



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA SOCIAL**

**Evaluación del Estigma hacia los Adolescentes  
con Problemas de Salud Mental**

**D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Nieves Martínez Hidalgo**

2015





**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA SOCIAL**

**EVALUACIÓN DEL ESTIGMA HACIA LOS  
ADOLESCENTES CON PROBLEMAS  
DE SALUD MENTAL**

Tesis presentada por

**D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Nieves Martínez Hidalgo**

Dirigida por

**Dra. M<sup>a</sup> Pilar Martín Chaparro**

**Dra. M<sup>a</sup> Dolores Hidalgo Montesinos**

Murcia, 2015







A mis padres





## AGRADECIMIENTOS

Ha sido un año difícil y especial por las circunstancias personales que han rodeado la elaboración de esta tesis. Sin embargo, el apoyo afectivo, moral y logístico que me han ofrecido las personas importantes de mi entorno, ha sido tan potente que han conseguido que mi brújula interior, a veces, trémula, marcarse siempre al Norte.

Quiero agradecer a los hados, que me estimulasen, en la celebración anual de los Galardones de la Psicología Murciana de 2014, a felicitar a Pilar Martín Chaparro, una de las dos directoras de esta tesis, por su exquisita y seria presentación de los premios de investigación concedidos durante este acto oficial que cada año celebra el Colegio Oficial de Psicólogos de la Región de Murcia. Fue un encuentro tan fortuito, -hasta esa noche no nos conocíamos- y tan estimulante, que de no ser por Pilar, esta tesis, no habría sido escrita. Fue gracias a ella, a sus ánimos, a sus orientaciones científicas y teóricas, a su apoyo constante y personal, desde antes de iniciar el trabajo y hasta el último día, que el estudio del estigma en adolescentes con problemas de salud mental se ha visto enriquecido, ampliado y terminado. Siempre le estaré agradecida, también, por elegir a María Dolores Hidalgo Montesinos como codirectora de tesis. Lola ha sido un ejemplo de buen hacer profesional, de cercanía, de apoyo, de seriedad, prestándome la ayuda necesaria para dar luz al estudio empírico y al análisis estadístico de los datos. Son dos profesoras excepcionales. Con ellas es fácil trabajar, estudiar, esforzarse; siempre que las he necesitado, me han atendido.

Agradecer también a los centros educativos, equipo directivo, departamento de orientación, profesorado, alumnado y padres y madres de los participantes de este estudio por su generosa colaboración, sin ella, esta investigación no se podría haber llevado a cabo.

Agradecer el esfuerzo de Julia y Choni, compañeras de trabajo incansables, que me han facilitado las peticiones de artículos, libros y tesis doctorales por préstamo bibliotecario e inter-bibliotecario, han fichado y catalogado los cientos y cientos de libros y artículos adquiridos.

Agradecer al equipo de voluntarios de la Fundación Cattell Psicólogos y amigos, Elena, Sandra, Salva, Andrés, Mikel, Antonio B., Ruth, Virginia, Pedro, Miguel Ángel, Rubén, Antonio José, Paqui, Belén, Javi, Antonio C., Esther, Laura, Encarna y Marta, su estímulo y apoyo en el objetivo de la lucha contra el estigma. Ellos forman parte de este hermoso proyecto y han sabido cuidar de mí a lo largo de todo este año.

A mis hijos Joaquín, Beatriz y Alba y a mi compañero de andadura, Juan José Regadera, a todos ellos quiero agradecerles el respeto y la comprensión que han

mostrado ante mis continuas ausencias. Los ánimos de Alba, sus canciones al piano y sus mensajes de voz han dado emoción, vida y esperanza al esfuerzo diario.

A mis padres, un recuerdo especial, también, porque, a pesar de los difíciles momentos por los que han atravesado en este último año, han sabido comprender y perdonar que no les haya dedicado la atención que necesitaban y se merecían. Ellos han sido el modelo de muchos de los valores que han orientado mi vida: amor al trabajo, integridad, solidaridad, pasión, entusiasmo, autenticidad, voluntad y persistencia. En mi infancia abrieron una ventana al saber que nunca se ha cerrado.

A mi tía Paquita, una mujer valiente, una de las primeras pedagogas de los equipos multiprofesionales de Albacete, trabajadora, inteligente y responsable, de su vida y de la de sus numerosos sobrinos. Una mujer que ha sabido estar a mi lado, siempre que la he necesitado y me ha estimulado en el camino del estudio desde que era bien niña.

# ÍNDICE



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>25</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO I. DESARROLLO DEL ESTUDIO DEL ESTIGMA: ESTEREOTIPOS, PREJUICIOS, DISCRIMINACIÓN, PERTENENCIA GRUPAL E IDENTIDAD SOCIAL.....</b>	<b>37</b>
<b>1.1 Introducción.....</b>	<b>39</b>
<b>1.2 Estereotipos: Revisión Histórica .....</b>	<b>41</b>
1.2.1 Lippman: Introducción del término.....	43
1.2.2 Katz y Braly: Su paradigma .....	45
1.2.3 Allport: Contribución al estudio de los estereotipos .....	46
1.2.4 Adorno: Los estereotipos desde la teoría de la personalidad.....	46
1.2.5 Campbell: Una contribución muy interesante. El carácter del grupo que estereotipa .....	47
1.2.6 Tajfel: Los estereotipos como resultado del proceso de categorización.....	50
1.2.7 McCauley y Stitt: Los estereotipos desde la psicología de la predicción.....	51
1.2.8 Steele y Aronson: El efecto de la amenaza del estereotipo .....	52
1.2.9 Worchel y Rothgerber: El estereotipo como un continuo con dos polos, el grupal y el individual .....	54
1.2.10 Mackie, Hamilton, Susskind y Rosselli: Aspectos compartidos e individuales y componentes cognitivos y afectivos de los estereotipos. ....	55
1.2.11 Conclusión: Los estereotipos como explicaciones selectivas, variables y controvertidas.....	57
<b>1.3 Prejuicios: Revisión Histórica .....</b>	<b>60</b>
1.3.1 Visión diagramática del prejuicio: Allport .....	60
1.3.2 Definiciones y nuevas manifestaciones del prejuicio .....	63
1.3.3 Aproximaciones al Análisis y Estudio del Prejuicio .....	66
1.3.3.1 Enfoques Individualistas .....	67
1.3.3.1.1 Enfoques individualistas motivacionales. ....	67
1.3.3.1.2 Enfoques individualistas cognitivos: Teoría de la Atribución de Weiner.....	72
1.3.3.2 Enfoques Socioculturales .....	81
1.3.3.2.1 Modelos de conflicto social .....	81
1.3.3.2.2 Modelos de consenso social.....	82
1.3.3.3 Enfoques Intergrupales .....	84

1.3.3.3.1 Teoría del Conflicto realista .....	85
1.3.3.3.2 Proceso de Categorización .....	86
1.3.4 Medidas del Prejuicio .....	88
<b>1.4 Discriminación, Pertenencia Grupal e Identidad Social .....</b>	<b>89</b>
1.4.1 Discriminación, causas y consecuencias .....	90
1.4.2 Relevancia de la Pertenencia Grupal: Concepto Transversal de Estereotipos, Prejuicios, Discriminación e Identidad Social .....	95
<b>1.5 Estigma: Conceptos, Teorías y Modelos .....</b>	<b>101</b>
1.5.1 Definición y Características del Estigma .....	101
1.5.1.1 Funciones del Estigma y Mecanismos que lo facilitan .....	106
1.5.1.2 Consecuencias del proceso de estigmatización.....	107
1.5.1.3 Formas, Estrategias y Mecanismos para afrontar el Estigma .....	113
1.5.2 Modelos Teóricos del Estigma.....	116
1.5.2.1 Estigma y Autoestima.....	116
1.5.2.2 Modelo de Ambivalencia Atributiva .....	123
1.5.1.3 Modelo de Estigma de Amenaza a la Identidad.....	125
 <b>CAPÍTULO II. ESTIGMA Y SALUD MENTAL .....</b>	 <b>129</b>
<b>2.1 Introducción .....</b>	<b>131</b>
<b>2.2 Historia del Estigma hacia la “Enfermedad Mental” .....</b>	<b>133</b>
<b>2.3 Características del Estudio del Estigma en Salud Mental .....</b>	<b>136</b>
<b>2.4 Teorías y Modelos de Estudio del Estigma hacia la Salud Mental .....</b>	<b>139</b>
2.4.1 Teoría de Goffman.....	140
2.4.2 Teoría de las Dimensiones del Estigma .....	143
2.4.3 Teoría de los Componentes del Estigma.....	148
2.4.4 Teoría Sociocognitiva de Corrigan .....	151
2.4.5 Otras aportaciones teóricas .....	152
<b>2.5 Consecuencias del Estigma y Autoestigma en Salud Mental.....</b>	<b>156</b>
<b>2.6 Medición del Estigma en Salud Mental.....</b>	<b>160</b>
<b>2.7 Métodos de Lucha contra el Estigma en Salud Mental.....</b>	<b>164</b>

## **CAPÍTULO III. ESTIGMA, SALUD MENTAL Y ADOLESCENCIA..... 175**

<b>3.1 La Adolescencia como Etapa del Desarrollo .....</b>	<b>177</b>
3.1.1 Introducción .....	177
<b>3.1.2 Teorías de la Adolescencia .....</b>	<b>180</b>
3.1.2.1 Introducción .....	180
3.1.2.2 Stanley Hall: Primer Compendio sobre Adolescencia .....	181
3.1.2.3 Blos y Erikson: Individualización e Identidad .....	182
3.1.2.4 Inhelder y Piaget: El Pensamiento Formal .....	183
3.1.2.5 Elkind: El Egocentrismo en la Adolescencia .....	184
3.1.2.6 Selman: Teoría de los Estadios del Conocimiento Social .....	185
3.1.2.7 Coleman: El Modelo Focal .....	187
3.1.2.8 Graber y Brooks-Gunn: Transición e Hitos en la Adolescencia .....	190
<b>3.2 Adolescencia y Salud Mental .....</b>	<b>191</b>
3.2.1 Adolescencia: Etapa de Vulnerabilidad Psicológica .....	192
3.2.1.1 Concepto de Salud Mental .....	192
3.2.1.2 Adolescencia: Etapa de Oportunidades vs Etapa de Vulnerabilidad Psicológica.....	196
3.2.1.3 Factores de Riesgo y Factores Protectores .....	198
3.2.2 Actitudes y Preocupaciones de los Adolescentes .....	202
3.2.2.1 Autosuficiencia vs Conciencia de Enfermedad.....	206
3.2.3 Prevalencia de Problemas Psicológicos en la Adolescencia.....	210
3.2.3.1 La importancia del género.....	216
3.2.3.2 Ansiedad .....	220
3.2.3.3 Depresión .....	223
3.2.3.4 Autoestima .....	226
3.2.4 El Apoyo Social en la Adolescencia .....	231
3.2.4.1 Teorías del Conocimiento Social .....	232
3.2.4.2 El Apoyo Social en la Adolescencia: Identidad Social .....	236
3.2.4.3 Relevancia del Apoyo Social para la Recuperación de la Salud Mental ..	238
<b>3.3 Adolescencia y Estigma hacia la Salud Mental .....</b>	<b>241</b>
3.3.1 Desarrollo de la Conciencia Moral en Niños y Adolescentes .....	242
3.3.2 Desarrollo de los Prejuicios en Niños y Adolescentes .....	246
3.3.2.1 Teoría del Estado Interno .....	248
3.3.2.2 Teoría del Reflejo Social.....	250
3.3.2.3 Teoría de la Identidad Social .....	252
3.3.2.4 Teoría Socio-Cognitiva.....	254
3.3.3 Estigma hacia la Salud Mental en Adolescentes .....	257

