización (ocho ítems) y lo autoestima (seis ítems). Tiene formato Likert de respuesta con seis puntos.	-	<i>Población con trastorno mental:</i> (Hayward et al; 2002).

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
58	Stigmatisation scale (HSS)	(Harvey, 2001).	Escala de 15 ítems que mide el estigma percibido, impotencia, la interrupción de los objetivos vitales, la maestría, y la ansiedad de la interacción. Formato de respuesta Likert de cinco puntos.	-	<i>Estudiantes de psicología:</i> (Harvey, 2001).
59	Medical Condition Regard Scale (MCRS)	(Christison, Haviland, & Riggs, 2002)	Escala de Condición Médica de 11 ítems (MCRS) basada en cuatro diagnósticos diferentes. En algunos de sus ítems mide las actitudes estigmatizantes hacia los individuos con diagnósticos de trastorno mental. Formato de respuesta Likert de seis puntos.	-	Estudiantes de medicina: (Christison et al., 2002) (Avery et al., 2017)
60	Illness Perception Questionnaire (IPQ)	(Ayu, Dijkstra, Golbach, De Jong, & Schellekens, 2016)	Instrumento que mide las percepciones sobre las adicciones en los profesionales de la salud mental. Presenta ocho factores para la subescala de la percepción (desmoralización, cronología crónica, consecuencias, control personal, control del tratamiento, coherencia de la enfermedad, representaciones emocionales cíclicas del cronograma) y una estructura de cuatro factores para la subescala atributiva de factores de riesgo, fumar / alcohol, exceso de trabajo).	-	<i>Estudiantes de diferentes profesiones de salud:</i> (Ayu, Dijkstra, Golbach, De Jong, & Schellekens, 2016)

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
61	Affiliate Stigma Scale	(Girma et al., 2014).	Escala que mide el estigma del afiliado para cuidadores de familiares con demencia.	(Chang, Su, & Lin, 2016)	<i>Población con enfermedad mental:</i> (Chang et al., 2017).
62	Chronic Illness Anticipated Stigma Scale (CIASS)	(Chin & Armstrong, 2016)	Escala que mide el estigma de enfermedades crónicas orgánicas. Contiene tres subescalas que miden el estigma anticipado entre las fuentes, incluyendo familiares, compañeros de trabajo y trabajadores de la salud.	-	Población general: (Chin & Armstrong, 2016)
63	California Assessment of Stigma Change (CASC).	(Corrigan, Gause, Michaels, Buchholz & Larson, 2015)	Escala que evalúa las creencias perjudiciales, afirmando actitudes, y la voluntad de buscar la salud mental.	-	<i>Población general junto a AQ-9:</i> (Corrigan et al., 2015).
64	Gambling perceived stigma scale (GPSS) and the Gambling experienced stigma scale (GESS).	(Donaldson, Langham, Best, & Browne, 2015)	Escala que mide el estigma asociado con el juego, tanto internamente experimentado como externalizado o percibido.	-	<i>Población general:</i> (Donaldson et al., 2015)

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
65	Measuring Mental Health Provider-Based Stigma (MHPSASS)	(Charles & Bentley, 2017)	Escala que mide el estigma de los proveedores de salud mental. Tiene 20 ítems.	-	Proveedores de la salud mental: (Charles & Bentley, 2017)
66	Mental Illness Attitude Scale (MIAS)	(Chen & Chang, 2016)	Escala que mide las actitudes hacia la salud mental. Consta de 46 ítems con escala de Likert de 5 puntos. Tiene 4 factores: aceptación, rehabilitación y pronóstico, distancia social y recomendaciones para intervenciones.	-	<i>Proveedores de la salud mental:</i> (Chen & Chang, 2016)
67	Mental Health Professional Secondary Stigma Scale (MHPSSS)	(Jesse, 2015)	Escala que mide el estigma secundario experimentado por los profesionales de la salud. Consta de 37 ítems con formato respuesta escala Likert de 5 puntos. Formada por 6 factores: ocultabilidad, curso, disruptividad, calidad estética, origen y peligro.	-	<i>Profesionales de la salud:</i> (Jesse, 2015)
68	Mental Health Provider Stigma Inventory (MHPSI)	(Kennedy, Abell, & Mennicke, 2017)	Escala que mide el estigma entre los proveedores del sistema de salud mental y los clientes. Está formada por 41 ítems, consta de 3 factores y formato respuesta escala Likert de 7 puntos.	-	<i>Proveedores de la salud mental:</i> (Kennedy et al; 2017)

