



**UGR** | Universidad  
de **Granada**

**2.016/ 2.017**



**ESTIGMA Y SALUD MENTAL.  
UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE  
ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SOCIAL  
Y EDUCACIÓN INFANTIL.**

**M<sup>a</sup> Ángeles Sánchez Burgos**

**Trabajo Fin de Grado  
Grado de Educación Social  
Facultad de Ciencias de la Educación**



# ÍNDICE

1.- RESUMEN:	1
2.- MARCO TEÓRICO	1
2.1. INTRODUCCIÓN	1
2.2. CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL	2
2.3. DEFINICIÓN DE ESTIGMA	3
2.4. ORÍGEN DEL ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL	4
2.5. CLASIFICACIÓN DE ESTIGMAS	5
2.6. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y LAS CONSECUENCIAS DE SU ESTIGMATIZACIÓN	6
2.7. ACTITUDES DE LOS/AS ESTUDIANTES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL	7
3.- OBJETIVOS	8
4.- METODOLOGÍA	9
4.1. PARTICIPANTES	9
4.2. PROCEDIMIENTO	9
4.3.- INSTRUMENTOS	9
4.3.1. Cuestionario CAMI (Community Attitudes towards the Mentally Illness)	9
4.3.2. Sociodemográfico	10
4.4. ANÁLISIS DE DATOS	10
5. RESULTADOS	11
6.- DISCUSIÓN:	15
7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
ANEXOS	19
ANEXO 1	20
ANEXO 2	23
ANEXO 3	24
ANEXO 4	25
ANEXO 5	26
ANEXO 6	27

## **1.- RESUMEN:**

El objetivo de este estudio es conocer la opinión de jóvenes universitarios acerca de la enfermedad mental y la estigmatización que afecta al colectivo de personas que la padece. Para ello, se ha desarrollado un estudio comparativo sobre la actitud hacia este tipo de enfermedades y la percepción que poseen de ella los estudiantes universitarios de la Universidad de Granada.

Se aplicó el cuestionario CAMI (Community Attitudes towards the Mentally Illness) a una muestra de 174 alumnos pertenecientes a las titulaciones de Educación Social y Educación Infantil en su segundo año académico. Como consecuencia, se ha observado que aunque ambos grupos muestran actitudes poco desfavorables ante las personas con enfermedad mental, los alumnos que se encuentran cursando el grado de Educación Infantil poseen una actitud más negativa ante las personas con dicha problemática.

Por otro lado, se ha llegado a concluir en este estudio que el hecho de poseer menos formación específica, así como menos información relacionada con este colectivo, puede llevar a que las personas incrementen sus prejuicios. Por lo tanto, se pone de relieve que poseer información y haber tenido algún tipo de contacto con personas con enfermedad mental reduce los prejuicios frente a ellas.

## **2.- MARCO TEÓRICO**

### **2.1. INTRODUCCIÓN**

El estigma es un término vigente en muchos ámbitos y especialmente en la esfera de la salud mental, lo cual ha sido una barrera importante para el desarrollo de las intervenciones sociales y para la integración de las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental.

Las personas con enfermedad mental, normalmente se encuentran en la tesitura de tener que luchar por un lado, con la sintomatología de la enfermedad y por otro con el estigma social que ha padecido este colectivo a lo largo de los años.

Los estudiantes forman parte de un grupo de población muy diverso, los jóvenes, que son el futuro de nuestra sociedad. Son estas personas las que dedicarán su labor profesional a educar a las nuevas generaciones, por ello, el interés principal de este estudio, subyace de la necesidad de esclarecer la percepción que poseen los estudiantes universitarios ante esta problemática, así como intentar determinar si la formación que reciben contrarresta la posibilidad de estigmatizar a este colectivo.

De esta forma, abordaremos desde diferentes perspectivas el concepto de enfermedad mental, con la intención de acotar el origen del estigma que afecta a este colectivo y las diferentes clasificaciones de estigma que nos podemos encontrar actualmente.

Una vez establecidas las bases teóricas, se muestran datos relevantes respecto a la situación actual en la que se encuentran las personas con enfermedad mental y si en la actualidad siguen sufriendo una situación de desventaja en el ámbito laboral, económico o personal.

Por último, aunque no menos importante, nos centraremos en determinar qué actitudes han ido mostrando los estudiantes en diferentes estudios realizados en los últimos años, ya que consideramos de especial relevancia, determinar si la formación académica y la información recibida influye positiva o negativamente en la generación, perpetuación o eliminación del estigma que padecen estas personas.

Como demuestra el estudio realizado por Urbiola (2014), en el que pone de relieve que facilitar información a un grupo de personas que muestra actitudes prejuiciosas ante otro reduce significativamente el prejuicio inicial recategorizando a las personas estigmatizadas.

## **2.2. CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL**

Para poder definir el concepto de enfermedad mental debemos atender a las clasificaciones desarrolladas por la American Psychiatric Association en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. En su última versión el DMS-V define la enfermedad mental como:

*“Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”.* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013:5)

A su vez, según el DSM-TR-IV, encontramos que los ejes en los que se divide la enfermedad mental, son:

- Enfermedades Mentales.
- Trastornos de personalidad y desarrollo.
- Enfermedades médicas.
- Problemas psicosociales y ambientales.

- Evaluación de la actividad global (funcionamiento laboral, escolar, social y familiar).

Tomando como referencia estos ejes, podemos llegar decir en palabras de Díaz (2007) que todos y todas somos sujetos susceptibles de padecer en algún momento de nuestra vida algún tipo de enfermedad mental, ya que, según este autor, una de cada cuatro personas puede padecer una enfermedad mental a lo largo de su vida.

Sin embargo, este dato parece no ser suficientemente incidente en la sociedad general para acabar con las actitudes estigmatizantes y discriminatorias hacia las personas con enfermedad mental.

Por otro lado, tomando como referencia la definición de salud de la OMS (Organización Mundial de la Salud), la salud es “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS, 2017). Por lo que, para catalogar la enfermedad mental no sólo debemos tener en cuenta el diagnóstico clínico sino todos aquellos agentes externos o factores sociales que inciden en el desarrollo vital de cualquier individuo.