3.3.3.1 Revisión de la Literatura.....	257
3.3.3.1.1 Productividad Anual.....	258
3.3.3.1.2 Productividad por Países .....	259
3.3.3.1.3 Autores más Productivos y Líneas de Trabajo .....	259
3.3.3.1.4. Análisis de las Áreas Temáticas. ....	264
3.3.3.2 Otras Investigaciones Relevantes en el Estudio del Estigma.....	268
3.3.4 Consecuencias del Estigma hacia la Salud Mental en la Adolescencia .....	277
3.3.5 Programas de Sensibilización y Promoción de la Salud Mental .....	281

## **CAPÍTULO IV. MARCO TEÓRICO .....293**

<b>4.1 Introducción .....</b>	<b>295</b>
<b>4.2 Modelo Socio-Cognitivo del Estigma de Corrigan .....</b>	<b>295</b>
4.2.1 Señales que conducen al Estigma .....	299
4.2.2 Teoría de la Atribución y Problemas de Salud Mental .....	302
<b>4.3 Modelo Socio-Cognitivo del Estigma aplicado a Población Adolescente .....</b>	<b>309</b>
4.3.1 Otras Aportaciones de la Teoría de la Atribución al Estudio del Estigma .....	310
4.3.2 Adaptación del Modelo Teórico e Instrumento de Medida del Estigma en Población Adolescente .....	313

## **CAPÍTULO V. ESTUDIO EMPÍRICO .....321**

<b>5.1 Planteamientos Previos.....</b>	<b>323</b>
<b>5.2. Objetivos de la investigación .....</b>	<b>330</b>
<b>5.3 Método .....</b>	<b>331</b>
5.3.1 Participantes.....	331
5.3.2 Instrumentos .....	335
5.3.2.1 Escala de Evaluación del Estigma 3E.....	335
5.3.2.2 Cuestionario de Atribución r-AQ de Corrigan.....	340
5.3.2.3 Cuestionario de Ansiedad .....	343
5.3.2.4 Cuestionario de Depresión.....	344
5.3.3 Procedimiento .....	346
5.3.4 Análisis de datos .....	348



**CAPÍTULO VI. RESULTADOS..... 351**

**6.1 Medidas del estigma hacia los iguales con problemas de salud mental ..... 353**

- 6.1.1 Medidas de Estigma en función de la Edad..... 353
- 6.1.2 Medidas de Estigma en función del Género..... 358
- 6.1.3 Medidas del Estigma, Estereotipos, Prejuicios y Discriminación ..... 360
- 6.1.4 Medidas de Estigma en Adolescentes con Problemas de Salud Mental..... 361
- 6.1.5 Prevalencia de Problemas de Ansiedad, Sintomatología Depresiva, Autoestima  
Negativa y Estigma ..... 364
  - 6.1.5.1 Prevalencia de problemas de ansiedad, sintomatología depresiva y baja  
autoestima en población adolescente ..... 365
  - 6.1.5.2 Ansiedad y Estigma ..... 365
  - 6.1.5.3 Sintomatología Depresiva y Estigma. .... 367
  - 6.1.5.4 Autoestima Negativa y Estigma..... 368
- 6.1.6 Tratamiento Psicológico y Estigma..... 369
- 6.1.7 Contacto con Personas con Problemas Psicológicos y Estigma..... 370
- 6.1.8 Consciencia de Problemas Psicológicos y Problemas de Salud Mental ..... 373
  - 6.1.8.1 Consciencia de Problemas Psicológicos y Ansiedad ..... 373
  - 6.1.8.2 Consciencia de Problemas Psicológicos y Depresión ..... 376
  - 6.1.8.3 Consciencia de Problemas Psicológicos y Autoestima ..... 379
- 6.1.9 Problemas de Salud Mental y Edad..... 382
- 6.1.10 Problemas de Salud Mental y Género ..... 385
- 6.1.11 Familiaridad con Personas con Problemas de Salud Mental y Edad..... 388
- 6.1.12 Grado de Familiaridad con los Problemas de Salud Mental y Estigma..... 390

**CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES ..... 395**

**7.1 El Estigma y su Relación con la Edad..... 398**

**7.2 El Estigma y su Relación con el Género ..... 401**

**7.3 Correlaciones entre Estereotipos, Prejuicios y Discriminación..... 403**

**7.4 El Estigma y su Relación con tener Problemas de Salud Mental y recibir  
Tratamiento Psicológico..... 405**

**7.5 Prevalencia de Problemas de Salud Mental, Edad y Género..... 407**

**7.6 Estigma, Ansiedad, Depresión y Autoestima ..... 410**

**7.7 Consciencia de “Enfermedad” y tener Problemas de Salud Mental ..... 411**

7.8 El Estigma y su relación con el grado de Familiaridad .....	416
7.9 CONCLUSIONES.....	417
7.10 Limitaciones del Estudio.....	419
7.11 Aplicaciones Prácticas en Psicología Comunitaria.....	420
7.12 Líneas de Investigación futuras .....	422
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>429</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>509</b>
<b>ANEXO I. Modelo del Documento de Solicitud de Colaboración en Campaña de     Sensibilización dirigido al Departamento de Orientación y al Equipo     Directivo del Centro Educativo.....</b>	<b>511</b>
<b>ANEXO II. Modelo del Documento de Solicitud de Consentimiento Autorizado para     Padres y Madres del Alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º Curso de Educación     Secundaria .....</b>	<b>515</b>
<b>ANEXO III. Protocolo de pruebas Forma A .....</b>	<b>519</b>
Forma A.1.....	519
Forma A.2 .....	519
<b>ANEXO IV. Escala de Evaluación del Estigma.....</b>	<b>521</b>
Escala de Evaluación del Estigma 3E .....	525
<b>ANEXO V. Cuestionario de Atribución.....</b>	<b>527</b>
<b>ANEXO VI. Test Autoinformado .....</b>	<b>529</b>
<b>ANEXO VII. Protocolo de Pruebas Forma B.....</b>	<b>531</b>
Forma B.1.....	531
Forma B.2.....	531
<b>ANEXO VIII. Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad .....</b>	<b>533</b>
<b>ANEXO IX. Inventario de Depresión Infantil.....</b>	<b>535</b>

## Índice de Tablas

### **CAPÍTULO I. DESARROLLO DEL ESTUDIO DEL ESTIGMA: ESTEREOTIPOS, PREJUICIOS, DISCRIMINACIÓN, PERTENENCIA GRUPAL E IDENTIDAD SOCIAL.**

Tabla 1.1	Esquema de atribuciones causales de Weiner .....	74
-----------	--	----

### **CAPÍTULO II. ESTIGMA Y SALUD MENTAL.**

Tabla 2.1	Estrategias para reducir el estigma y la discriminación .....	165
Tabla 2.2	Campañas de lucha contra el estigma .....	174

### **CAPÍTULO III. ESTIGMA, SALUD MENTAL Y ADOLESCENCIA.**

Tabla 3.1	Teoría de los estadios del conocimiento social de Selman .....	186
Tabla 3.2	Principios del contextualismo evolutivo .....	188
Tabla 3.3	Circunstancias decisivas e hitos en periodos de transición .....	190
Tabla 3.4	Datos estadísticos sobre psicopatología infanto-juvenil en la Región de Murcia	213
Tabla 3.5.	Teoría de las perspectivas sociales de Selman. Dominio de la amistad.....	235
Tabla 3.6	Teoría del desarrollo moral de Kohlberg .....	244
Tabla 3.7	Autores más productivos .....	260
Tabla 3.8	Códigos de categorías temáticas .....	264
Tabla 3.9	Programas de sensibilización y promoción de la salud mental en población infanto-juvenil (2003-2014) .....	285

### **CAPÍTULO IV. MARCO TEÓRICO.**

Tabla 4.1	Autoestigma en la persona con problemas de salud mental .....	299
Tabla 4.2	Signos a través de los que infiere que una persona tiene un problema de salud mental .....	300
Tabla 4.3	Dimensiones de las actitudes identificadas en varios estudios sobre la comprensión pública sobre las enfermedades .....	304

## **CAPÍTULO V. ESTUDIO EMPÍRICO.**

Tabla 5.1	Número de participantes por curso y por centro educativo .....	332
Tabla 5.2	Centros educativos, nivel socioeconómico, tipo de centro y área .....	333
Tabla 5.3	Nacionalidad por continentes de padres y madres .....	333
Tabla 5.4	Nivel académico de padres y madres .....	334
Tabla 5.5	Tipo de trabajo de padres y madres .....	335
Tabla 5.6	Ítems Subescala de Estereotipos .....	337
Tabla 5.7	Ítems Subescala de Prejuicios .....	338
Tabla 5.8	Items Subescala de Discriminación .....	339
Tabla 5.9	Ítems del Cuestionario r-AQ .....	342
Tabla 5.10	Medias e intercorrelaciones del estudio de variables .....	343

## **CAPÍTULO VI. RESULTADOS.**

Tabla 6.1	Datos descriptivos y ANOVA de un Factor. Medidas de Estigma en función de la Edad .....	354
Tabla 6.2	Comparaciones Múltiples. HSD de Tukey. Medidas de Estigma en función de la Edad .....	355
Tabla 6.3	ANOVA de un Factor. Medidas del Estigma y cursos escolares .....	356
Tabla 6.4	Comparaciones Múltiples Subescalas de Estereotipos y Discriminación, Escala 3E y Cuestionario r-AQ por Cursos .....	358
Tabla 6.5	Medias y pruebas t. Medidas del Estigma en función del género .....	360
Tabla 6.6	Correlaciones de Pearson entre Subescalas de Escala 3E y con Cuestionario r-AQ .....	361
Tabla 6.7	Distribución de frecuencias y porcentajes de adolescentes que afirman tener o no tener problemas psicológicos, en función del género.....	363
Tabla 6.8	Descriptivos y pruebas t en las medidas del Estigma en función de la respuesta a la pregunta: ¿Tienes o has tenido algún problema psicológico? .....	364
Tabla 6.9	Descriptivos y pruebas t en las medidas del Estigma en función del nivel de ansiedad .....	366