	INSTRUMENTO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	VALIDACIÓN	ESTUDIOS/ POBLACIÓN
69	Managerial stigma towards employee depression	(Martin & Giallo, 2016)	Instrumento que mide el estigma hacia los empleados con depresión por parte de los directivos. Formada por 3 factores y 18 ítems.	-	<i>Profesionales directivos:</i> (Martin & Giallo, 2016)
70	Clinical Associative Stigma Scale (CASS)	(Yanos, Vayshenker, DeLuca, & O'Connor, 2017)	Escala que mide el estigma asociativo de los profesionales de la medicina. Formada por 19 ítems, 4 factores y formato de respuesta Likert de 4 puntos.	-	<i>Profesionales de la medicina:</i> (Yanos et al, 2017)
71	Student Affairs Professionals Social Stigma Scale (SAPSSS)	(Krone, 2017)	Escala que mide el estigma en los estudiantes basándose en la relación entre la toma de conciencia, la referencia y la participación en las prácticas de salud mental del campus.	-	<i>Estudiantes universitarios:</i> (Krone, 2017)
72	A questionnaire to assess social stigma	(Tavormina, Tavormina, Nemoianni, & Tavormina, 2015)	Son dos escalas creadas para medir el estigma social. Una dirigida para profesionales y otra para los usuarios del sistema de salud.	-	<i>Profesionales de la salud y población general:</i> (Tavormina, et al; 2015)
73	MISS-MHP, Mental Illness Stigma Scale for Mental Health Professionals	(Wilkins & Abell 2010)	Es un instrumento diseñado para evaluar las actitudes y conductas estigmatizantes de los profesionales sobre las personas con enfermedades mentales. Se presentó en una conferencia.	-	

Anexo 2. Revisión sistemática. Estrategia de búsqueda en Medline (vía Pubmed).

MEDLINE search terms

1# (stigma* OR "Social Stigma"[Mesh] OR "Prejudice"[Mesh] OR prejudice*)

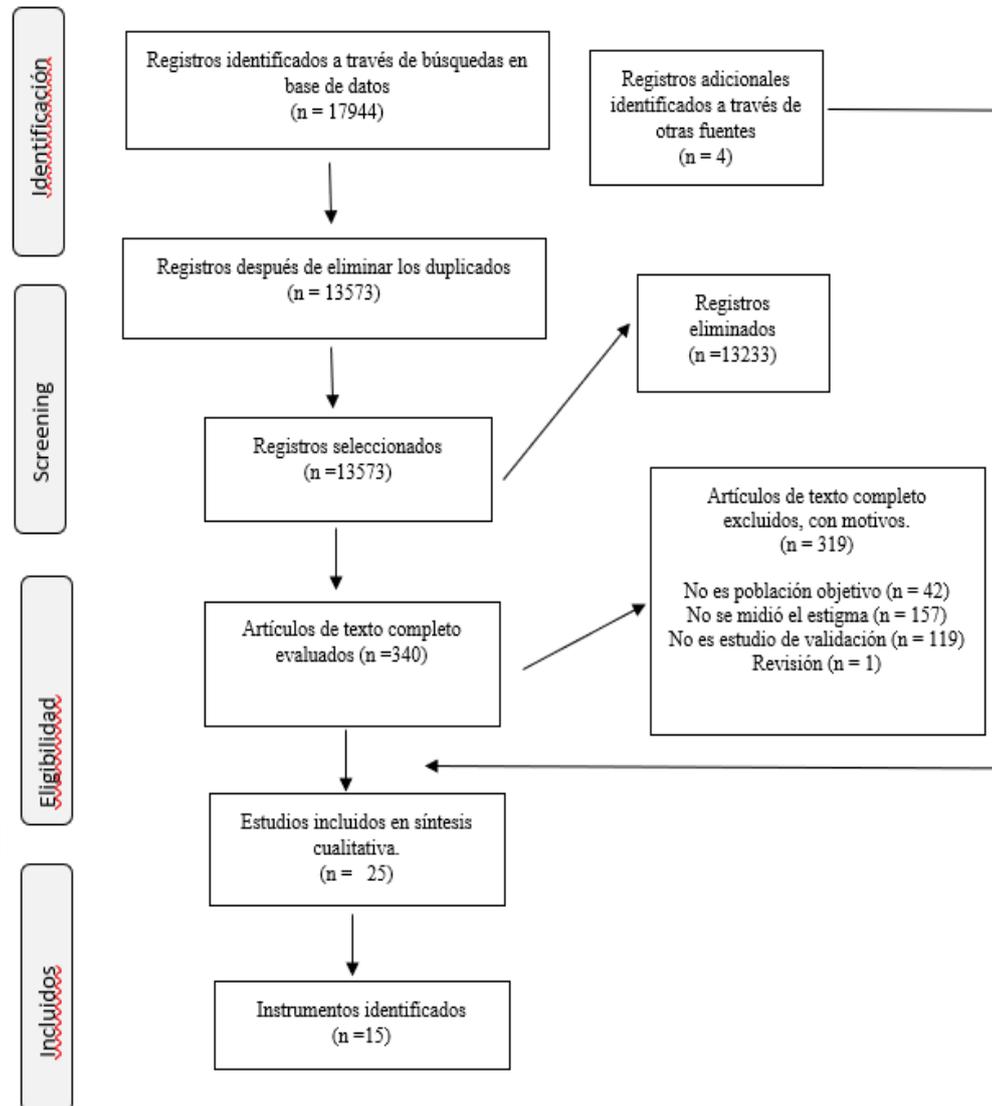
2# ("Health Personnel"[Mesh] OR provider* OR personnel OR medical OR physician* OR nurs* OR professional* OR clinician*)