### **2.3. DEFINICIÓN DE ESTIGMA**

El término *estigma*, si nos remontamos a la antigua Grecia, se utilizaba para referirse a marcas que las personas portaban en alguna parte de su cuerpo, estas marcas podían ser cortes o quemaduras con el objetivo de que fuera reconocido su status social, ya que estas personas solían ser esclavos o delincuentes.

Con el paso de los años, con la instauración del cristianismo, este terminó acuñó unas connotaciones algo más positivas, debido a que se solía aplicar este término a personas que poseían alguna característica física fuera de lo común, adquiriendo la condición de gracia divina.

En la actualidad, la palabra *estigma* es un término que se aproxima bastante a su connotación más antigua, ya que hoy en día en palabras de Goffman (1963) “es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social y hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores”.

Por lo tanto, más allá de poderlo definir como algo propio que genera un individuo, esta palabra lleva asociada una previa construcción social que se puede definir como *proceso de estigmatización*, el cual en palabras de Morales *et al.* (2008), incluye varios elementos:

estereotipos, prejuicios, conductas discriminatorias, mecanismos psicológicos de construcción del significado e identificación de los atributos estigmatizadores.

Una perspectiva más dinámica y amplia sobre el proceso de estigmatización es la propuesta por Link & Phelan (2001), en la que se argumenta que el estigma tiende a construirse a partir de cinco procesos interrelacionados:

- la construcción de las diferencias (color de la piel, género, coeficiente intelectual, etc.)
- el enlace o vinculación con ciertos prejuicios y estereotipos más o menos bien definidos.
- el distanciamiento social o la segregación entre los de adentro (“nosotros”) y los de afuera (“ellos”)
- la degradación (perdida de status) y discriminación de las personas
- la asimetría del poder que se mantiene entre los estigmatizadores y los estigmatizados.

En consecuencia, un estigma generado en cualquier sociedad y hacia cualquier individuo o colectividad está condicionado por el relativismo social y cultural, debido a que atribuirle a una persona alguna característica estigmatizadora dependerá del momento histórico y del contexto en el que se produzca, así sucedió por ejemplo con la obesidad en la Edad Media, la cual era símbolo de salud y riqueza, pero que en la actualidad está excluida de los estándares de belleza y es considerada una condición perjudicial para la salud.

Por lo tanto, no podemos usar una definición estándar cuando hablamos de estigma, ya que pertenecer a un grupo estigmatizado o a un grupo estigmatizador, en cierta manera, es una consecuencia dinámica y cambiante.

Como resultado de lo anteriormente descrito, es necesario que tengamos en cuenta que todos somos integrantes de una sociedad que tiende a categorizar y etiquetar como proceso de economía cognitiva y por ende, hoy podemos pertenecer a un grupo y mañana a otro, de ahí la importancia de determinar las bases de los procesos estigmatizadores.

#### **2.4. ORIGEN DEL ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL**

Existen varias teorías para determinar el origen del estigma que padece la enfermedad mental, en palabras de Crisp (2001), “existe una tendencia propia y profunda en los seres humanos a categorizar y etiquetar de manera exagerada los comportamientos de otros que

se salen de lo esperado y que pueden ser interpretados como amenazas o algo de lo cual hay que alejarse”.

Por lo tanto, la persona que estigmatiza suele reaccionar de forma que su conducta se ve alterada ante la presencia del estigmatizado, pudiendo mostrar actitudes como la agitación, inquietud, inmovilidad o nerviosismo.

Siguiendo esa línea, Haghghat (2001) afina su definición del proceso estigmatizador y lo define como un instrumento utilizado en la competencia social, ya que, solemos categorizar, generalizar y ser defensivos ante la peligrosidad de un solo individuo, por ejemplo, ante un paciente con esquizofrenia irreflexivamente expandimos su “peligrosidad” a todos lo que ocupen la misma categoría.

Así pues, partiendo de esta perspectiva del origen del estigma como un proceso que no depende exclusivamente del individuo, la Sociología ha abordado este origen del estigma una interacción mutua entre el contexto y el individuo, (Pilgrim & Rogers, 2005).

Por consiguiente, en la actualidad es necesario abordar la enfermedad mental desde un modelo bio-psico-social centrado en atender a la enfermedad mental desde tres factores (biológico, psicológico y social), siendo esencial en su proceso diagnóstico como en su tratamiento, atender a la persona afectada con una enfermedad de estas características desde la perspectiva de ámbito médico, psicológico y social.

Así pues, lo anteriormente expuesto es de vital importancia en la intervención de personas con esta diagnosis, debido a la existencia de numerosos prejuicios y mitos que giran alrededor de los trastornos mentales, porque si no se aborda desde una triple perspectiva suelen transformarse en enfermedades que determinan la vida de la persona que padece dicha enfermedad.

Ante dicha problemática, la persona afectada no solo tiene que lidiar con las dificultades asociadas a su enfermedad, sino que a estas les debemos añadir las que se encuentra la persona con enfermedad mental para poder realizar una vida normalizada en la sociedad (Aznar & Berlanga, 2004).

## **2.5. CLASIFICACIÓN DE ESTIGMAS**

Ante la innumerable cantidad de estigmas que se han ido generando a lo largo de la historia, podemos encontrar en la actualidad según González *et al.* (2008), tres grandes categorías basándose en la procedencia del mismo, por lo tanto la clasificación resultante que tomaremos como referencia se resume en:

- Físicos: Relacionados con defectos físicos o corporales



- Psicológicos: Referidos a alteraciones psicológicas como las enfermedades mentales.
- Sociales: Centrados en resaltar atributos propios de una etnia, cultura o factores sociales como la pobreza.

Así pues, además de atender a esta clasificación, debemos de tener muy presente, que estar bajo el paraguas de un atributo estigmatizador puede depender de una característica adquirida a lo largo de la vida o puede ser una característica intrínseca de un individuo, así pues, no es lo mismo pertenecer a alguna minoría étnica, que ser diagnosticado con algún tipo de enfermedad mental en el transcurso de tu vida. El hecho de nacer y pertenecer o poseer desde ese momento una característica estigmatizadora puede ayudar, en cierta manera a sobreponerse de forma más positiva a la discriminación que puede padecer el individuo, sin embargo una persona que adquiera un atributo estigmatizador, en palabras de Morales *et al.* (2009), podrá padecer efectos más destructores.