Tabla 6.10	Descriptivos y pruebas t en las medidas del Estigma en función del grado de depresión .....	367
Tabla 6.11	Descriptivos y pruebas t en las medidas del Estigma en función del nivel de autoestima .....	368
Tabla 6.12	Distribución de Frecuencias y Porcentajes de Adolescentes que responden a la pregunta de si han ido o no al psicólogo en función del género .....	369
Tabla 6.13	Medias, desviaciones típicas y pruebas t en las medidas del Estigma en función de su respuesta a la pregunta:¿Has ido alguna vez al psicólogo? .....	370
Tabla 6.14	Distribución de frecuencias y porcentajes de adolescentes en función de si conocen o no a personas con problemas psicológicos .....	371
Tabla 6.15	Medias, desviaciones típicas y pruebas t en las medidas del Estigma en función de la respuesta a la pregunta:¿Tienes algún familiar, amigo, compañero, vecino o conocido con problemas psicológicos? .....	372
Tabla 6.16	Distribución de frecuencias y porcentajes de adolescentes en función de la consciencia de tener o no tener problemas psicológicos y de los niveles en ansiedad .....	374
Tabla 6.17	Distribución de frecuencias y porcentajes de chicos adolescentes en función de la consciencia de tener o no tener problemas psicológicos y de los niveles en ansiedad .....	375
Tabla 6.18	Distribución de frecuencias y porcentajes de chicas adolescentes en función de la consciencia de tener o no tener problemas psicológicos y de los niveles en ansiedad .....	376
Tabla 6.19	Distribución de frecuencias y porcentajes de adolescentes en función de la consciencia de tener o no tener problemas psicológicos y de la sintomatología depresiva .....	377
Tabla 6.20	Distribución de frecuencias y porcentajes de chicos adolescentes en función de la consciencia de tener o no tener problemas psicológicos y de la sintomatología depresiva .....	378
Tabla 6.21	Distribución de frecuencias y porcentajes de chicas adolescentes en función de la consciencia de tener o no problemas psicológicos y de la sintomatología depresiva	379

Tabla 6.22	Distribución de frecuencias y porcentajes de adolescentes en función de la consciencia de tener o no tener problemas psicológicos y de la autoestima negativa .....	380
Tabla 6.23	Distribución de frecuencias y porcentajes de chicos adolescentes en función de la consciencia de tener o no tener problemas psicológicos y de la autoestima negativa .....	381
Tabla 6.24	Distribución de frecuencias y porcentajes de chicas adolescentes en función de la consciencia de tener o no tener problemas psicológicos y de la autoestima negativa .....	832
Tabla 6.25	Porcentajes de adolescentes en función de la puntuación en ansiedad y de la edad .....	383
Tabla 6.26	Porcentajes de alumnos en función de las puntuaciones en depresión (CDI-D) y autoestima (CDI-A) y de la edad .....	385
Tabla 6.27	Porcentajes de alumnos en función del género y puntuación en ansiedad (STAIC), depresión (CDI-D) y autoestima (CDI-A) .....	387
Tabla 6.28	Porcentajes de adolescentes en función de la edad y de su respuesta a la pregunta referente a si conocen a alguna persona de su entorno con problemas psicológicos .....	388
Tabla 6.29	Medias y desviaciones típicas y ANOVA de las medidas del Estigma en función del grado de familiaridad con los problemas psicológicos .....	390
Tabla 6.30	Comparaciones Múltiples. HSD de Tukey. Medidas del Estigma en función del grado de familiaridad con los problemas psicológicos .....	391

## Índice de figuras

### **CAPÍTULO I. DESARROLLO DEL ESTUDIO DEL ESTIGMA: ESTEREOTIPOS, PREJUICIOS, DISCRIMINACIÓN, PERTENENCIA GRUPAL E IDENTIDAD SOCIAL.**

Figura 1.1	Proceso de cognición-emoción .....	77
------------	------------------------------------	----

### **CAPÍTULO II. ESTIGMA Y SALUD MENTAL.**

Figura 2.1	Componentes del Proceso de Estigmatización .....	163
------------	--	-----

### **CAPÍTULO III. ESTIGMA, SALUD MENTAL Y ADOLESCENCIA.**

Figura 3.1	Teoría Subtipos de Estrés de Compas .....	200
Figura 3.2	Productividad Anual de Publicaciones .....	258
Figura 3.3	Productividad por Países .....	259
Figura 3.4	Productividad por Categorías Temáticas .....	267

### **CAPÍTULO IV. MARCO TEÓRICO**

Figura 4.1	Teoría cognitivo-social del estigma público de enfermedad mental de Corrigan .	297
Figura 4.2.	Representación mediacional del modelo de atribución causal .....	306
Figura 4.3	Modelo de causalidad que representa las relaciones entre eventos, atribuciones, afecto y respuestas conductuales .....	307
Figura 4.4.	Componentes del Estigma Público .....	308
Figura 4.5.	Modelo de atribución y reacciones estigmatizadoras .....	316





# **INTRODUCCIÓN**



## INTRODUCCIÓN.

Desde sus inicios, la psicología social ha tenido como objetivo central el estudio de las actitudes (Allport, 1935), como un paso previo para poder predecir el comportamiento humano, conociendo los mecanismos de las relaciones sociales, indagando sobre los modos en que el hombre interactúa con su entorno y con su realidad. A día de hoy, incluso ha aumentado la importancia de su estudio y se realizan ingentes cantidades de investigaciones que tratan el tema de las actitudes en diversos campos del saber, uno de ellos, en el estigma de la enfermedad mental<sup>1</sup>.

Sin embargo, todas estas investigaciones resultan ser insuficientes si no se dirigen al *corazón* del estigma, pues como sucede en el mito de la Hidra de Lerna, el estigma, cual policéfala serpiente, golpea y hace daño en todas las direcciones: trabajo, familia, pareja, salud, amigos, sustento económico, educación y formación, vivienda y justicia (Corrigan, 2012). ¿Mas, dónde radica la fuerza del estigma? ¿En los prejuicios? ¿En la discriminación? ¿Cuál es su origen y su función? ¿Es algo natural, inherente al ser humano o es algo aprendido? ¿Qué función cumplen los gobiernos y las políticas estatales? El estigma está en los individuos, pero también dentro de las estructuras de poder, dentro de las instituciones públicas que generan desigualdad al no proporcionar los apoyos y recursos apropiados y necesarios en los servicios de salud mental.

El estigma en salud mental es un fenómeno complejo en el que intervienen multitud de factores tanto personales (biológicos y psicológicos), como sociales, económicos y políticos y para una mayor y mejor comprensión son necesarios diferentes niveles de análisis (Muñoz, Sanz & Pérez-Santos, 2011). El objetivo final de esta comprensión consiste en tratar de erradicar el estigma para facilitar la recuperación y evolución de las personas con problemas de salud mental y mejorar su calidad de vida y la de las personas en general, tengan o no dificultades

---

<sup>1</sup> En el presente trabajo, se han utilizado de forma indistinta los términos: problemas de salud mental, enfermedad mental, problemas mentales o problemas psicológicos para referirnos a la existencia de cualquier tipo de psicopatología de mayor o menor gravedad, con el fin de facilitar la lectura del texto.

psicológicas, y esto, por varias razones, en primer lugar, porque no hay que olvidar la elevada prevalencia de dichas patologías: hace años, la OMS (2005), ya advertía que 1 de 4 personas tiene un problema de salud mental a lo largo de su vida y en un reciente informe presentado por UNICEF (2011) se concreta que 1 de cada 5 adolescentes tiene estos problemas; como se desprende de estos datos, cualquier persona puede necesitar ayuda profesional. En segundo lugar, porque:

Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (por ejemplo, cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH), y al suicidio. A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes (OMS, 2013, p.8).

En tercer lugar, porque si se consigue el reto de erradicar el estigma, de normalizar los problemas mentales, la población general, con y sin problemas mentales, tratará estos temas con naturalidad en sus círculos de amigos, en sus redes sociales, y no mostrarán dificultades a la hora de hablar de sus preocupaciones o de solicitar ayuda profesional, en caso de ser necesario, para ellos mismos o para sus hijos, con lo cual se estará consiguiendo el triple objetivo de eliminar o reducir el estigma, prevenir los problemas de salud mental y promocionar la salud y el bienestar emocional.

La efectividad de los esfuerzos dirigidos a erradicar o disminuir el estigma en salud mental reside en la comprensión científica de los mecanismos que originan y mantienen este proceso de estigmatización. Para ello, es decisiva la posibilidad y capacidad de observación y medición de dicho fenómeno. Son miles las investigaciones realizadas acerca del estigma hacia las personas con problemas de salud mental en todo el mundo (Link, Yang, Phelan & Collins, 2004; López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez & Aparicio, 2008; Martínez, 2014; Muñoz, Pérez-Santos, Crespo & Guillén, 2009). Sin embargo, son numerosos los autores que manifiestan la escasez de estos trabajos en población infanto-juvenil: según la revisión de la literatura realizada por Link et al. (2004), menos del 4% del total de

publicaciones. La mayor parte de los trabajos revisados se realizan con muestras de participantes adultos con enfermedades mentales graves.

En la última década han comenzado a surgir dos líneas de investigación muy interesantes, por un lado, el estudio de las consecuencias y factores del autoestigma, o estigma internalizado que se produce en las personas con problemas de salud mental cuando el conocimiento de los estereotipos asociados a los problemas de salud mental se interioriza y llega a ser un estigma sentido como propio, caracterizado por la presencia de baja autoestima y sentimientos negativos acerca de uno mismo (Livingston & Boyd, 2010). Interesante también la relación entre autoestigma e *insight o conciencia de enfermedad* por las graves consecuencias que genera cuando se producen de forma simultánea (Lysaker & Buck, 2007). Y, por otro, han comenzado a estudiarse los procesos de estigmatización en población infanto-juvenil y la eficacia de la lucha contra el estigma a través de programas de sensibilización y educación en salud mental en el entorno escolar con niños y niñas y adolescentes (Corrigan et al., 2007).

Es importante, por el tema que se aborda en esta tesis, el análisis del estigma en el entorno escolar, hacer mención al concepto de salud mental desde la perspectiva de la psicología comunitaria. Smith y Hobbs (1966) consideraban como fundamental y prioritaria la función de prevención, dentro del campo de la salud mental. Esto significa programar intervenciones para la detección temprana de la sintomatología y su aplicación en las escuelas y otros organismos sociales. Según estos autores, los problemas de salud mental no se deben a una cuestión de deficiencia personal, sino más bien una deficiencia del sistema social que no proporciona un ambiente adecuado. De ahí, la importancia de la intervención comunitaria. Desde el modelo de la psicología comunitaria, se construye un concepto de salud mental en términos positivos y en relación interactiva con el entorno, acentuándose su carácter como proceso. Además, se cuestiona y supera la tendencia patologizante centrada en el diagnóstico frente a una visión de estímulo, desarrollo y potenciación de los recursos personales y contextuales. Trull y Phares (2001) relatan, en una entrevista que le hicieron a David DuBois, la gran importancia que este psicólogo le concede a la psicología comunitaria; según DuBois, esta especialidad de la psicología tendrá mucho que ofrecer en los años venideros conforme se

intensifique la búsqueda de estrategias para enfrentar de forma efectiva y económica los problemas de salud mental. Desde esta entrevista, han transcurrido ya catorce años, quizás éste sea un buen momento para participar en este cometido.

La tesis que se presenta forma parte de un proyecto de mayor alcance creado por la Fundación Cattell Psicólogos. El objetivo principal de la investigación es conocer los niveles de estigma de un grupo de adolescentes hacia los pares con problemas de salud mental y analizar las variables que pueden estar mediando en el proceso de estigmatización en esta etapa de la vida. De este modo, una vez finalizada la tesis, se podrán diseñar intervenciones en las aulas con un programa de sensibilización y de educación en salud mental elaborado a partir de las conclusiones obtenidas. Aunque la evidencia empírica todavía es limitada, los resultados conseguidos por algunos investigadores (Casale, Manfredi, Kotzalidis & Serata, 2013; Pinto-Foltz & Logsdon, 2009; Pitman & Matthey, 2004; Ventieri, Clarke & Hay, 2011), en diferentes países, son alentadores: estos programas de intervención educativa son eficaces y gracias a ellos chicos y chicas aprenden a cuidar su salud mental, aprenden a respetarse y a pedir ayuda profesional si la necesitan, aprenden a respetar y apoyar emocionalmente a los compañeros que presentan algún tipo de problema psicológico.