3# ("Mental Health"[Mesh] OR "Mentally Ill Persons"[Mesh] OR mental OR "Psychiatry"[Mesh] OR psychiat*)

4# PubMed search filter developed for Terwee et al., 2009

1# AND 2# AND 3# AND 4#

Anexo 3. Revisión sistemática. Proceso de selección de los estudios.



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097. For more information, visit www.prisma-statement.org. (Diagrama de flujo Publicado en Sastre et al, 2019).

Anexo 4. Revisión sistemática. Características de los estudios e instrumentos.

Instrument	Reference	Target disease population	Country of development	Language	Sample Size	Number of subscales/domains	Items	Response options	construct to measure stigma
AQ	AQ-27 (Corrigan et al., 2003)	College students (Psychology, nursing, public safety, history and political science students)	United States	English	542	9 factors	28	9-point	Social Stigma
	(Pingani et al., 2012)	Relatives of university students (9.32 % belonged to the mental health professional group)	Italy	Italian	214	9 factors	27	9-point	
	(Pingani et al., 2016)	Medicine Students	Italy	Italian	311	6 factors	27	9-point	
	AQ-9 (Corrigan, Powell&Michaels, 2014)	College students, community member, health care providers, mental health providers	United States	English	598	9 factors	9	7-point	
	AQ-26 (Araujo, Eloi & Delbone, 2016)	Medicine students	Brazil	Portuguese	431	8 factors	26	9-point	
Attitudes toward mental illness	(Chiles, Stefanovics, & Rosenheck, 2017)	Medicine students	United States	English	289	3 factors	24	5-point	Associative Stigma
CAMI	(Sevigny et al; 1999)	Psychiatric/ nurses	China	English/Chinese	100	4 factors	40	5-point	Social Stigma
	(Högberg, Magnusson, Evertzon& Lützén, 2008).	Nursing students	Sweden	Swedish	421	3 factors	20	5-point	
	(Morris et al 2012)	Nurses	Ireland, Lithuania, Italy, Finland, England, Portugal	Swedish, English, Finnish, Lithuanian, Portuguese	1242	4 factors	40	5-point	
CASS	(Yanos et al; 2017)	Mental health professionals	United States	English	472	4 factors	18	4-point	Associative Stigma
Measure of Managerial Stigma Towards Employee Depression	(Martin & Giallo, 2016)	Managers	Australia	English	469	3 factors	12	6-point	Associative Stigma
MHPSASS	(Charles & Bentley, 2017)	Mental health providers	EEUU	English	220	4 factors	20	7-point	Associative Stigma
MHPSI	(Kennedy, Abell, & Memnicke, 2017)	Mental health professionals and students	United States	English	219	3 factors	24	7-point	Associative Stigma