## **2.6. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y LAS CONSECUENCIAS DE SU ESTIGMATIZACIÓN**

Las principales dificultades que se encuentran asociadas a las personas con enfermedad mental son el bajo nivel de estudios que poseen, el alto porcentaje que se encuentra en situación de desempleo, bajo nivel de ingresos y el reducido grupo social con el que se relacionan en su día a día.

Para certificar las afirmaciones anteriores, se toma como base documental, el estudio realizado conjuntamente por Jiménez *et al.* (2008) para la Comunidad de Madrid, la Universidad Pontificia Comillas de Madrid y con la participación de la Asociación Madrileña de Familiares y Amigos de Enfermos con Esquizofrenia (AMAFE).

Como datos generales de los participantes que formaron parte de la muestra (800 personas), el perfil general de las personas diagnosticadas eran varones, solteros, sin hijos, diagnosticados de esquizofrenia, que viven con sus padres, sin estudios universitarios y sin ninguna ocupación profesional.

En términos más concretos, con respecto al nivel educativo de los participantes, casi un tercio de la muestra no posee ningún título académico, más del 70% vive con sus progenitores y casi el 60% tiene unos ingresos entre 300 y 600 € al mes.

En relación con los aspectos relacionados con la vida social y las actividades de ocio, todos declaran que sus relaciones se centran exclusivamente con las personas de su entorno familiar. Los recursos de ocio y tiempo libre que más utilizan son las asociaciones de salud mental, las cafeterías, los cines y salir de viaje.

La mayoría de los encuestados nunca han estado implicados en algún tipo de proceso judicial (73,8%), sin embargo, un 12,8% afirma haber estado inmerso en estos procesos como víctima de algún tipo de agresión.

Por consiguiente, podemos concluir que las personas con enfermedad mental se encuentran inmersos en una espiral de dificultades de la cual es muy difícil salir, en la que el trabajo por parte de todos los agentes sociales es de vital importancia para la reducción del estigma social y la igualdad de oportunidades de estas personas.

## **2.7. ACTITUDES DE LOS/AS ESTUDIANTES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL**

Existen diferentes estudios sobre la percepción y las actitudes que los jóvenes poseen sobre la enfermedad mental datados en la década de los setenta. Estos estudios se realizaron con poblaciones cerradas de educación media, media-superior y universitaria. A partir de los resultados obtenidos en un primer estudio (Towsend, 1975), en el que se comparaban a estudiantes americanos y alemanes, se observó que la cultura en la que estaban inmersos condicionaba su percepción de la enfermedad mental, siendo los americanos más tolerantes que los alemanes.

Por su parte, Fukuhara (1986) en otra comparación transcultural, comparó a estudiantes americanos y japoneses, siendo estos últimos más reticentes a percibir de forma positiva a las personas con enfermedad mental.

Otros autores que han seguido la estela de los anteriores estudios, por ejemplo Flores (1990), realizó un estudio en México para medir la percepción y las actitudes que poseían jóvenes estudiantes de educación media-superior ante la enfermedad mental. Esta autora concluyó que en general, la población de 219 estudiantes a los que entrevistó, poseía actitudes positivas hacia la enfermedad y los enfermos mentales, sin embargo cuando estos jóvenes se incorporaron al mundo laboral y los volvió a entrevistar modificaron su actitud hacia un extremo más negativo.

Por otro lado, en un estudio realizado por Hernández (2009), en el cual contó con la participación de 130 alumnos de nueva incorporación en una facultad medicina, concluyó que las mujeres tenían más actitudes anticipatorias e ideas de supuesta peligrosidad de los pacientes y los hombres, actitudes que reflejan la creencia de que los pacientes tienen una incapacidad para desarrollar distintas actividades ya sea en el ámbito laboral o de relaciones sociales.

Así pues, lo que se pretende con este estudio es determinar qué actitudes manifiestan actualmente los estudiantes Educación Social ante las personas con enfermedad mental. Esto es así ya que estos alumnos son futuros profesionales que potencialmente desarrollarán su labor profesional con este colectivo, así como ser una fuerza generadora de cambio frente a los procesos estigmatizadores que padecen los colectivos más vulnerables.

A su vez, resulta interesante realizar una comparación con otra titulación vinculada a la educación desde una perspectiva más académica y no tan social.

Por tanto, los grados comparados son Educación Social y Educación infantil, ya que, se encuentran en el ecuador de su carrera y han cursado la mitad de sus asignaturas. En concreto, se encuentra necesario saber cuáles son las actitudes presentadas por estos dos grupos para poder analizar en un futuro, si la formación impartida en estas titulaciones ayuda a reducir el prejuicio y detectar las creencias y actitudes estigmatizadoras que padecen las personas con enfermedad mental.

Si bien es cierto que el grado de Educación Social cuenta con mayor número de asignaturas y perspectivas destinadas a la intervención con grupos de riesgo o en exclusión social, Educación Infantil centra su formación académica en didáctica para entornos normalizados y sólo cuenta con una asignatura obligatoria destinada a trastornos del desarrollo.

Por consiguiente, se considera de vital importancia valorar si la formación recibida por estos alumnos actualmente es la adecuada o sería interesante incidir más en la actitud que deben mostrar a las personas que atiendan en su futura labor profesional y de como ellos deberían entender la realidad social de un colectivo tan estigmatizado como son las personas que padecen alguna enfermedad mental, así en palabras de Moscovici (1986), “cómo se represente un individuo el funcionamiento de la nación, de la familia, de la salud y de la enfermedad depende su relación como ciudadano con la conducta social”.

### **3.- OBJETIVOS**

- Describir las actitudes ante la enfermedad mental que presentan los estudiantes de Educación Social y Educación Infantil.
- Determinar si existen diferencias entre las actitudes de los alumnos Educación Social y Educación Infantil ante la enfermedad mental.

## **4.- METODOLOGÍA**

### **4.1. PARTICIPANTES**

En este estudio han participado 174 estudiantes universitarios pertenecientes a las titulaciones de Educación Social (52,3 %) y Educación Infantil (47,7 %), todos ellos de segundo curso de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Granada en el curso académico 2.016-2.017. Por sexo, la muestra se divide en 9,8 % de hombres y un 90,2 % de mujeres. La edad media de los encuestados es de 20 años y su rango de edad oscila entre los 19 y 52 años.