A lo largo de más de 30 años de ejercicio profesional, como psicóloga especialista en psicología clínica y psicoterapia, ha quedado constatada, en la experiencia vivida, la existencia tanto del estigma hacia los problemas psicológicos de menor o mayor gravedad, como de sus graves consecuencias: el autoestigma, el miedo al rechazo social, la utilización del mecanismo de la ocultación o secreto de que se está recibiendo tratamiento psicológico por temor a la infravaloración, al deterioro de la identidad social, y, entre otras, el miedo a solicitar una baja laboral por problemas de salud mental. Es importante tener en cuenta que el estigma como identidad social negativa es un estresor crónico y agudo (Major, McCoy, Kaiser & Quinton, 2003) que se añade como una carga invisible pero muy pesada al malestar producido por la sintomatología clínica existente.

El objetivo principal de este proyecto de investigación es conocer el proceso de estigmatización en población adolescente en el entorno escolar por dos motivos:

1. Porque la adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo de la identidad y de la personalidad. Los adolescentes necesitan el apoyo de sus iguales tanto en el entorno escolar como fuera de él (Berger, 2007). Es necesario prevenir el acoso escolar o la discriminación y exclusión social de los compañeros con problemas de salud mental y favorecer la empatía, la cooperación y las conductas prosociales entre todo el alumnado. Los adolescentes y las adolescentes con baja autoestima se sienten atrapados por esa necesidad de aprobación, aceptando incluso, el bajo estatus que se les concede en el grupo, pudiendo ser blanco fácil de burlas o someterse y comprometerse con ideales o valores que van, incluso, en contra de los propios (Millon, 1993). El acoso escolar genera un estrés crónico grave y suele dejar secuelas psicológicas que llegan hasta la adultez (Piñuel & Oñate, 2012). Si los adolescentes están mejor formados en el área de la salud mental, se podrán reducir las actitudes estigmatizadoras hacia sus compañeros con problemas psicológicos, podrán contar con herramientas y estrategias que favorezcan la comunicación asertiva y el afrontamiento del estrés y los cambios que se producen en esta etapa de la vida y dispondrán de información suficiente para detectar si ellos mismos o alguno de sus compañeros tienen un problema y necesitan pedir ayuda profesional.

2. Es de gran relevancia estudiar el estigma en población adolescente porque en esta etapa se agudizan algunos de los cuadros clínicos ya presentes en la infancia y aparecen otros nuevos, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad y los depresivos que tienden a duplicar su porcentaje a partir de los 14 años (Bragado, Carrasco, Sánchez, Bersabé, Loriga & Monsalve, 1995; Del Barrio, 2010). Por lo que otro de los objetivos de la tesis consiste en comprobar la prevalencia de estos problemas en población general adolescente de la Región de Murcia y analizar la relación existente entre tener problemas de salud mental, ser consciente de ellos y el nivel de estigma existente.

Hoy en día, son numerosos los organismos oficiales que, a nivel internacional, y presididos por la Organización Mundial de la Salud (Declaración de Helsinki, 2005, Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020), la Comisión Europea (Libro Verde sobre Salud Mental, 2005) y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2007), ponen la voz de alerta, por un lado, sobre el hecho de que una de las barreras

sociales más importantes que dificultan la recuperación de la persona es el estigma y, por otro, sobre el hecho de que se prevé que para el año 2020, la prevalencia de los problemas de salud mental aumentará en niños y adolescentes hasta un 50% y será la primera causa de discapacidad entre los jóvenes. Hay que tener en cuenta que en la actualidad un 20% de adolescentes tiene problemas de salud mental y casi la mitad de ellos comienzan antes de los 14 años de edad, también que la depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad y el suicidio es cometido anualmente por unos 71.000 adolescentes (UNICEF, 2011).

La salud mental puede mejorarse considerablemente combatiendo los procesos de estigmatización, discriminación y falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas con alteraciones o discapacidades psíquicas. Y para conseguirlo, estos organismos, en sus planes de actuación, proponen una serie de medidas, entre ellas, la investigación sobre el estigma e implantación de programas de prevención de los trastornos mentales, de promoción de la salud mental y de reducción del estigma que se sustenten sobre evidencia científica (Libro Verde, 2005).

El plan de acción sobre salud mental 2013-2020 elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2013) concibe la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad. Con respecto a los niños, se hace hincapié en los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar los pensamientos y emociones, así como para crear relaciones sociales, o la aptitud para aprender y adquirir una educación que en última instancia los capacitará para participar activamente en la sociedad. En el punto 7, este plan de acción indica que:

Habida cuenta de los casos generalizados de violación de los derechos humanos y discriminación que sufren las personas con trastornos mentales, la adopción de una perspectiva de derechos humanos es fundamental para responder a la carga mundial de morbilidad mental. El plan de acción hace hincapié en la necesidad de servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas que protejan, promuevan y



respeten los derechos de las personas con trastornos mentales en consonancia con lo dispuesto en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales y regionales pertinentes en materia de derechos humanos. (OMS, 2013, p.7).

Diferentes Comunidades Autónomas de España (Andalucía, Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Islas Baleares, Madrid y País Vasco, entre otras) promueven programas y acciones de sensibilización orientadas a reducir el estigma y la discriminación social hacia las personas con problemas de salud mental. El Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013, también establece como el tercero de sus objetivos la erradicación del estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales.

De forma paradójica y, a pesar de los avances científicos en numerosos ámbitos de la psiquiatría y de la psicología clínica y de la mayor información existente en población general, la sociedad sigue anclada en estereotipos heredados y actitudes de marginación que motivan la activación de conductas de discriminación hacia las personas que padecen problemas de salud mental. Un error muy común es pensar que la enfermedad mental no es “algo que alguien tiene”, sino “algo que alguien es”. Se identifica de forma absoluta a la persona con la etiqueta diagnóstica y los prejuicios asociados a ella, generando un grave deterioro de su identidad social y su alienación como ser humano. Este estigma social es un impedimento para la búsqueda de ayuda profesional y el inicio de la recuperación y para una vida social y personal plena.

Es importante señalar que esta tesis parte del Modelo de Recuperación como marco general respecto al concepto amplio de la salud mental y del proceso de recuperación. Andresen, Oades & Caputi (2003), pioneros del Modelo de Recuperación, plantean un concepto original de la salud mental en el proceso de recuperación de las personas que, aunque adquiere su sentido más genuino en los casos de enfermedad mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión

mayor), se puede ampliar a cualquier tipo de psicopatología. Un principio primordial en este modelo de recuperación es que la recuperación de la salud no implica necesariamente la curación o superación de la enfermedad. Se enfatiza el recorrido único e irrepetible, personal, de cada ser humano que vive con problemas de salud mental en el camino de construir su propia vida, más allá de los síntomas. Se trata de la recuperación social. Una persona puede volver a coger las riendas de su vida aunque el problema de salud mental siga presente. Como sucede con los problemas de salud física, los adolescentes que sufren un problema psicológico necesitan interpretar lo que les ha sucedido e incorporar esta experiencia a su vida de un modo constructivo (Larsen, 2004).

La recuperación se ha convertido en el principio organizativo clave de muchos servicios de salud mental en la esfera internacional (Nueva Zelanda, Estados Unidos, Australia, también en Escocia, Irlanda e Inglaterra). El Modelo de Recuperación reconoce a las personas con problemas de salud mental, como ciudadanos de pleno derecho, con los mismos deseos y necesidades de trabajo, alojamiento, relaciones y ocio que cualquier otra persona que no tiene dichos problemas. De este modo, las personas con problemas de salud mental son protagonistas de su proceso de recuperación, responsables y parte activa de su proyecto vital (Shepherd, Boradman & Slade, 2008). El Modelo de Recuperación es un modelo que tiene en cuenta no sólo la dimensión biológica de los problemas de salud mental, sino también las dimensiones sociales, culturales y psicológicas. Las personas no se recuperan solas. El proceso de recuperación se encuentra muy relacionado con los procesos de inclusión social. La actitud de apoyo y empatía de familia, amigos, vecinos, compañeros de clase y otras personas del entorno social en el que se mueve la persona con problemas de salud mental, son cruciales en el proceso de recuperación.

La Organización Mundial de la Salud y otras muchas instituciones internacionales han puesto de manifiesto la enorme importancia de establecer unas bases sobre las que niños y adolescentes que presenten alguna problemática de tipo psicológico sean detectados y pueda prevenirse con una intervención temprana el agravamiento progresivo de los síntomas. La ausencia de tratamiento de los problemas mentales conlleva graves y prolongadas consecuencias que, muchas

veces, se extienden hasta la madurez, entre otras, descenso del rendimiento académico, fracaso escolar, altas tasas de suicidio, embarazos no deseados, bajos niveles de funcionamiento, mayor probabilidad de utilización de alcohol, drogas y tabaco. Y ha quedado demostrado en varios estudios que el estigma asociado a las enfermedades mentales es una de las principales barreras en la búsqueda de ayuda también en población infantil y adolescente (Pinto, Hickman, Logsdon & Burant, 2012).

Según la revisión realizada por Link et al (2004), sólo el 4% de todos los estudios de habla inglesa revisados por su equipo (1995-2003) habían sido realizados con población infanto-juvenil. Y resulta muy curioso, dado que en la mayor parte de los artículos acerca del estigma de la enfermedad mental, los autores (Corrigan et al., 2007; Link et al., 2004; Pinto et al., 2012) suelen concluir con la necesidad de abrir nuevas líneas de investigación que aborden y profundicen en el estudio de los mecanismos a través de los que se perpetúan los estereotipos y el momento en que los niños y niñas comienzan a desarrollar conceptos acerca de la enfermedad mental, qué procesos forman sus distintas percepciones y qué tipo de experiencias educativas pueden favorecer una mejor comprensión y unas ideas más adecuadas y positivas acerca de los problemas de salud mental y de las personas que los presentan con el objetivo final de que se evite la aparición de conductas discriminativas y de rechazo social.

Esta tesis ha sido estructurada, tanto a nivel teórico como empírico, en torno a tres grandes temas: el estigma, la adolescencia y la salud mental. A lo largo del primer capítulo, se presenta una revisión histórica del desarrollo del estudio del estigma: estereotipos, prejuicios, discriminación, pertenencia grupal e identidad social, concluyendo con una visión general del estigma. En el segundo capítulo se hace una exposición de los estudios y teorías existentes en torno al estigma de la enfermedad mental. El tercer capítulo se ha dedicado a la etapa de la adolescencia desde el punto de vista de la psicología del desarrollo y de la psicología clínica, se hace una revisión específica sobre las teorías del conocimiento social y de la importancia del apoyo social en esta etapa, y de las teorías del desarrollo moral y del origen y formación de los prejuicios en niños y adolescentes. También se presentan los problemas psicológicos más frecuentes en la adolescencia. Este capítulo se cierra

con la exposición de un estudio bibliométrico en el que se revisa la literatura existente en lengua inglesa y española realizada con motivo de la preparación de esta tesis y centrada en los trabajos publicados acerca del estigma de los problemas de salud mental en población infanto-juvenil (6-18 años) en los últimos diez años, es decir, en el período comprendido entre los años 2003 y 2014 (ambos inclusive). En el capítulo cuarto se expone el marco teórico seguido en la tesis y los capítulos quinto, sexto y séptimo se dedican a la exposición de la metodología utilizada en el trabajo empírico, de los resultados obtenidos y de la discusión de estos resultados y las conclusiones de la investigación realizada.