Instrument	Reference	Target disease population	Country of development	Language	Sample Size	Number of subscales/domains	Items	Response options	construct to measure stigma
MHPSSS	(Jesse, 2016)	Mental health professionals	United States	English	196	3 factors	31	5-point	Associative Stigma
MIAS	(Chen & Chang, 2016)	Mental health professionals	Taiwan	English/Chinese	290	4 factors	46	5-point	Associative Stigma
MICA	MICA v2 (Kassam, Glozier, Leese, Henderson & Thornicroft, 2010).	Medicine students	Australia	English	188	-	16	6-point	Social Stigma
	MICA v4 (Gabbidon et al., 2012)	Nursing students	UK	English	191	5 factors	16	6-point	
MISS-MHP	(Wilkins & Abell 2010)	Colleague students (Social work, family and child sciences, psychology, mental health counseling)	United States	English	239	4 factors	29	-	Associative Stigma
OMS-HC	(Kassam, Papiash, Modgill & Patten, 2012)	Healthcare providers	Canada	English	787	3 factors	20	5-point	Associative Stigma
	(Modgill, Patten, Knaak, Kassam & Szeto, 2014)	Healthcare providers	Canada	English	1523	3 factors	15	5-point	
	(Destrebecq et al., 2017)	Mental Health students	Italy	Italian	561	3 factors	15	5-point	
	(Van der Maas et al., 2017)	Mental health providers	Canada	English	190	3 factors	15	5-point	
Questionnaire stigma in adults with ADHD	(Fuernmaier et al., 2012)	Students of psychology/general population	Netherlands	English/Dutch	1261	6 factors	37	6-point	Social Stigma
Scale on stigma related to mental health problems for health professionals	(Varas et al., 2012)	Medicine, psychology and social work	Puerto Rico	Spanish	146	3 factors	12	5-point	Associative Stigma
Stigma Scale	(Tei-Tominaga, Asakura & Asakura, 2014)	Nurses	Japan	English	585	-	7	5-point	Associative Stigma

Abbreviations: ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder; AQ, Attribution Questionnaire; AQ-27, 27-item Attribution Questionnaire; AQ-9, 9-item Attribution Questionnaire; AQ-26, 26-item Attribution Questionnaire; CAMI, Community Attitudes towards the Mentally Ill; CASS, Clinician Associative Stigma Scale; MHPSASS, Mental Health Provider-Based Stigma Scale; MHPSSI, Mental Health Provider Stigma Inventory; MIAS, Mental Illness Attitudes Scale; MHPSSS, Mental Health Professional Secondary Stigma Scale; MICA, Mental Illness: Clinicians Attitudes; MICA v2, Mental Illness: Clinicians _ Attitudes Medical student version; MICA v4, Mental Illness: Clinicians _ Attitudes Version for Healthcare students and professionals; MISS-MHP, Mental Illness Stigma Scale for Mental Health Professionals; OMS-HC, The opening minds scale for Health Care Providers

{Publicado en Sastre et al, 2019}.

Anexo 5. Revisión sistemática. Calidad metodológica de cada estudio.

Instrument	Reference	Measurement Properties									
		Internal consistency	Reliability	Measurement error	Content validity	Structural Validity	Hypotheses testing	Cross-cultural validity	Criterion Validity	Responsiveness	
AQ	AQ-27	(Corrigan et al, 2003)	Good			Poor	Poor				
		(Pingani et al, 2012) (Pingani et al, 2016)	Good	Fair		Poor	Good		Good (Italian)		
	AQ-9	(Corrigan, Powell&Michaelis, 2014)	Good	Good			Good	Good			
Attitudes toward mental illness	AQ-26	(Araujo, Eloi & Delbone, 2016)	Good				Good		Good (Portuguese)		
		(Chiles, Stefanovics, & Rosenheck, 2017)	Good			Poor	Good	Fair			
CAMI		(Sevigny et al; 1999)					Poor		Good (Chinese)		
		(Högberg, Magnusson, Ewertzon& Lützen, 2008). (Morris et al 2012)	Good				Good		Poor (Swedish)		
CASS		(Yanos et al; 2017)	Good					Good			
	Measure of Managerial Stigma Towards Employee Depression	(Martin & Giallo, 2016)	Good			Fair	Good	Excellent			
MHPSASS		(Charles & Bentley, 2017)	Excellent			Fair	Excellent	Good			
MHPSI		(Kennedy, Abell, & Mennicke, 2017)	Excellent		Poor	Good	Excellent	Good			
MHPSSS		(Jesse, 2015)	Good			Poor	Good	Fair			
MIAS		(Chen & Chang, 2016)	Good			Fair	Good				
MICA	MICA v2	(Kassam, Glozier, Leese, Henderson & Thornicroft, 2010).	Poor	Fair		Excellent	Poor	Good		Poor	
	MICA v4	(Gabbidon et al., 2012)	Poor			Good	Fair	Fair			
MISS-MHP		(Wilkins & Abell 2010)	Good		Poor	Fair	Good	Poor			
OMS-HC		(Kassam, Papiash, Modgill & Patten, 2012)	Good	Good		Excellent	Good				
			Excellent				Excellent			Good	
		(Modgill, Patten, Knaak, Kassam & Szeto, 2014)	Good	Poor			Good		Poor (Italian)		
		(Destrebecq et al., 2017) (Van der Maas et al., 2017)	Good				Good	Fair		Fair	