### **4.2. PROCEDIMIENTO**

Se realizó un estudio con una muestra incidental, donde la administración del cuestionario CAMI se aplicó de forma colectiva. Para la aplicación de dicho cuestionario, se estimó un tiempo una duración de 30 minutos y su realización se llevó a cabo en las aulas donde habitualmente se imparte docencia y bajo la aprobación de los respectivos docentes.

Asimismo, se informó a todos los participantes que habían sido seleccionados para la muestra de un estudio que se presentaría como trabajo fin de grado y en el que sus respuestas serían totalmente confidenciales y tomados como datos puramente estadísticos. Igualmente, al finalizar el estudio podrían ser informados sobre los datos extraídos así como a la posibilidad de acceder a todo el contenido del estudio una vez depositado ante tribunal.

### **4.3.- INSTRUMENTOS**

#### **4.3.1. Cuestionario CAMI (Community Attitudes towards the Mentally Illness)**

El cuestionario CAMI (Taylor & Dear, 1981) (anexo 1) se trata de una versión abreviada, revisada y actualizada de la escala Opinions about Mental Illness (OMI).

Este cuestionario engloba 40 ítems, evaluados con una escala Likert de 5 puntos, que va desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. La escala consta de 4 factores llamados: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de la salud mental en la comunidad. Cada factor contiene 10 declaraciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental grave. Cinco de los 10 ítems se expresan en positivo y los otros 5 están redactados en negativo. Su fiabilidad es de  $\alpha$  .923.

Factores:

- a. Autoritarismo. Evalúa las opiniones acerca de las personas con enfermedad mental como una clase inferior a los individuos sanos, esta escala está compuesta por los ítems 1, 5, 9, 13, 21, 25, 29, 33 y 37. Consistencia interna  $\alpha$  .659
- b. Benevolencia. Valora actitudes de acogida hacia los pacientes, pero que pueden llegar a representar una actitud paternalista, compuesta por los ítems 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30 y 38. Consistencia interna  $\alpha$  .788
- c. Restricción social. Evalúa el peligro para la sociedad y sugiere que la gente con enfermedad mental se debe limitar, tanto antes como después de la hospitalización. Está compuesta por los ítems 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31 y 39. Consistencia interna  $\alpha$  .765
- d. Ideología de la salud mental en la comunidad. Engloba los ítems 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32 y 40 y evalúa las actitudes y creencias relacionadas con la inserción de las personas con enfermedad mental en la comunidad y en la sociedad en general. Consistencia interna  $\alpha$  .816

#### **4.3.2. Sociodemográfico**

Para obtener la información pertinente sobre las características sociodemográficas de la muestra se construyó un cuestionario ad-hoc (anexo 2) formado por un total de 7 ítems, los cuales proporcionaban información relativa al género, edad, contacto con personas con enfermedad mental, razón y frecuencia del contacto así como la posesión de información sobre enfermedad mental y la fuente de obtención de dicha información. Todas estas cuestiones para que quedaran exentas de ambigüedad, se redactaron de manera clara y concisa.

#### **4.4. ANÁLISIS DE DATOS**

Para el análisis de los resultados se utilizó el paquete de programas estadísticos SPSS en su versión 23 para Windows.

En primer lugar, se procedió al examen de las variables sociodemográficas de la muestra a través de un análisis descriptivo que proporcionó la frecuencia y las puntuaciones medias de la muestra.

A continuación, se realizó el análisis de la fiabilidad para comprobar las propiedades psicométricas de las diferentes subescalas del cuestionario principal.

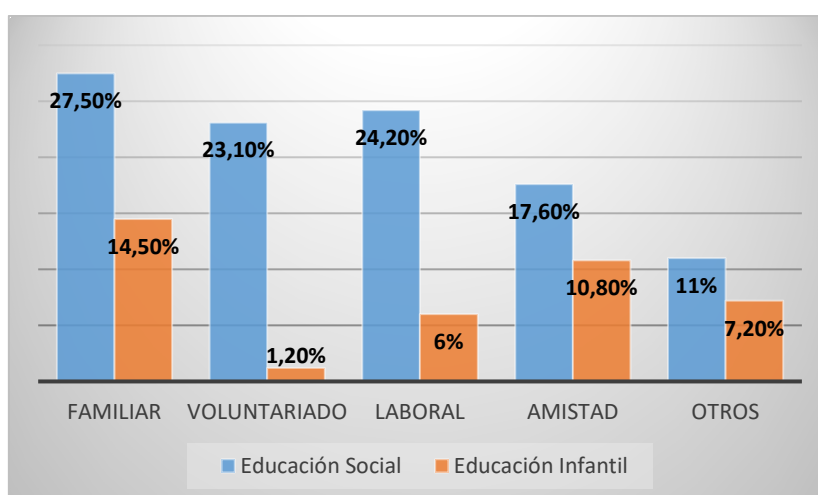
Por último, se realizó un estudio descriptivo de toda la muestra para el cuestionario CAMI.

## 5. RESULTADOS.

En primer lugar, en relación a las variables sociodemográficas, podemos afirmar que un 52,9 % de la muestra total manifiesta haber tenido contacto con personas con enfermedad mental, mientras que un 47,1 % no, siendo la razón principal el contacto familiar 21,3 % y siendo su frecuencia esporádica en un 24,7 %.

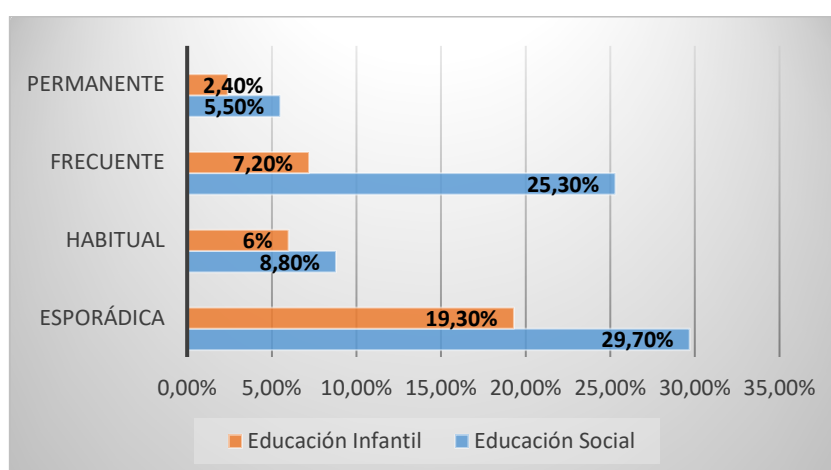
En este sentido y realizando una comparación entre titulaciones se observa que existen diferencias en cuanto al porcentaje de estudiantes que tienen contacto con personas con enfermedad mental, en Educación Social un 69,2% afirma haber mantenido contacto mientras que en Educación Infantil este porcentaje se reduce a un 34,9%. Con respecto a la razón del contacto (gráfica 1) y su frecuencia también existen diferencias (gráfica 2).