Con la realización de esta tesis se pretende aportar algo más de luz sobre un tema de difícil y complejo estudio y comprensión, pero de gran relevancia, pues abordar el estudio del estigma hacia los problemas de salud mental desde un mejor conocimiento de la etapa de la adolescencia y de los procesos y dinámicas de estigmatización puede dar con los factores imprescindibles para luchar contra el estigma y facilitar el acceso a los servicios de salud mental y la recuperación de los adolescentes que se encuentran en difíciles circunstancias vitales.

**CAPÍTULO I**

**DESARROLLO DEL ESTUDIO DEL**

**ESTIGMA:ESTEREOTIPOS, PREJUICIOS,**

**DISCRIMINACIÓN, PERTENENCIA GRUPAL E**

**IDENTIDAD SOCIAL**



## 1.1 INTRODUCCIÓN

Este capítulo se inicia haciendo un recorrido histórico de los conceptos que guardan estrecha relación con el estudio del estigma hacia las personas con problemas de salud mental: los prejuicios, los estereotipos y la discriminación. En un principio, en el ámbito de la psicología social no se hablaba de estigma, los estudios que se realizaban se basaban sobre todo en los prejuicios raciales y la mayor parte de ellos fueron llevados a cabo en Estados Unidos. Ejemplo de ello fue el desarrollado en la universidad de Princeton por los pioneros en este tipo de investigaciones, Katz y Braly (1933), que iniciaron una serie de estudios sobre estereotipos étnicos y nacionales que marcarían multitud de investigaciones posteriores. En España, Pinillos (1960) fue uno de los primeros investigadores en esta área. Aplicó a cincuenta y nueve alumnos universitarios la técnica de medida de estereotipos utilizada por Katz y Braly (1933) para obtener información acerca de los estereotipos referentes a grupos de especial interés para los españoles (rusos, hispanoamericanos, moros y españoles). Rodríguez (1963) también utilizó esta técnica en un estudio piloto muy interesante con una muestra de ciento cuarenta y tres médicos. Los sujetos debían calificar con seis adjetivos, de una lista de ciento seis, a veinte grupos de personas con ciertas minusvalías y enfermedades físicas. Los resultados conseguidos estimularon en Rodríguez (1963) el deseo de ampliar su investigación y estudiar más detalladamente los estereotipos nacionales y regionales con una muestra de trescientos noventa estudiantes universitarios españoles.

Desde que se inició el estudio de los prejuicios y los estereotipos, han sido muchas las perspectivas teóricas que se han aproximado a este tema, entre ellas, las basadas en la personalidad y el psicoanálisis como la Teoría del chivo expiatorio (Allport, 1963) y la Teoría de la personalidad autoritaria (Adorno, Frenkel-Brunswick, Levinson & Sanford, 1965; Petigrew, 1958), la sociocultural (Campbell, 1967), que aporta también la Teoría del conflicto realista (Sherif, 1966) y la Teoría de la identidad social (Tajfel; 1978), la basada en la teoría del aprendizaje social (Eagly, 1987) y la cognitiva (Eiser & Stroebe, 1972; Hamilton & Troiler, 1986; Rockeach, Smith, & Evans, 1960; Stephan, 1985; Tajfel, 1957; Tversky &

Kahneman, 1973). El hecho curioso, según Stroebe e Insko (1989) es que unos modelos han ido sustituyendo a otros, pero no porque se haya demostrado empíricamente su falta de validez, sino porque han ido cayendo en desuso, han dejado de utilizarse porque ya no están de moda.

En la actualidad, el marco teórico más fructífero y que viene aportando ideas innovadoras y una metodología que permite mostrar procesos reguladores en la formación y mantenimiento de estereotipos y prejuicios es el modelo sociocognitivo (Oakes, Haslam & Turner, 1994; Turner, 1999). Desde esta perspectiva, ambos fenómenos se acercan, actuando el estereotipo como puente entre el prejuicio y las interacciones grupales (Munné, 1989). El estudio de la estereotipia y los prejuicios es el estudio de la naturaleza humana, de las personas como miembros de varios grupos y de las relaciones intergrupales. La pertenencia a un colectivo, ser miembro de un grupo es una de las características más salientes e importantes de las personas. Constantemente, las personas clasifican a los seres humanos en categorías grupales, identificándolos como miembros de un grupo determinado, juzgándoles y evaluándoles en base a ello. Cualquier tipo de relación intergrupal, ya sea en forma de confrontaciones, guerras, alianzas, cooperación en proyectos, o negociaciones, está mediado por percepciones, creencias y actitudes. Estas conductas entre grupos van precedidas de procesos cognitivos entre los que se encuentran la formación de estereotipos y prejuicios hacia cada grupo.

Estereotipos y prejuicios son constructos sociales. Pero, según los estudios realizados por los psicólogos sociales, ¿dónde se originan estos fenómenos?

En los años 40 y 50, la corriente psicoanalítica tuvo una gran influencia y dirigió la atención hacia los procesos psicodinámicos subyacentes en la formación de estereotipos y prejuicios. En los años 60 y desde una perspectiva sociocultural, la atención se centró en el estudio de las causas que originan la aparición de estereotipos: los conflictos de intereses, dando lugar a la Teoría del conflicto realista (Sherif, 1966) y en los 70, especialmente entre los europeos, se concedió más importancia al estudio de la identidad grupal y sus efectos en las relaciones intergrupales que dio origen a la Teoría de la identidad social (Tajfel, 1969). A partir de los años setenta, comienza a concederse una mayor relevancia al papel de la cognición social en el estudio de los estereotipos, considerándolos como procesos



automáticos de categorización de la información acerca de las personas. El estudio de estereotipos y prejuicios alberga importantes implicaciones en el mundo real. Gracias a algunos de estos estudios se han podido llevar a cabo cambios muy significativos en la legislación, por ejemplo, en EEUU, en las políticas de desegregación racial (Bar-Tal, Graumann, Kruglanski & Stroebe, 1989), en la que los resultados encontrados en la investigación llevada a cabo por Clark y Clark (1947) fueron citados en una nota a pie de página en el informe de la Corte Suprema de Estados Unidos de 1954 en el que se prohibía la segregación en los colegios.

Prejuicios, estereotipos, discriminación y pertenencia grupal son conceptos que no pueden comprenderse en toda su amplitud y profundidad si no se establece una estrecha relación entre su dimensión social y su dimensión psicológica. A continuación se presenta una revisión histórica sobre las distintas perspectivas desde las que se ha abordado el estudio de estos tres componentes del estigma junto con otro tema transversal a estos tres que es el análisis psicosocial de las consecuencias de la pertenencia grupal. Para finalizar, se exponen varios modelos teóricos sobre el estigma.

## **1.2 ESTEREOTIPOS: REVISIÓN HISTÓRICA**

Hace casi un siglo que se inició el interesante estudio de los estereotipos. Desde el momento en que Lippman escribió su libro *Opinión Pública* en 1933, han sido miles las publicaciones realizadas sobre los estereotipos:

- Sobre sus funciones (Fiske 1993; Jost & Banji, 1994; Tajfel, 1981).
- Sobre su formación (Modelo de detección no consciente de la covariación: Aarts et al., 2005; Modelo de la profecía autocumplida: Jussim & Fleming, 1996; Modelo de las correlaciones ilusorias: Hamilton & Gifford, 1976; Modelo de las categorías: McGarty, 2002; Spears, 2002; Tajfel & Wilkes, 1963).
- Su mantenimiento (Devine, 1989; Rojahn & Pettigrew, 1992).

- Sobre su representación (Modelo de prototipos de Cantor & Mischel, 1979; Modelo de esquemas de Fiske & Tylor, 1991; Modelo de ejemplares de Smith & Zarate, 1992; Modelo de redes asociativas de Stephan & Stephan, 1993).
- Su medida (check-list de Katz & Braly, 1933; diferencial del estereotipo de Gardner, Kirby, Gorospe & Villamin, 1972; porcentaje del estereotipo de Brigham, 1971; regla de Bayes, en: Kahneman & Twersky, 1973; McCauley & Stitt, 1978; ratio diagnóstica en: Brigham, 1971; McCauley & Stitt, 1978).
- Sobre su contenido o precisión (Fiske, Cuddy, Glick & Xu, 2002; Jones & Ashmore, 1973; McCauley & Stitt, 1978).

Si la actitud es un concepto importante en el campo de la psicología social, el estudio de los estereotipos no lo es menos. Ha habido autores que han concebido el estereotipo como el componente cognitivo del prejuicio, otros han resaltado que el estereotipo forma parte del sistema cognitivo, pero también del sistema afectivo y además le han concedido mayor importancia a este último (Mackie, Hamilton, Susskind & Rosselli, 1996).

Aunque algunos investigadores sociales, como Bogardus (1950), conciben la estereotipia como un fenómeno universal y común entre todos los miembros de la raza humana, para una gran mayoría de autores los estereotipos son algo indeseable que debería ser erradicado (Brigham, 1971). Según Miller (1982), se puede diferenciar una primera etapa en el estudio de los estereotipos en la que éstos eran considerados como un fenómeno evaluativo caracterizado por la inexactitud, estudiándose como algo negativo, como erróneos, pues son rígidos, van asociados al etnocentrismo, o son sobregeneralizaciones que no coinciden con la realidad (Brigham, 1971). También es cierto, que algunos investigadores se plantearon si los estereotipos no albergarían un fondo de verdad (*kernels of truth*), como Vinacke (1956) que afirmaba que aunque los estereotipos (nacionales) en parte son inexactos, superficiales y limitados, generalizan algún rasgo cultural actual o Mead (1956) que definía los estereotipos como descripciones certeras aunque incompletas del carácter nacional en determinados contextos transculturales.

En una segunda etapa, algunos investigadores comenzaron a estudiarlos estereotipos como un proceso cognitivo de carácter funcional (Stephan & Rosenfield, 1982). Más tarde su estudio se vio enriquecido con una nueva perspectiva desde la que se analizaban como estrategias de procesamiento de la información, entre ellas, la categorización. No se consideran fruto de un error, sino resultado del funcionamiento normal del sistema cognitivo (Hamilton, 1979).

Existen autores que han aportado sus datos sobre los estereotipos desde una orientación sociocultural a través de teorías del conflicto: teorías del conflicto realista (Campbell, 1967; Sheriff, & Sheriff, 1953) y la teoría de la identidad social (Tajfel, 1978, Tajfel & Turner, 1979). También, desde una orientación sociocultural, las teorías del aprendizaje social (Levine & Campbell, 1972). Otros autores lo han hecho desde una orientación individual, contribuyendo a la comprensión de los estereotipos desde teorías de la personalidad, como Allport (1963) que ha aportado la teoría del chivo expiatorio y Adorno et al. (1965) con su teoría de la personalidad autoritaria, y desde teorías cognitivas como las de Hamilton y Troiler (1986) y la teoría de las correlaciones ilusorias estudiadas por Hamilton y Gifford, (1976).