Instrument	Reference	Measurement Properties									
		Internal consistency	Reliability	Measurement error	Content validity	Structural Validity	Hypotheses testing	Cross-cultural validity	Criterion Validity	Responsiveness	
Questionnaire stigma in adults with ADHD	(Fuermaier et al., 2012)	Good			Fair	Good	Good				
Scale on stigma related to mental health problems for health professionals	(Varas et al., 2012)	Good			Poor	Fair	Fair				
Stigma Scale	(Tei-Tominaga, Asakura & Asakura, 2014)	Poor			Poor						

Abbreviations: ADHD , Attention Deficit Hyperactivity Disorder; AQ , Attribution Questionnaire; AQ-28, 28-item Attribution Questionnaire; AQ-27, 27-item Attribution Questionnaire; AQ-9, 9-item Attribution Questionnaire; AQ-26, 26-item Attribution Questionnaire; CAMI, Community Attitudes towards the Mentally Ill; CASS, Clinician Associative Stigma Scale; MHPSASS, Mental Health Provider-Based Stigma Scale; MHPSI, Mental Health Provider Stigma Inventory; MIAS, Mental Illness Attitudes Scale; MHPSSS, Mental Health Professional Secondary Stigma Scale; MICA, Mental Illness: Clinicians Attitudes; MICA v2, Mental Illness: Clinicians _ Attitudes Medical student version; MICA v4, Mental Illness: Clinicians _ Attitudes Version for Healthcare students and professionals; MISS-MHP, Mental Illness Stigma Scale for Mental Health Professionals; OMS-HC , The opening minds scale for Health Care Providers. (Publicado en Sastre et al, 2019).

Anexo 6. Revisión sistemática: Síntesis de evidencia por instrumento.

Instrument	Measurement properties								
	Internal consistency	Reliability	Measurement error	Content validity	Structural Validity	Hypotheses testing	Cross-cultural validity	Criterion Validity	Responsiveness
AQ	+/-	++	0	?	++	+/-	++	0	0
Attitudes toward mental illnesses	+/-	0	0	?	?	-	0	0	0
CAMI	++	0	0	0	---	0	++	0	0
CASS	++	0	0	+	?	--	0	0	0
Measure of Managerial Stigma Towards Employee Depression	++	0	0	0	---	0	0	0	0
MHPSASS	+/-	0	0	+	---	++	0	0	0
MHPSI	+++	0	?	++	+++	++	0	0	0
MHPSSS	++	0	0	+	--	+	0	0	0
MIAS	++	0	0	+	?	0	0	0	0
MICA	?	+	0	+++	+	--	0	0	?
MISS-MHP	++	0	?	+	+	?	0	0	0
OMS-HC	+++	--	0	+++	+++	+	?	+	++
Questionnaire stigma in adults with ADHD	+/-	0	0	+	++	--	0	0	0
Scale on stigma related to mental health problems for health professionals	++	0	0	?	-	-	0	0	0
Stigma Scale	?	0	0	?	0	0	0	0	0

Abbreviations: ADHD , Attention Deficit Hyperactivity Disorder; AQ , Attribution Questionnaire; CAMI, Community Attitudes towards the Mentally Ill; CASS, Clinician Associative Stigma Scale; MHPSASS, Mental Health Provider-Based Stigma Scale; MHPSI, Mental Health Provider Stigma Inventory; MIAS, Mental Illness Attitudes Scale; MHPSSS, Mental Health Professional Secondary Stigma Scale; MICA, Mental Illness: Clinicians Attitudes; MISS-MHP, Mental Illness Stigma Scale for Mental Health Professionals; OMS-HC , The opening minds scale for Health Care Providers (Publicado en Sastre et al, 2019).

Anexo 7. Proposiciones para la construcción de la escala para evaluar el estigma hacia la enfermedad mental de enfermería sometidas a juicio por expertos.

Relevancia de las proposiciones para el constructo a evaluar y valoración del redactado.

Estimado compañero/a,

Estamos construyendo una escala para evaluar el estigma de la salud mental del profesional de Enfermería. Como experto/a en salud mental y miembro del comité para la valoración del contenido, le pedimos que lea atentamente cada una de las siguientes afirmaciones e indique:

- Para la valoración de la relevancia: marque con una “x” en cada una de ellas, la opción que mejor refleje su opinión en cuanto a su adecuación para formar parte de la escala, de acuerdo con los siguientes criterios:
 5. Muy adecuado
 4. Adecuado
 3. Neutro
 2. Poco adecuado
 1. Nada adecuado
- Para la valoración del redactado: si lo considera oportuno, dispone de un espacio abierto debajo de cada ítem, donde redactar las propuestas de mejora de cada uno de ellos.