Gráfica 1. Razón de contacto Educación Social y Educación Infantil.



Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos en SPSS.

Gráfica 2. Frecuencia de contacto Educación Social y Educación Infantil.

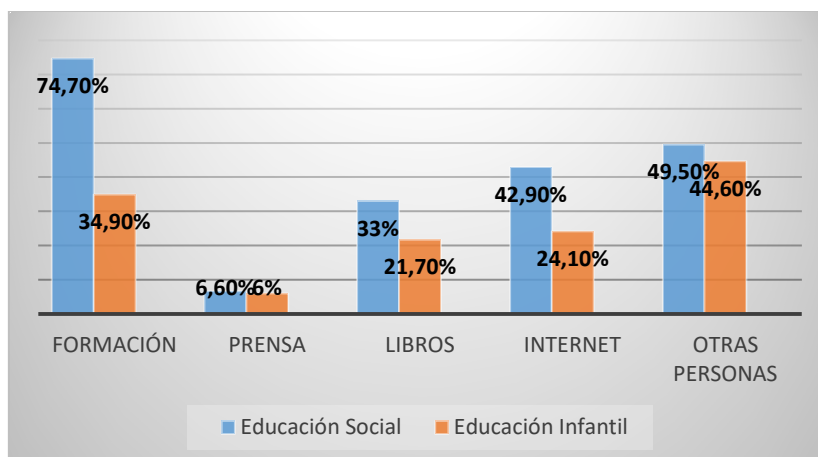


Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos en SPSS.

Asimismo, un 83,9% de la muestra manifiesta haber recibido información sobre enfermedad mental, información obtenida en un 55,7% a través de formación, un 33,9% por internet, un 33,9% a través de libros y prensa y un 47,1% a través de otras personas.

Sin embargo, comparando los dos grupos también encontramos diferencias porcentuales en cuanto a la adquisición de esta información (gráfica 3).

Gráfica 3. Fuente de información Educación Social y Educación Infantil.



Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos en SPSS.

Por otro lado, atendiendo a los objetivos del estudio y con la finalidad de que el análisis de los resultados resulte de fácil comprensión e interpretación, se ha dividido el cuestionario en las cuatro subescalas que lo construyen.

#### a. Subescala: Autoritarismo

Esta subescala denominada originalmente como *autoritarismo* nos permite observar unas puntuaciones medias similares en cada titulación (anexo 3), aunque las diferencias obtenidas en las puntuaciones de cada ítem manifiestan que las conductas de los estudiantes de Educación Infantil son más autoritarias que los de Educación Social. Esto queda reflejado en el ítem 1 ( $M= 3,67$ ), en el que la muestra de Educación Infantil se acerca más al valor 3, lo que quiere decir que no están totalmente en desacuerdo con esta afirmación.

Asimismo, observamos la misma actitud ante la afirmación *las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño* ( $M=3,14$ ) en la que no se posicionan en contra de esta. A su vez, en el ítem 33 los alumnos de Infantil ( $M=3,55$ ) creen en mayor medida que *una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y fuerza de voluntad*, que los alumnos de Educación Social ( $M= 4,05$ ).

Tabla 1. Diferencias subescala autoritarismo, estadísticos t y p

	Titulación	N	MEDIA	DT	ET	T	P
1. En cuanto una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.	E. Social	91	4,26	,880	,092	3,838	,000*
	E. Infantil	83	3,67	1,138	,125		
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.	E. Social	91	2,57	1,407	,148	-2,784	,006*
	E. Infantil	83	3,14	1,299	,143		
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.	E. Social	91	3,98	,966	,101	5,876	,000*
	E. Infantil	83	3,14	,899	,099		
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.	E. Social	91	2,66	1,088	,114	-3,063	,003*
	E. Infantil	83	3,11	,812	,089		
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.	E. Social	91	4,05	1,037	,109	3,065	,003*
	E. Infantil	83	3,55	1,118	,123		

\*p < .05. Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos en SPSS.

Además, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para los ítems representados en la tabla 1, que refuerzan la existencia de diferencias entre las actitudes de los dos grupos comparados.

b. Subescala: Benevolencia.

En cuanto a este factor, las puntuaciones medias para cada ítem (anexo 4) revelan que las puntuaciones obtenidas por los estudiantes de Educación Social son más favorables que las de Educación Infantil en todos los ítems de esta escala.

Es a destacar el ítem 10, en el que el alumnado de Educación Infantil manifiesta no estar tan en desacuerdo con esta afirmación (M= 1,94) como los estudiantes de Educación Social (M=1,62). A su vez, los alumnos de Infantil (M= 2,72) no se sitúan tan en contra a la afirmación *nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar...* que los de Educación Social (M= 2,30).

Tabla 2. Diferencias subescala benevolencia, estadísticos t y p

	Titulación	N	MEDIA	DT	ET	T	P
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.	E. Social	91	1,62	1,030	,108	-1,971	,050*
	E. Infantil	83	1,94	1,141	,125		
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.	E. Social	91	2,30	1,130	,118	-2,379	,018*
	E. Infantil	83	2,72	1,233	,135		

p<.05 Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos en SPSS.

Al igual que en la anterior subescala, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los ítems 10 y 26, en los que los estudiantes de Educación Social muestran actitudes más empáticas que los de Educación Infantil en el trato y los recursos que se ofrecen a las personas con enfermedad mental.

c. Subescala: Restricción Social

Las actitudes de la muestra total son positivas hacia el reconocimiento de los derechos de las personas con enfermedad mental. Sin embargo, también observamos diferencias en



las puntuaciones medias obtenidas en cada ítem para cada uno de los grupos (anexo 5), lo que nos indica que de nuevo, los alumnos de Educación Infantil manifiestan unas actitudes algo más discriminatorias que los estudiantes de Educación Social.