Desde la corriente sociocognitivista, se aporta la concepción de que en el fenómeno de la estereotipia coinciden tres procesos sociocognitivos básicos: la categorización, la comparación social y la atribución de características y/o causas. Siguiendo a Ehrlich (1973), Munné (1989) opina que la estereotipia -como componente cognitivo de las actitudes sociales prejuiciosas- es una actividad comparativa de atribución categorial por la que en base a unas creencias se atribuyen una serie de características hacia los miembros de un determinado grupo social que pueden abocar en una discriminación. En esta corriente lo mental se entrelaza con lo social.

A continuación, se presenta un breve desarrollo histórico con algunas de las contribuciones más importantes al estudio de los estereotipos.

### **1.2.1 Lippman: Introducción del término**

Fue Lippman (1922) quien aplicó, por vez primera, el término estereotipo en el campo de las ciencias sociales, rescatándolo del ámbito de las artes gráficas. Lo

hizo para referirse a las imágenes que las personas forman en su mente (*picture inside his head*) sobre individuos, grupos o cosas que pertenecen a una misma categoría. Es curioso, como comenta Munné, (1989), aunque quizás, pensándolo bien, no tanto, que Lippman, dedicado al periodismo, cayera en utilizar este término, hecho que parece poner de relieve la gran conexión existente entre los estereotipos y los medios de comunicación y la publicidad como elementos que transmiten y mantienen estos estereotipos. Lo cierto es que Lippman realizó varias contribuciones importantes en este área de investigación de la psicología social, entre ellas, la de destacar que las personas tienden a prestar más atención a la información que confirma los estereotipos que a la que es inconsistente con ellos. Además, en su libro *Opinión Pública* (1922), Lippman puso de manifiesto que los estereotipos cumplen dos funciones, una cognitiva, por la que la realidad queda simplificada, al ser considerados como marcas o impresiones que facilitan un ahorro de energía en la tarea de percibir e interpretar la realidad; y otra motivacional o defensiva, relacionada con el mantenimiento del poder tanto a nivel individual como grupal. Por ejemplo, pueden existir estereotipos hacia grupos minoritarios que a los grupos mayoritarios en el poder, no les interesa que sean modificados, pues pondrían en peligro su posición de superioridad.

Algunas de las ideas expuestas por Lippman han recibido ciertas críticas, como la realizada por Allport (1963); a pesar de reconocer el mérito de haber establecido y profundizado sobre el concepto de estereotipo en el ámbito de la psicología social, Allport detectó la existencia de una cierta debilidad teórica en la conceptualización realizada por Lippman al confundir estereotipo con categoría. Según Allport, un estereotipo no es una categoría, un estereotipo es una idea fija o una serie de imágenes que acompañan a la categoría. Si, por ejemplo, la categoría es negro, los estereotipos serían las imágenes asociadas a esa categoría, como por ejemplo, vago, músico y/o supersticioso.

Por otro lado, y ésta es una aportación más de Lippman, los estereotipos son conceptos más bien simples que complejos, que han sido adquiridos de segunda mano, no por experiencia directa -la gente suele ver lo que espera ver con preferencia a lo que hay realmente- y son resistentes al cambio ante nuevas experiencias y a la

educación. Estas ideas de Lippman fueron tenidas muy en cuenta por los estudiosos del tema y en los manuales de psicología social aparece citado repetidamente.

### **1.2.2 Katz y Braly: Su paradigma**

Katz y Braly (1933) fueron los pioneros en el estudio de los estereotipos étnicos e influyeron marcadamente las investigaciones ulteriores sobre este tema (Gilbert, 1951; Karlins, Coffman & Walters, 1969). Utilizaron una técnica descriptiva, basada en las connotaciones evaluativas en una muestra de cien estudiantes de la universidad de Princeton. A través de una lista de ochenta y cuatro adjetivos (Adjective Check List), los autores buscaban el contenido de estereotipos específicos (inteligente, perezoso, trabajador, etc.) de diez grupos étnicos y suponían que detrás de cada estereotipo concreto había una actitud. Aunque el trabajo sobre el contenido de los estereotipos despertó un gran interés, este tema no adquirió el estatus de corriente principal hasta los años '70. Según la revisión realizada por Ashmore y Del Boca (1981), se publicaron más estudios sobre estereotipos (668 artículos) entre 1973 y 1977 que en los 50 años anteriores.

A pesar de las críticas recibidas por no aclarar ni el proceso de formación ni los efectos de los estereotipos, como tampoco estudiar la relación entre estereotipia, actitudes y conducta, entre otras, esta técnica de medida aplicada por Katz y Braly (1933) se ha seguido utilizando (Munné, 1989). En una investigación realizada en Beirut (Prothro & Melikian, 1954), los estudiantes árabes tuvieron que caracterizar a los miembros de varios grupos étnicos. Es curioso que su opinión sobre los estudiantes negros era muy parecida a la obtenida con los estudiantes norteamericanos, sin embargo, la caracterización que hacían de los turcos era completamente distinta. El interés por el estudio de los estereotipos no ha disminuido. Dovidio, Brigham, Johnson y Gaertner (1996), en su búsqueda bibliográfica encontraron 1500 artículos sobre estereotipia en el período comprendido de 1983 a 1992. Este gran interés parecería sugerir que la estereotipia tendría consecuencias notables respecto a las actitudes y a las conductas hacia los grupos sociales, aunque no todos los estudiosos del tema están de acuerdo con ello (Dovidio et al., 1996).

### **1.2.3 Allport: Contribución al estudio de los estereotipos**

Allport es uno de los autores que no está de acuerdo con la hipótesis que se acaba de citar en el punto anterior. En su libro *La naturaleza del prejuicio* (1963), escribe que la estereotipia no es un factor determinante en el prejuicio o la discriminación. Como afirma el autor: "Ya sea favorable o desfavorable, un estereotipo es una creencia exagerada que está asociada a una categoría. Algunos estereotipos carecen de apoyo o evidencia en la realidad, otros se desarrollan a partir de la acentuación y generalización excesiva de los hechos. Su función es justificar (racionalizar) nuestra conducta en relación a esa categoría." (Allport, 1963, p.215). Destaca dos funciones de los estereotipos, la función cognitiva (sistematizar y simplificar la realidad) y la defensiva (defender los valores de la persona), pero, en opinión de Allport (1963), los estereotipos "son antes que nada racionalizadores. Se adaptan a la índole del prejuicio vigente o a las necesidades de la situación. Si bien no puede resultar dañoso (...) combatirlos en escuelas y universidades, y reducirlos en los medios masivos de comunicación, no debe pensarse que esta única acción ofensiva extirpará las raíces del prejuicio." (p.228). En palabras de este investigador, los estereotipos no explican totalmente el rechazo hacia las personas, son sólo imágenes asociadas a una categoría y sirven para justificar el prejuicio de amor o el de odio hacia ellas.

### **1.2.4 Adorno: Los estereotipos desde la teoría de la personalidad**

En su libro, *La personalidad autoritaria*, Adorno et al., (1965) aportan una explicación a la formación de los estereotipos. Según las investigaciones llevadas a cabo por estos autores, los estereotipos estarían asociados a procesos de pensamiento que se producen en los individuos que presentan el síndrome de la personalidad autoritaria y explican la aparición de este síndrome debido a difíciles relaciones con los padres durante la infancia que generarían un resentimiento y una hostilidad que luego los hijos proyectarían sobre los miembros de grupos minoritarios. Aunque estos autores centran su estudio en el área de la personalidad, situándola como causa del comportamiento y como algo interno y propio del sujeto, piensan que la fuerza de la personalidad, por sí sola, no da como resultado repuestas o acciones, sino predisposiciones a la respuesta. La personalidad se desenvuelve en un contexto social

y por tanto consideran que lo que ocurre en el ámbito familiar, esto es, el comportamiento y los estilos educativos utilizados por los padres hacia los hijos, está determinado también por factores económicos y sociales, además, se apoyaron en las teorías de Freud para tratar el tema de la estructura de personalidad presente en las personas prejuiciosas. En la evidencia empírica aportada se confirma que una persona hostil hacia una minoría se mostrará propensa a ser hostil hacia una amplia variedad de grupos, aún a pesar de que no existan bases racionales para dicha hostilidad y en ausencia de experiencia con miembros de dichos grupos.

El resultado más importante de este estudio es la demostración de que existe una estrecha correspondencia entre el tipo de enfoque y perspectiva que el sujeto adopta en una gran variedad de temas. La relación padre-hijo de carácter jerárquico, autoritario y explotador, puede derivar en una actitud de dependencia y en una filosofía política y una perspectiva social que sólo dé cabida a un aferramiento a lo que parece fuerte y un rechazo a lo que es relegado a una posición de inferioridad o debilidad. Esta misma pauta, según Adorno et al., (1965) se extiende desde la dicotomía padre-hijo a un tratamiento dicotómico de las relaciones sociales que se manifiesta en la formación de estereotipos entre el endogrupo y el exogrupo.

### **1.2.5 Campbell: Una contribución muy interesante. El carácter del grupo que estereotipa**

La innovación realizada por Campbell (1967), tras llevar a cabo el estudio cooperativo transcultural sobre el etnocentrismo que dirigió junto a LeVine (Campbell & LeVine, 1961), consistió en incluir en su investigación sobre los estereotipos no sólo los factores externos (características del grupo descrito), sino también los factores internos (motivaciones, incentivos y hábitos del grupo que mantiene el estereotipo), quedando reflejado tanto el carácter del grupo estereotipado como, de un modo proyectivo, el carácter del grupo que estereotipa, y, que como él mismo recuerda, ya enfatizó Allport en su obra *La naturaleza del prejuicio* (1963). Teniendo en cuenta lo anterior, este estudio hubiera quedado, aún si cabe, más completo incluyendo el punto de vista de los miembros del grupo estereotipado.

Campbell y LeVine (1961) llevaron a cabo un estudio transcultural en el que incluyeron datos de 22 grupos de diferentes localizaciones mundiales (tres grupos

norteamericanos, entre ellos, los indios Shushwap; siete grupos africanos, como los Gusi; nueve grupos del Pacífico, entre ellos cinco eran de Nueva Guinea; y tres asiáticos, uno de ellos de Nepal) sobre relaciones tradicionales intergrupales, estereotipos, tabúes de distancia social y las correlaciones de toda esta información con el etnocentrismo. Campbell en su ensayo teórico (1967) utiliza la información recabada en este estudio de psicología transcultural y empleando la metáfora de la energía física explica cómo hay estímulos que destacan más que otros en función de dos factores, uno, la propia energía del estímulo perceptual -percepciones de las características del exogrupo por parte de los miembros del endogrupo- y, dos, la energía de los estímulos previos en el campo estimular, llegando así a cuatro principios:

a) Cuanto mayores sean las diferencias entre el grupo que estereotipa y el grupo estereotipado, mayor será la probabilidad de que esas características diferenciales formen parte del estereotipo. Esto implica que ciertas costumbres, atributos o rasgos físicos del exogrupo estereotipado, que pasarían desapercibidos en algunos contextos intergrupales, podrían convertirse en objeto de desprecio -en el imaginario estereotipado del endogrupo- en un contexto cultural en el que dichas características destacasen.

b) Cuanto más contacto exista entre los grupos, más probabilidades habrá de que el estereotipo esté basado en características reales. Y su contrapartida: cuanto más desconocido sea el exogrupo, más proyectivo y menos exacto será el contenido del estereotipo.

c) Cuando el contenido de la interacción intergrupar proporciona mayor intensidad de estímulo a unos rasgos que resultan destacados en dicha interacción, conduce a que dichos rasgos queden representados en los estereotipos mutuos con mayor fuerza y exactitud.

d) Otro principio importante es el de que cuando existen diferencias de rasgo con un contraste similar, las que quedarán reflejadas en el imaginario del estereotipo serán las que se acompañen de un incentivo relevante para menospreciar al exogrupo -asumiendo las teorías de frustración-agresión-desplazamiento- y, por otro lado, resulten de mayor familiaridad a los miembros del grupo que estereotipa. Por ejemplo, si un exogrupo manifiesta una conducta que para los miembros del



endogrupo es altamente reprobable, esta conducta contará con una mayor probabilidad de ser percibida y asociada como estereotipo del exogrupo.