-
1. Para poder trabajar en salud mental es necesaria una formación específica.
 2. No es necesaria formación para saber tratar con enfermos mentales.
 3. Todos los estudiantes de Enfermería deben tener formación en salud mental.
 4. Es necesaria la formación específica de la especialidad para poder trabajar en salud mental.
 5. Las enfermeras generalistas están capacitadas para trabajar en unidades de salud mental.
 6. Los pacientes con enfermedad mental deben estar aislados del resto de pacientes de un hospital.
 7. El contacto con personas con enfermedad mental ayuda en la relación terapéutica.
 8. Los servicios asistenciales de salud mental deben estar integrados en los centros de salud.
 9. Los controles de Enfermería de las unidades de salud mental no deben ser accesibles para los usuarios.
 10. Todas las personas con enfermedad mental tienen conductas inadecuadas.
 11. Las personas con enfermedad mental tienen más posibilidad de cometer actos delictivos.
 12. La mayoría de las personas con enfermedad mental son peligrosas.
 13. Las personas con enfermedad mental pueden llevar una vida normal.
 14. Una persona con una enfermedad mental puede responsabilizarse del cuidado de sus hijos o menores.
 15. Las personas con problemas de drogodependencias acaban desarrollando una enfermedad mental.
 16. Me provoca miedo el cuidar a personas con enfermedad mental.
 17. Todos los pacientes con enfermedad mental tienen conductas violentas.
 18. No es necesario tener precauciones especiales para evitar agresiones físicas /verbales de los pacientes con enfermedad mental.
 19. No me gustaría tener una unidad de salud mental en el hospital donde trabajo.
 20. Me provoca inquietud la idea de ir a trabajar a una unidad de salud mental.
 21. Las unidades de atención a las personas con enfermedad mental deben estar en núcleos urbanos.
 22. Las unidades de atención a las personas con enfermedad mental deben estar lejos del resto de unidades asistenciales.

23. Todas las unidades de salud mental deben estar cerradas y aisladas del resto.
24. Los usuarios de los servicios de salud mental no deben compartir espacios comunes con otros usuarios del hospital.
25. La mejor opción para el resto de la sociedad es aislar a los pacientes con trastornos mentales.
26. Sin el cumplimiento terapéutico, los pacientes con enfermedad mental tienen reacciones imprevistas violentas.
27. Los profesionales de Enfermería pueden prevenir las reacciones violentas de los pacientes con enfermedad mental.
28. En los traslados de un paciente de salud mental, es necesario disponer de los profesionales suficientes por las posibles reacciones violentas.
29. Las unidades de salud mental precisan mayor número de profesionales debido a las reacciones violentas de los usuarios.
30. Las personas con un trastorno mental no tienen un potencial de conductas violentas superior al de otras personas.
31. Me siento igual relacionándose con un enfermo de salud mental que de otra especialidad.
32. No podría trabajar en una unidad de salud mental, aunque mi trabajo dependiera de ello.
33. No puedo tratar de la misma forma a un paciente con enfermedad mental que al resto.
34. Todos los pacientes con enfermedad mental acaban reingresando.
35. Trabajar con enfermos mentales es muy gratificante.
36. Las personas con enfermedad mental son una carga para sus familias y la sociedad.
37. Los pacientes con enfermedad mental tienen los mismos derechos que los pacientes con otras enfermedades.
38. Me esfuerzo para sentir afecto por personas con enfermedad mental.
39. Si tuviera una enfermedad mental, no podría trabajar como enfermero
40. La conducta de una persona con enfermedad mental es diferente al resto de la población.
41. Tener una enfermedad mental implica comportarse de forma inadecuada.
42. Existe una relación entre el hecho de padecer una enfermedad mental, no tomar la medicación y mostrar un comportamiento violento.
43. Las personas con enfermedad mental actúan sin pensar en las consecuencias.
44. En general, los profesionales de Enfermería especialistas en salud mental acceden a ella porque no han podido acceder a otra especialidad
45. Las enfermeras especialistas en salud mental son menos habilidosas realizando las técnicas básicas/procedimientos de Enfermería
46. En una situación de urgencia orgánica (parada cardio respiratorio), las enfermeras de salud mental no saben reaccionar.
47. Las enfermeras de salud mental trabajan en estas unidades porque no han podido acceder a otro contrato laboral.
48. La Enfermería de salud mental no debería ser una especialidad.
49. Las personas con trastornos mentales pueden ser tan buenos profesionales como el resto
50. Todas las enfermedades mentales tienen causas biogénicas
51. Las enfermedades mentales una vez diagnosticadas, necesitan tratamiento farmacológico por su explicación biogénica.
52. Debido a la causa biogénica, las enfermedades mentales son irreversibles.
53. Las explicaciones biogénicas como causa de la enfermedad causan menos culpa a la persona con enfermedad mental.
54. Una genética defectuosa implica tener una enfermedad mental.
55. Las personas con enfermedad mental no son capaces de buscar ayuda por si solas.
56. Las personas con enfermedad mental rechazan ayuda terapéutica.
57. No hay que dar respuesta a todas las demandas terapéuticas de pacientes con enfermedad mental.
58. A las personas con una enfermedad mental hay que ofrecerle la misma respuesta a una demanda terapéutica que al resto de los pacientes.