Si observamos el ítem 7, *las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente*, Educación Social (M= 2,11) se acercan más al total desacuerdo con esta afirmación que Educación Infantil (M= 2,75). Respecto al enunciado *no se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales*, Educación Infantil (M= 4,08) se encuentra más alejado del total desacuerdo que Educación Social (M= 4,40).

En relación a la significatividad estadística de los datos, se han encontrado diferencias para los ítems representados en la siguiente tabla.

Tabla 3. Diferencias subescala restricción social, estadísticos t y p

	Titulación	N	MEDIA	DT	ET	T	P
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.	E. Social	91	2,11	1,016	,107	-4,074	,000*
	E. Infantil	83	2,75	1,046	,115		
19. No me gustaría vivir al lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.	E. Social	91	4,51	,848	,089	3,458	,001*
	E. Infantil	83	4,02	,987	,108		
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales.	E. Social	91	1,36	,876	,092	-2,015	,046*
	E. Infantil	83	1,66	1,085	,119		
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.	E. Social	91	4,40	,801	,084	2,495	,014*
	E. Infantil	83	4,08	,844	,093		

p<.05 Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos en SPSS.

#### d. Subescala: Ideología de la salud mental en la comunidad.

Esta subescala evalúa las actitudes y creencias relacionadas con la inserción de las personas con enfermedad mental en la comunidad y en la sociedad en general.

Con los datos extraídos (anexo 6), se puede determinar que todos los participantes reflejan una actitud positiva hacia la convivencia e inclusión de las personas con enfermedad mental. Aunque, observando las puntuaciones medias para cada ítem los estudiantes de Educación Infantil poseen una actitud menos favorable hacia estas personas.

Esto se observa en el ítem 16 *el hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes*, en el que los estudiantes de Educación Infantil (M= 3,40) no se posicionan contrarios a esta afirmación tan claramente como los de Educación Social (M= 4,04).

Igualmente ocurre con *asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales*, ya que Educación Infantil (M= 3,78) está en mayor medida de

acuerdo con esta declaración que Educación Social (M= 4,32). En relación a los ítems 8, 24 y 32 sucede lo mismo, los alumnos de Infantil están más de acuerdo con ellos que los de Educación Social.

Asimismo, se han hallado diferencias estadísticamente significativas en los ítems representados en la siguiente tabla.

Tabla 4. Subescala ideología de salud mental en la comunidad, estadísticos t y p.

	Titulación	N	MEDIA	DT	ET	T	P
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio.	E. Social	91	4,52	,886	,093	2,477	,014*
	E. Infantil	83	4,18	,899	,099		
16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.	E. Social	91	4,04	,918	,096	4,595	,006*
	E. Infantil	83	3,40	,936	,103		
24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios.	E. Social	91	4,36	,796	,083	2,602	0,01*
	E. Infantil	83	4,00	1,036	0,114		
28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.	E. Social	91	1,85	1,021	,107	-3,194	,002*
	E. Infantil	83	2,31	,896	,098		
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.	E. Social	91	4,45	,885	,093	2,150	,033*
	E. Infantil	83	4,16	,917	,101		
36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental.	E. Social	91	1,75	,864	,091	-3,254	,001*
	E. Infantil	83	2,16	,788	,087		
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales.	E. Social	91	4,32	,930	,097	3,731	,000*
	E. Infantil	83	3,78	,963	,106		

p<.05 Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos en SPSS.

## 6.- DISCUSIÓN:

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar si existen diferencias entre las actitudes hacia las personas con enfermedad mental de los alumnos de Educación Social y Educación Infantil así como conocer si estas actitudes eran favorables o no hacia estas personas.

En relación a esta cuestión, la totalidad de la muestra refleja una actitud positiva ante las personas con enfermedad mental, como así se refleja en las puntuaciones medias obtenidas. Sin embargo, se observa que existen diferencias entre los dos grupos comparados, en los que los estudiantes de Educación Infantil muestran actitudes menos favorables hacia estas personas.

Esta afirmación se basa en los datos extraídos tras el análisis de cada subescala que posee el instrumento principal de medida. Las diferencias obtenidas arrojan una actitud más autoritaria, menos benevolente y más discriminatoria y estigmatizante por parte de los estudiantes de Educación Infantil. Por el contrario, las actitudes y creencias de los alumnos de Educación Social son más tolerantes, afectivas y dirigidas hacia la inclusión de las personas con enfermedad mental.

Por otro lado, atendiendo a los datos obtenidos, vemos que el alumnado de Educación Infantil ha tenido menos contacto con personas con enfermedad mental y que poseen menos información. En este sentido, un mayor conocimiento y formación continuada y centrada en el contexto podría llegar a mejorar las actitudes, creencias y opiniones de nuestros futuros profesionales, contribuyendo así a generar un cambio positivo de actitud que se reflejará no sólo en su labor profesional sino que será extrapolable a la sociedad en general, proporcionando información y educación a la sociedad.

En relación con la idea expresada anteriormente, encontramos un estudio realizado por Urbiola (2014) en el que demuestra que facilitar información a un grupo de personas que muestra actitudes prejuiciosas ante otro reduce significativamente el prejuicio inicial recategorizando a las personas estigmatizadas.

Así pues, resulta necesario diseñar e implementar acciones formativas para la prevención, detección precoz y atención de las enfermedades mentales en el ámbito universitario, desde una perspectiva social donde se conozcan de manera real las causas y consecuencias de la enfermedad mental. Formando a profesionales desde un paradigma científico, crítico y social.

Igualmente, resultaría interesante desarrollar un estudio longitudinal en el que se evalúe si la actitud de estos alumnos sigue permaneciendo igual o se modifica con el paso del tiempo, ya que, como se refleja en el estudio de Flores (1990), puede ser que estas personas a la hora de desarrollar sus funciones en el mundo laboral cambien de actitud frente a las personas con enfermedad mental.

Dicho esto, una vez analizado los datos y con las investigaciones previas nos surge un interés particular en determinar cuáles son aquellas experiencias que pueden influir en un cambio de actitud de los futuros profesionales, y si un mayor conocimiento y contacto con individuos con trastorno mental aumenta o disminuye el estigma hacia estas personas. Por último y no menos importante cabe destacar la especial atención que le debemos dedicar desde la Educación Social a la influencia del proceso socializador y de la influencia cultural en el papel de la creación de prejuicios hacia ciertos colectivos. De ahí nace la necesidad de abordar esta problemática a nivel social y/o colectiva, ya que, no podemos olvidarnos del papel que ejercen los agentes socializadores más influyentes como son la familia, la escuela y los medios de comunicación.