Por otro lado, Campbell concibe los estereotipos con dos dimensiones: una evaluativa (conformada por los componentes de impulso, valor incentivo y familiaridad) y otra descriptiva (que contiene el componente de la intensidad del estímulo) y hace un análisis respecto al fondo de verdad versus falsedad de los estereotipos, decantándose por su falsedad al igual que otros muchos investigadores (Katz & Braly, 1933; LaPière, 1936), en especial por la gran injusticia ejercida por los grupos mayoritarios hacia los miembros de grupos minoritarios al justificar su segregación acusándoles de tener los rasgos que han producido la segregación. Estos rasgos estereotipados contendrían ese fondo de verdad que validaría la conducta de distanciamiento y exclusión por parte de los grupos mayoritarios. Campbell se alegra de que, a pesar de que los estereotipos puedan contener alguna brizna de verdad, una gran mayoría de psicólogos sociales hayan enfatizado su falsedad, sesgo o error. Uno de estos errores que Campbell destaca es el error del absolutismo fenoménico por el que se exageran tanto las diferencias percibidas en el exogrupo como la homogeneidad intragrupal, asumiendo sin cuestionar que el exogrupo es tal y como el endogrupo lo percibe y opina de él, sin reflexionar si dicha imagen puede ser debida a una proyección de la personalidad de uno mismo o del endogrupo, ser una imagen errónea o estar distorsionada. Un segundo error es el de la percepción causal errónea por la que se atribuyen las diferencias a causas raciales antes que ambientales, al ser las primeras contiguas espacial y temporalmente al estímulo, por ejemplo, se percibe la raza como causa de la ignorancia. Otro importante error implica el modo de ver la relación entre contenido del estereotipo y hostilidad, en el que se justifica ésta última por la presencia de rasgos negativos en los miembros del exogrupo, cuando es el etnocentrismo, la amenazas real o el desplazamiento de la agresión lo que produce la hostilidad y ésta conduce a marcar más las diferencias. Un último error mencionado por Campbell se encuentra en el grado de las diferencias percibidas, la exageración de la homogeneidad con la que los miembros de un endogrupo o exogrupo manifiestan un rasgo determinado y la infravaloración de la cantidad de solapamiento entre ambos grupos, ya mencionada por Allport (1963). Campbell pone de manifiesto que, para él, más decisivas y determinantes que la propia falsedad del contenido descriptivo de los estereotipos, son las falsas

percepciones causales que acompañan a los estereotipos ya que justifican y dan lugar a la discriminación social.

### **1.2.6 Tajfel: Los estereotipos como resultado del proceso de categorización**

En 1969, Tajfel desarrolla un esquema de la etiología cognitiva de las relaciones intergrupales fundamentado en la necesidad de comprender lo que sucede y de establecer las atribuciones causales del porqué y el cómo se producen las condiciones cambiantes de la vida y de las relaciones entre grupos. Estas atribuciones se basan, según Tajfel (1969) en los procesos de categorización, de asimilación y de búsqueda de coherencia. Y es en su explicación de los procesos de categorización donde Tajfel (1969) dice que los estereotipos "pueden definirse como la atribución de características psicológicas generales a amplios grupos humanos.(...) el contenido de los estereotipos tiene sus orígenes en tradiciones culturales que pueden estar relacionadas o no con experiencias comunes sobregeneralizadas, pasadas o presentes" (p.165). Apoyando a Allport (1963), Tajfel concede gran importancia a la función cognitiva de los estereotipos. Éstos surgen de un proceso de categorización, introduciendo simplicidad y orden en donde hay complejidad y continuos cambios y ayudándonos al destacar las semejanzas dentro de las categorías y al transformar las diferencias intergrupales difusas en diferencias más claras o al crear nuevas diferencias donde antes no las había. Otra importante función de los estereotipos, según Tajfel, es la evaluativa. Las personas evalúan las categorías sociales como positivas o negativas. El hecho de que estas categorías sociales sean más ambiguas y tengan ese valor subjetivo, provoca que se necesite poca información para confirmarlas y mucha para desconfirmarlas. Por otra parte, los estereotipos cumplen otras funciones de carácter social como la de explicar acontecimientos a gran escala, justificar acciones cometidas contra un exogrupo y facilitar una diferenciación positiva que beneficia al endogrupo. Es muy conocido el experimento que Tajfel llevó a cabo con tres grupos de sujetos a los que presentó una serie de ocho líneas de diferentes longitudes, observando que, a pesar de no haber introducido ninguna variable de naturaleza emocional o social, aparecían los rasgos característicos de los estereotipos sociales: la acentuación subjetiva de diferencias entre clases de

estímulos y la reducción subjetiva dentro de cada clase. A partir de este experimento, Tajfel y sus colaboradores desarrollaron el Paradigma del grupo mínimo. De todos modos, el autor pone de relieve que los procesos de estereotipia en este experimento con estimaciones de longitud de líneas no pueden ser los mismos que en los juicios estereotipados asociados con el prejuicio. En el caso de estereotipos hostiles, su rigidez y resistencia a la información que los contradice, es uno de los rasgos más destacables. Según el autor, esto es así dado que en situaciones sociales la información contradictoria o negativa es mucho menos clara y más fácil de ignorar que en situación experimental. Y también porque las consecuencias de un error no son las mismas en ambas situaciones. La preservación de los juicios estereotipados es auto-recompensante, en especial, cuando se hacen en un contexto social que apoya actitudes hostiles hacia un exogrupo concreto.

### **1.2.7 McCauley y Stitt: Los estereotipos desde la psicología de la predicción**

En 1978, McCauley y Stitt, basándose en la definición de los estereotipos como predicciones probabilísticas que distinguen los grupos estereotipados de los otros, proponen una nueva medida individual y cuantitativa de los estereotipos: la ratio diagnóstica. En palabras de sus autores, no se trata simplemente de una versión de la Check List de Katz y Braly (1933), sino de una medida diferente que relaciona la investigación de los estereotipos con la teoría de la atribución y constituye una aproximación Bayesiana desde la psicología de la predicción. En las conclusiones de sus estudios, McCauley y Stitt (1978) sugieren la existencia de una relación entre la atribución de causas (Kelly, 1973) y la atribución de estereotipos. Azjen y Fishbein (1975) en su 'Análisis Bayesiano de la Teoría de la Atribución', observan que la atribución causal depende de una ratio  $p(D/H/p(D))$ , antes que de una probabilidad y comprueban la relación entre estereotipia y atribución causal. La estereotipia es definida por la probabilidad de mostrar una conducta o rasgo -atribución de un rasgo (H) teniendo en cuenta la pertenencia a un grupo (D). Según el teorema de Bayes ésta sería la ratio diagnóstica:  $p(H/D/p(H))$ . La atribución causal queda definida como la relación entre la probabilidad causal (H) y la conducta (D) y ésta sería la ratio diagnóstica:  $p(D/H/p(D))$ . McCauley y Stitt (1978), consideran que la ratio diagnóstica

puede ser una buena medida de los estereotipos porque expresa formalmente la medida en que la información sobre la pertenencia a un grupo afecta a las predicciones de rasgos. Estos autores concluyen su trabajo valorando la medida de la ratio diagnóstica tanto a nivel conceptual como empírico como una mejor alternativa a las medidas de Katz y Braly (1933).

### **1.2.8 Steele y Aronson: El efecto de la amenaza del estereotipo**

Según una revisión realizada por Wheeler y Petty (2001), son varios los mecanismos psicológicos por los que la activación de los estereotipos pueden afectar los juicios y conductas de las personas: mecanismo de acción ideomotora (Dijksterhuis & Bargh, 2001) que hace referencia a una conexión automática entre la representación mental del estereotipo y la conducta consistente con dicho estereotipo; mecanismo de activación parcial del autoconcepto (DeMarree, Wheeler & Petty, 2005; mecanismo funcional-social (Chartrand & Bargh, 1999), según el cual las personas tienden a mostrar unos juicios y comportamientos consistentes con los estereotipos; o la amenaza del estereotipo (Steele & Aronson, 1995), mecanismo sobre el que se centra este apartado.

La teoría de Steele y Aronson (1995) sobre el efecto de la amenaza del estereotipo es interesante porque aporta una perspectiva novedosa acerca del tipo de consecuencias que puede generar la aplicación de estereotipos en los propios sujetos estereotipados. Según estos autores, la amenaza del estereotipo consiste en la amenaza de ser posiblemente juzgado y tratado de forma estereotipada o de estar en riesgo de confirmar como característica de uno mismo (autocumplimiento), un estereotipo negativo del grupo al que se pertenece. Cuando el contenido del estereotipo hace referencia a una determinada habilidad intelectual, esta amenaza puede resultar muy disruptiva, perjudicando seriamente la ejecución intelectual. En sus experimentos, Steele y Aronson (1995) muestran cómo los participantes afroamericanos, ante la amenaza de confirmar o ser juzgados por un estereotipo societal negativo acerca de su competencia y habilidad intelectual, bajan su rendimiento en un test estandarizado respecto a los participantes blancos. Este efecto de bajada de rendimiento, según Baumeister (1984) se puede producir a través de varios mecanismos que interfieren, de forma separada o simultánea, con el

funcionamiento intelectual: distracción, ansiedad, cohibición, atención limitada, sobreesfuerzo o retirada del esfuerzo, entre otros. Si la amenaza persiste a lo largo del tiempo, el nivel de ansiedad -vulnerabilidad racial en términos de Steele (1990)- y la fuerza de la presión es tan alta que los estudiantes tienden a protegerse desidentificándose con respecto a la ejecución escolar y otros campos intelectuales relacionados. En otras palabras, los estudiantes redefinen su auto-concepto, de tal modo que el rendimiento académico ya no forme parte ni de su auto-valoración, ni de su identidad personal. Este mecanismo de auto-protección puede tener otros importantes efectos secundarios como disminución del interés, motivación y desempeño en el terreno académico (Steele, 1992). Así, en una investigación realizada por Brown y Josephs (1999), en la que se estudió el efecto de la amenaza del estereotipo de género en el desempeño de pruebas matemáticas estandarizadas se comprobó que tanto hombres como mujeres pueden prepararse menos cuando se preocupan por el desempeño de su género en dicha prueba con el objetivo de proteger su auto-valoración, dándose a sí mismos una excusa frente a su bajo desempeño. Steele y Aronson (1995) en sus investigaciones acerca de la amenaza del estereotipo han probado que las personas estigmatizadas pueden alegar ciertos hándicaps cuando en la condición experimental se pone de relieve su estatus de persona estigmatizada; hándicaps, como falta de sueño o concentración, que ponen de manifiesto las preocupaciones o dudas acerca de sí mismo de un sujeto respecto a la amenaza de los estereotipos en un contexto de examen y que protegen el nivel de autoestima si su desempeño prueba ser inadecuado. Crocker y Major (1989) han centrado su trabajo en las implicaciones de la psicología de la afirmación en el mantenimiento de la autoestima (por ejemplo, estrategias para proteger un adecuado nivel de autoestima en miembros de grupos estigmatizados) en tareas de desempeño intelectual y hacen referencia al concepto de ambigüedad atribucional, según el cual una persona, por ser posible objeto de prejuicio, presenta la duda de si la valoración -negativa o positiva- que se hace de ella es o no derivada de dicho prejuicio. Sobre el modelo teórico de Crocker y Major se hace una exposición más detallada en el último punto de este primer capítulo de la tesis. El concepto de amenaza del estereotipo hace referencia, más bien, a la aprensión que siente una persona ante la posible confirmación o elicitación de la valoración de que el estereotipo es una característica de sí misma.