59. Hay que obligar a los pacientes con enfermedad mental a la búsqueda de ayuda.
 60. Todos los pacientes ingresados en unidades de salud mental precisan contención verbal.
 61. Todos los pacientes ingresados en unidades de salud mental precisan contención farmacológica.
 62. Todos los pacientes ingresados en unidades de salud mental precisan contención mecánica.
 63. Todas las personas con enfermedad mental necesitan tratamiento farmacológico para su recuperación.
 64. La medicación no es la única opción para los enfermos mentales.
 65. Todos los pacientes que ingresan en una unidad de salud mental deben ser aislados las primeras horas.
 66. Una vez diagnosticado, el paciente con enfermedad mental nunca se recupera.
 67. Todos los pacientes con enfermedad mental reingresan de forma periódica.
 68. Al alta, siempre es necesario la vinculación con un cuidador/familiar para garantizar la adherencia al tratamiento y el seguimiento de las visitas.
-
69. El acceso al mercado laboral es más dificultoso para las personas con enfermedad mental.
 70. Las personas con una enfermedad mental necesitan ser tutelados como si fueran menores de edad.
 71. La mejor opción de una persona con una enfermedad mental es no compartir el diagnóstico con el resto de la población.
 72. Es básico conocer el diagnóstico de un enfermo mental para poder ofrecer cuidados de Enfermería.
 73. El diagnóstico de una enfermedad mental no ayuda en la recuperación.
 74. Es mejor ocultar el diagnóstico de una enfermedad mental para poder adaptarse a la sociedad.
 75. El diagnóstico de enfermedad mental debería ser un impedimento absoluto para la adopción.
-

Anexo 8. Permisos Comité Ética EUIG



Registre núm.: 13
Data: 21/11/2016

Informe de Valoración

Comitè d'Ètica de la Recerca de la EUIG

Javier Montes Hidalgo, com a Secretari del Comitè d'Ètica de la Recerca de l'Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat,

Hace constar que,

Este Comitè, una vez revisado el proyecto de título "*Estigma y prejuicio del enfermo mental. Desarrollo conceptual y evaluación*" presentado por la Doctoranda Meritxell Sastre Rus, de la Universidad de Barcelona, recibido el día 10 de noviembre de 2016,

Su valoración ha sido **ACEPTADA** según los criterios del Comitè d'Ètica de la Recerca de la EUIG, al no tratarse de un ensayo clínico y cumplir con los requisitos éticos de investigación adecuados, advirtiéndole que, en todo caso, habrá de prestar especial cuidado en garantizar la confidencialidad y anonimato de los datos referentes a personas que pudieran utilizarse.

Javier Montes Hidalgo

Secretari del Comitè d'Ètica de la Recerca de la EUIG

Sant Cugat del Vallès, 21 de noviembre de 2016

Anexo 9. Permisos Comité Ética Universidad de Alicante.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Vicerectorat d'Investigació i Transferència de Coneixement
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia de Conocimiento

AMPARO NAVARRO FAURE, Presidenta del Comitè de Ètica y Vicerectora de Investigación y Transferencia de Conocimiento de la Universidad de Alicante,

INFORMA:

Que el Comitè de Ètica de la Universidad de Alicante, reunido en fecha 25 de septiembre de 2018, una vez estudiada la documentación presentada del proyecto de investigación "**Acciones educativas para el desarrollo de actitudes socio-emocionales positivas hacia la Salud mental y psiquiatría**", Expediente **UA-2018-09-04**, cuya investigadora principal es **Rocío Juliá Sanchis**, dio su visto bueno para la realización del citado proyecto.

Y para que conste a los efectos oportunos se firma el presente en Alicante, a veinticinco de septiembre de dos mil dieciocho.