## 7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría. "Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM -5". Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Aznar, E. & Berlanga, A. (2004). *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ayestarán, S., & Páez, D. (1986). Representación social de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 6(16), 095-128.

Crisp A. *The tendency to stigmatise*. Br J Psychiatry 2001; 178: 197-9.

DIAZ, D. (2007, 15 de mayo de 2007). "El estigma de la enfermedad mental." Elpais.com. Extraído el 3 de octubre de 2014, desde [http://elpais.com/diario/2007/05/15/salud/1179180005\\_850215.htm](http://elpais.com/diario/2007/05/15/salud/1179180005_850215.htm)

Flores, M. C. (1990). Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media-superior. *Salud Mental*, 13(2), 18-23.

Fukuhara, M. (1986). The Attitude of Students towards Consultation Counselling. *School Psychology International*, 7(2), 76-82.

Haghighat, R. (2001). *A unitary theory of stigmatisation*. The British Journal of Psychiatry, 178(3), 207-215.

Hernandez, M.R. (2009). *Actitudes hacia la enfermedad mental en los estudiantes de primer año de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí*. Disponible en: <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/2157/3/EPS1AHE00901.pdf>

Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

González Fernández, R., Lozano Maneiro, B. & Catein Maestro, J.L. (Eds.). (2008). *Psicología del Estigma: ensayos sobre la diferencia, el prejuicio y la discriminación*. Madrid: Editorial Universitas.

Jiménez, M. T. R., Partido, J. P. N., Anchía, R. J., Peón, R. M., & Direct, M. *Calidad de vida y esquizofrenia*. Disponible en <http://www.amafe.org/wp-content/uploads/2014/12/calidad-de-vida-y-esquizofrenia.pdf>

Link, B.G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27: 363-385.

Magliano, L., Read, J., Patalano, M., Sagliocchi, A., Oliviero, N., Campitiello, F. & Cerrato, F. (2012). Contrarrestar el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el ámbito sanitario: una experiencia piloto en una muestra de estudiantes italianos de medicina. *Psychology, Society & Education*, 4(2), 169-181.

Morales, J.F., Huici, C., Gómez, A. & Gaviria, E. (Eds.). (2008). *Método, teoría e investigación en Psicología Social*. Madrid: Pearson.

Morales, J.F., Moya, M., Gaviria, E. & Cuadrado, I (Eds.). (2009). *Psicología Social*. (3ª ed.). Madrid: MC Graw Hill.

Moscovici, S. (1986). *Psicología Social II, Pensamiento y Vida Social, Psicología Social y Problemas Sociales*. Madrid: Paidós Ibérica.

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

Perales, A., Sogi, C., & Morales, R. (2003, December). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 64, No. 4, pp. 239-246). UNMSM. Facultad de Medicina.

Pilgrim, D., & Rogers, A. E. (2005). *Psychiatrists as social engineers: A study of an anti-stigma campaign*. *Social Science & Medicine*, 61(12), 2546-2556.

Taylor SM, Dear MJ.(1981) Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull*. 1981;7:225-40.

Townsend, J. M. (1975). Cultural conceptions and mental illness: a controlled comparison of Germany and America. *The Journal of nervous and mental disease*, 160(6), 409-421.

Urbiola, A., Willis, G. B., Ruiz-Romero, J., & Moya, M. (2014). La reducción del prejuicio hacia la población gitana en la vida real: Efectos de la visita a la exposición "Vidas Gitanas (Lungo Drom)". *Psychosocial Intervention*, 23(1), 11-16.

# ANEXOS

## ANEXO 1.

### CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (CAMI)

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. Debes marcar con una "X" la respuesta que refleja más adecuadamente tu reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante. No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente. Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.

Debes responder puntuando entre 1 y 5 en cada casilla, en una escala en la que: 1 significa "Totalmente de acuerdo" y 5 "Totalmente en desacuerdo".

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

	1	2	3	4	5
1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.					
2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.					
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad.					
4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.					
5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.					
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad.					
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.					
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio.					
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales.					
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.					
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado.					
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad.					
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.					

14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público.					
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio.					
16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.					
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.					
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.					
19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.					
20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local.					
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.					
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales.					
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal.					
24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios.					
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave.					
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.					
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público.					
28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.					
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.					
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión.					
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales.					
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.					
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.					



34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales.					
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.					
36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental.					
37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental.					
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales.					
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros.					
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales.					

## ANEXO 2.

1. Edad:

2. Sexo:  V  M

3. He tenido contacto con personas con enfermedad mental:  Sí  No

4. Razón del contacto:

Familiar

Laboral

Voluntariado

Amistad

Otros

5. Frecuencia del contacto:

Esporádica

Frecuente

Habitual

Permanente

6. He recibido información sobre personas con enfermedad mental:  Sí  No

7. Fuente de la que ha recibido esa información:

Formación

Libros

Prensa

Internet

A través de otras personas

### ANEXO 3. Datos estadísticos factor autoritarismo.

	Titulación	N	MEDIA	DT	ET	T	P
1. En cuanto una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.	E.Social	91	4,26	,880	1,092	3,838	,000 *
	E. Infantil	83	3,67	1,138	1,125		
	Total	174	3,98	1,051	,080		
5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.	E.Social	91	2,44	1,157	,121	-0,638	,524
	E. Infantil	83	2,55	1,212	,133		
	Total	174	2,69	1,181	,090		
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales.	E.Social	91	3,74	,828	,087	1,122	,263
	E. Infantil	83	3,58	1,026	,113		
	Total	174	3,66	,928	,070		
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.	E.Social	91	2,57	1,407	,148	-2,784	,006 *
	E. Infantil	83	3,14	1,299	,143		
	Total	174	2,84	1,383	,105		
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.	E.Social	91	3,98	,966	,101	5,876	,000 *
	E. Infantil	83	3,14	,899	,099		
	Total	174	3,58	1,021	,077		
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.	E.Social	91	1,29	,873	,092	-,1,729	,086
	E. Infantil	83	1,53	,992	,109		
	Total	174	1,40	,937	,071		
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave.	E.Social	91	4,79	,738	,077	-0,400	,968
	E. Infantil	83	4,80	,558	,061		
	Total	174	4,79	,656	,050		
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.	E.Social	91	2,66	1,088	,114	-3,063	,003 *
	E. Infantil	83	3,11	,812	,089		
	Total	174	2,87	,989	,075		
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.	E.Social	91	4,05	1,037	,109	3,065	,003 *
	E. Infantil	83	3,55	1,118	,123		
	Total	174	3,82	1,102	,084		
37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental.	E.Social	91	1,69	,985	,103	-1,639	,103
	E. Infantil	83	1,94	1,004	,110		
	Total	174	1,81	,999	,076		