AMPARO NAVARRO FAURE, Presidenta del Comitè d'Ètica i Vicerectora d'Investigació i Transferència de Coneixement de la Universitat d'Alacant,

INFORMA:

Que el Comitè d'Ètica de la Universitat d'Alacant, reunit amb data 25 de setembre de 2018, una vegada estudiada la documentació presentada del projecte d'investigació "**Acciones educativas para el desarrollo de actitudes socio-emocionales positivas hacia la Salud mental y psiquiatría**", Num. Expedient **UA-2018-09-04**, l'investigadora principal del qual es **Rocío Juliá Sanchis**, va donar el seu vistiplau per a la realització de l'esmentat projecte.

I perquè conste als efectes oportuns es signa el present a Alacant, a vint-i-cinc de setembre de dos mil diuit.


Amparo Navarro Faure

Anexo10. Permiso CEIC Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.



Referencia CEIC: PR-2017-05

CERTIFICADO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Doña Silvia Sanz Pamplona, como secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado en su reunión del día 23 de febrero de 2017 el

Proyecto de investigación titulado:

Estigma y prejuicio del enfermo mental. Desarrollo conceptual y evaluación

ID Promotor:

Referencia:

por el/la investigador/a **Meritxell Sastre Rus**

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para realizar el estudio
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado, como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos

y que este Comité emite un dictamen **FAVORABLE** para su realización en el/los centro/s:
Sant Rafael

Lo que firmo en Barcelona, el 23 de febrero de 2017

Silvia Sanz Pamplona
Secretaria CEIC
Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús



Anexo 11. Permisos para la utilización de la Escala CAMI original.

----- Mensaje reenviado -----

De: "Natalia Gartley-ONC" <oncsec@uvic.ca>

Para: "meritxell sastre" <meritxell.sastre@eug.es>

CC: "Martin Taylor" <smt@uvic.ca>, "Natalia Gartley-ONC" <oncsec@uvic.ca>

Enviados: Lunes, 28 de Noviembre 2016 20:46:56

Asunto: Permission to use Community Attitudes Toward the Mentally Illness (CAMI)

Dear Professor Meritxell Sastre,

Thank you for your inquiry. Dr. Taylor has reviewed your message and is pleased to provide his permission to use the CAMI instrument in your research. Attached are the documents including 2 pages of CAMI Questionnaire and the marking keys. Also included for your reference is a paper published in Schizophrenia Bulletin (1981) which documents psychometric properties for the CAMI scales.

Do not hesitate to contact us if we can be of any further assistance.

Kind Regards,

Natalia Gartley

on behalf of

S. Martin Taylor, PhD

Executive Director, Canadian Research Data Centre Network Professor Emeritus, University of Victoria Adjunct Professor, McMaster University and University of Waterloo

Natalia Gartley | Executive Assistant

Ocean Networks Canada | T 250 721 7231 | M 250 532 0155 | oceannetworks.ca University of Victoria PO Box 1700 STN CSC 2300 McKenzie Avenue Victoria, BC V8W 2Y2

Anexo 12. Escala CAMI versión español

1. Los ciudadanos deberían aceptar la instalación de centros de salud mental en su barrio para el beneficio de la comunidad.
2. La mayoría de las personas que alguna vez han padecido un trastorno mental pueden hacerse cargo del cuidado de menores.
3. La ubicación de servicios de salud mental en los barrios residenciales no pone en peligro a los vecinos.
4. Los centros de salud mental deberían estar fuera de los barrios residenciales.
5. El hecho de que las personas con un trastorno mental vivan en barrios residenciales, puede ser una buena opción para su recuperación, pero hay demasiados riesgos para los vecinos.
6. Existen buenas razones para que los ciudadanos se resistan a la ubicación de servicios de salud mental en su vecindario.
7. La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.
8. Es necesario tener una actitud más tolerante hacia las personas con trastorno mental.
9. Las personas con trastorno mental son menos peligrosas de lo que la mayoría de la gente supone.
10. Lo mejor es evitar a las personas con trastorno mental.
11. No me gustaría tener como vecino a una persona que ha padecido un trastorno mental.
12. Es aterrador pensar que algunas personas con trastorno mental viven en barrios residenciales.
13. La mejor opción para tratar a las personas con un trastorno mental es tenerlos ingresados.
14. Los vecinos no tienen nada que temer de las personas que acuden a su barrio para utilizar los servicios de salud mental.
15. Se debería poner menos énfasis en proteger a la gente de los enfermos mentales.
16. La mejor terapia para muchas personas con trastorno mental es formar parte de la comunidad.
17. Las personas con trastorno mental no deberían ser marginadas.
18. En la medida de lo posible, los servicios de salud mental deberían estar incluidos en los servicios comunitarios.
19. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con trastorno mental de su comunidad.
20. El enfermo mental debería estar aislado del resto de la comunidad.

(Sastre et al., 2018)