\* p<.05

#### ANEXO 4. Datos estadísticos factor benevolencia.

	Titulación	N	MEDIA	DT	ET	T	P
2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.	E.Social	91	1,59	,856	,090	-,708	,480
	E. Infantil	83	1,69	,882	,097		
	Total	174	1,64	,867	,066		
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad.	E.Social	91	4,34	,922	,097	,943	,347
	E. Infantil	83	4,22	,797	,087		
	Total	174	4,28	,864	,066		
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.	E.Social	91	1,62	1,030	,108	-1,971	,050 *
	E. Infantil	83	1,94	1,141	,125		
	Total	174	1,77	1,093	,083		
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público.	E.Social	91	4,69	,784	,082	1,866	,064
	E. Infantil	83	4,47	,786	,086		
	Total	174	4,59	,791	,060		
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.	E.Social	91	1,49	,861	,090	-,765	,445
	E. Infantil	83	1,60	,999	,110		
	Total	174	1,55	,928	,070		
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales.	E.Social	91	4,13	,819	,086	1,892	,060
	E. Infantil	83	3,89	,856	,094		
	Total	174	4,02	,843	,064		
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.	E.Social	91	2,30	1,130	,118	-2,379	,018 *
	E. Infantil	83	2,72	1,233	,135		
	Total	174	2,50	1,196	,091		
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión.	E.Social	91	4,87	,581	,061	1,926	,056
	E. Infantil	83	4,66	,816	,090		
	Total	174	4,77	,708	,054		
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales.	E.Social	91	1,57	,832	,087	-1,266	,207
	E. Infantil	83	1,73	,871	,096		
	Total	174	1,65	,852	,065		
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales.	E.Social	91	4,57	,818	,086	1,921	,056
	E. Infantil	83	4,33	,871	,096		
	Total	174	4,45	,850	,064		

\* p<.05

## ANEXO 5. Datos estadísticos factor restricción social.

	Titulación	N	MEDIA	DT	ET	T	P
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad.	E.Social	91	4,70	,723	,076	1,121	,227
	E. Infantil	83	4,57	,788	,084		
	Total	174	4,64	,746	,057		
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.	E.Social	91	2,11	1,016	,107	-4,074	,000 *
	E. Infantil	83	2,75	1,046	,115		
	Total	174	2,41	1,076	,082		
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado.	E.Social	91	4,71	,820	,086	1,700	,091
	E. Infantil	83	4,49	,889	,098		
	Total	174	4,61	,858	,065		
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio.	E.Social	91	1,32	,965	,101	-1,074	,284
	E. Infantil	83	1,48	1,040	,114		
	Total	174	1,40	1,002	,076		
19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.	E.Social	91	4,51	,848	,089	3,458	,001 *
	E. Infantil	83	4,02	,987	,108		
	Total	174	4,28	,946	,072		
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal.	E.Social	91	1,77	,857	,090	-,657	,512
	E. Infantil	83	1,86	,871	,096		
	Total	174	1,81	,863	,065		
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público.	E.Social	91	4,56	,909	,095	1,738	,084
	E. Infantil	83	4,33	,871	,096		
	Total	174	4,45	,896	,068		
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales.	E.Social	91	1,36	,876	,092	-2,015	,046 *
	E. Infantil	83	1,66	1,085	,119		
	Total	174	1,51	,990	,075		
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.	E.Social	91	4,40	,801	,084	2,495	,014 *
	E. Infantil	83	4,08	,844	,093		
	Total	174	4,25	,834	,063		
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros.	E.Social	91	2,67	1,023	,107	-1,340	,182
	E. Infantil	83	2,87	,908	,100		
	Total	174	2,76	,972	,074		

\* p<.05

## ANEXO 6. Datos estadísticos factor ideología de la salud en la comunidad.

	Titulación	N	MEDIA	DT	ET	T	P
4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.	E.Social	91	1,53	,911	,095	-1,721	,087
	E. Infantil	83	1,76	,864	,095		
	Total	174	1,64	,894	,068		
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio.	E.Social	91	4,52	,886	,093	2,477	,014 *
	E. Infantil	83	4,18	,899	,099		
	Total	174	4,36	,906	,069		
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad.	E.Social	91	1,84	,958	,100	-5,530	,597
	E. Infantil	83	1,92	1,038	,114		
	Total	174	1,87	,995	,075		
16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.	E.Social	91	4,04	,918	,096	4,595	,000 *
	E. Infantil	83	3,40	,936	,103		
	Total	174	3,74	,979	,074		
20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local.	E.Social	91	1,84	1,067	,112	-0,055	,956
	E. Infantil	83	1,84	,862	,095		
	Total	174	1,84	,972	,074		
24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios.	E.Social	91	4,36	,796	,083	2,602	,010 *
	E. Infantil	83	4,00	1,036	,114		
	Total	174	4,19	,933	,071		
28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.	E.Social	91	1,85	1,021	,107	-3,194	,002 *
	E. Infantil	83	2,31	,896	,098		
	Total	174	2,07	,989	,075		
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.	E.Social	91	4,45	,885	,093	2,150	,033 *
	E. Infantil	83	4,16	,917	,101		
	Total	174	4,31	,910	,069		
36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental.	E.Social	91	1,75	,864	,091	-3,254	,001 *
	E. Infantil	83	2,16	,788	,087		
	Total	174	1,94	,851	,065		
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales.	E.Social	91	4,32	,930	,097	3,731	,000 *
	E. Infantil	83	3,78	,963	,106		
	Total	174	4,06	,980	,074		

\* p<.05