Sin embargo, no sólo los grupos minoritarios o estigmatizados presentan los efectos de la amenaza del estereotipo, también aparece en grupos dominantes o mayoritarios. Esto se ha podido comprobar en varios estudios realizados con estudiantes varones blancos en los que el estereotipo de la superioridad de los estudiantes asiáticos en el área de las matemáticas, les llevó a sufrir los efectos de la amenaza del estereotipo, disminuyendo su desempeño en una prueba de dicha materia y, en mayor grado, aquellos estudiantes para los que las habilidades matemáticas formaban parte importante de su autoconcepto (Molero, 2007).

### **1.2.9 Worchel y Rothgerber: El estereotipo como un continuo con dos polos, el grupal y el individual**

Estos autores conciben el estereotipo como un fenómeno multidimensional dentro de un continuo, en el que cada componente consta de un polo social y de un polo cognitivo/individual. Worchel y Rothgerber (1996) definen los estereotipos como creencias grupales que sirven para mantener los vínculos entre las personas que sostienen dichos estereotipos. Aunque parten de una definición clásica del estereotipo como conjunto de características que se asignan a las personas en función de su pertenencia grupal, estos autores no se centran en el estudio del contenido de los estereotipos, destacando otros aspectos distintos a tener muy en cuenta cuando se estudian los estereotipos. Uno de ellos, es el hecho de que la categoría social a la que se le aplica el estereotipo no es inmutable, puede variar y descomponerse en subcategorías más pequeñas. Así, la categoría emigrante puede subdividirse en otras como legales o ilegales, país de procedencia, etc. Respecto a la cuestión de la homogeneidad percibida del grupo estereotipado, relativizan dicha homogeneidad ya que advierten que no todos los miembros del grupo estereotipado son iguales. Otro aspecto a tener en cuenta es el de la interpretación que las personas hacen de los rasgos utilizados en el estereotipo. Hay rasgos que pueden tener una valoración positiva o negativa en función de a qué categoría se aplique. Una faceta sobre la que también hacen hincapié es la de la saliencia o relevancia de unos rasgos sobre otros en el contenido del estereotipo. Todas estas dimensiones afectan en los juicios y evaluaciones de los miembros del grupo estereotipado y en la conducta hacia ellos. Las dimensiones de interpretación y saliencia estarían incluidas en el polo individual

del estereotipo, la categorización y la percepción de homogeneidad influirían tanto en el polo cognitivo-individual como en el grupal. El contenido estaría en el polo social. Con esta definición del estereotipo como un continuo, los autores ordenan de mayor a menor el peso relativo del polo social frente al polo cognitivo/individual, compensando la participación de ambos polos en cada uno de los componentes. Esta doble polaridad en el estudio de los estereotipos se ve reflejada en la presión que viven las personas en su día a día, ya que se ven abocadas a satisfacer, por un lado, las exigencias de uniformidad grupales y, por otro, su necesidad de pensar y actuar con libertad e independencia (Morales & Moya, 1996).

#### **1.2.10 Mackie, Hamilton, Susskind y Rosselli: Aspectos compartidos e individuales y componentes cognitivos y afectivos de los estereotipos.**

Estos autores opinan que los estereotipos, como la mayor parte de los fenómenos psicológicos, están determinados e influenciados por factores culturales, cognitivos, afectivos y socioemocionales y han centrado su interés en el proceso de formación de estas estructuras o representaciones mentales. Partiendo de la definición de estereotipo como una estructura cognitiva que contiene los conocimientos, las creencias y las expectativas del perceptor sobre un grupo social, Mackie et al. (1996), a diferencia de otros autores que aportan definiciones que enfatizan la naturaleza compartida de los sistemas de creencias estereotípicas, defienden que puesto que la experiencia e interpretación de la experiencia por parte de un individuo es única, los estereotipos sociales pueden ser diferentes y también, dado que algunas de las influencias en la formación del estereotipo derivan de un contexto social común, hay que tener en cuenta que el contenido de algunos estereotipos sociales llega a ser ampliamente compartido entre los miembros de varios grupos.

Otro aspecto importante de sus aportaciones a la definición y comprensión de los estereotipos, es que en el contenido de estas estructuras cognitivas incluyen no sólo rasgos, atributos o creencias sobre propiedades generales, sino también, conocimientos sobre cuestiones físicas, actitudes, conductas, roles o pensamientos típicos del grupo. Y no de cualquier grupo, sino de aquel o aquellos grupos sociales

que son salientes para el observador. Aunque Mackie et al. (1996) resaltan en su definición la naturaleza cognitiva de los estereotipos como representaciones mentales, no olvidan el papel importante de los factores afectivos, culturales y sociomotivacionales en el complejo proceso de formación de los estereotipos. Respecto a los mecanismos cognitivos de la formación de los estereotipos, estos autores, siguiendo a Allport (1963) y Tajfel (1969), conceden una gran importancia a la categorización, en primer lugar, como un mecanismo cognitivo natural derivado de la necesidad simultánea del perceptor de reducir y disponer de información elaborada, gracias al cual, las personas y sus individualidades quedan agrupadas en categorías sociales. Y, en segundo, como una forma de potenciar los beneficios auto-evaluativos derivados de la diferenciación del grupo propio de otros grupos. A pesar de que la psicología social tradicional considera la definición de estereotipo como una estructura puramente cognitiva, como sistema de creencias sobre características y propiedades de los grupos y de sus miembros, Mackie et al. (1996) afirman que cuando un grupo concreto es capaz de activar una respuesta emocional en un miembro de un exogrupo, esto puede ser debido a que dicha emoción está ligada a las creencias que ese individuo tiene acerca del exogrupo en cuestión. El afecto es un componente central del estereotipo y, aunque pertenece a un sistema diferente, aparece estrechamente alineado junto a las creencias, conocimientos y expectativas. En cuanto a los mecanismos afectivos que intervienen en la formación de los estereotipos, estos autores, resaltan el papel del condicionamiento clásico a través del cual, una experiencia repetida en la que se asocian una emoción y un grupo, puede dar lugar a que el grupo por sí mismo active la aparición de dicha emoción. Así, cuando interacciones casuales con grupos no familiares van acompañadas de emociones negativas como ansiedad e irritación, dichas emociones llegan a formar parte del estereotipo del grupo y sólo la visión o el hecho de pensar acerca del grupo genera las reacciones emocionales. Otros mecanismos que intervienen en la formación de los estereotipos son los sociomotivacionales. Una de las primeras aproximaciones teóricas en psicología social que abordó este tema fue presentada por Adorno et al. (1965), citado más arriba. De acuerdo con esta teoría, los estereotipos negativos de los exogrupos se desarrollan debido a la exteriorización de conflictos internos, infelicidad o inseguridad. Sin embargo, trabajos posteriores llevados a cabo por otros autores, dejan a un lado los factores de personalidad y se centran en el



grupo, defendiendo que los estereotipos sociales emergen de percepciones y reacciones derivadas de las relaciones entre grupos (Mackie et al., 1996). Los mecanismos culturales intervienen en la formación de los estereotipos que se transmiten de generación en generación como un componente del conocimiento acumulado por la sociedad, como parte del crecimiento. La fuente más poderosa para el aprendizaje social del contenido de los estereotipos la constituyen los padres. Los niños reciben la información acerca de otros grupos sociales de mano de sus progenitores y cuidadores. Y junto a los padres, otras personas influyentes y significativas en la vida del niño, como sus iguales y otros miembros de la comunidad, los poderosos medios de comunicación. La manera en que las personas piensan está, sin lugar a dudas, influenciada por la sociedad en la que se vive. Algunas reacciones a los grupos pueden ser innatas, pero la mayoría de los estereotipos son adquiridos a través de información procesada en un contexto social (Mackie et al., 1996). Sobre el proceso de adquisición y mantenimiento de los estereotipos y prejuicios en las diferentes etapas evolutivas del niño y el adolescente se hablará en varios puntos de otros capítulos de esta tesis.

#### **1.2.11 Conclusión: Los estereotipos como explicaciones selectivas, variables y controvertidas**

McGarty, Spears y Yzerbyt (2002), parten de la idea de que los individuos viven en sociedad, pertenecen a diferentes grupos sociales y comparten características, creencias y valores con los miembros de nuestro endogrupo acerca de los miembros de otros exogrupos que se denominan estereotipos y son importantes para facilitar a las personas la comprensión del mundo. McGarty et al. (2002) opinan que, a pesar de las diferentes perspectivas teóricas de los muchos autores que han trabajado en el campo de los estereotipos, la mayoría de ellos comparten en sus estudios principios comunes, aunque no todos en el mismo grado. Uno de estos elementos comunes es el relacionado con la formación de los estereotipos y su utilidad, se centra en la idea, recién mencionada, de que los estereotipos surgen como una búsqueda de significado, explicación o comprensión por parte del perceptor. Desde el análisis que Tajfel (1969) realizó sobre aspectos -ya constatados en varios trabajos anteriores de Allport (1963), Campbell (1956) y Bruner (1957)- los

psicólogos sociales han aceptado ampliamente que la estereotipia es una instancia del proceso de categorización. Gracias al proceso cognitivo de la categorización, las personas pueden detectar similitudes y diferencias entre grupos. La afirmación de Bruner (1957) sobre el hecho de que la percepción proviene del ajuste entre las especificaciones de la categoría y la preparación previa del perceptor para usar esas categorías, ha sido repetida en la literatura existente en torno a la formación de los estereotipos. La mente no es una pizarra en blanco sobre la que se van inscribiendo nuevos estereotipos, sino una superficie marcada como la de un disco de vinilo con algunos surcos más profundos que otros que denotan la mayor frecuencia de aparición de unos estereotipos particulares. Otras aproximaciones al estudio de los estereotipos, considerando ésta como búsqueda de sentido, son la teoría de la categorización del yo (Oakes, Haslam & Turner, 1994; Turner, Hogg, Oakes, Reicher & Wetherell, 1987), la teoría de juzgabilidad social (Leyens, Yzerbyt & Schadron, 1992, 1994), el modelo del juicio social (Smith & Zárate, 1992) y otros modelos basados en procesos de asimilación y contraste como el de Biernat, Vescio y Manis (1998) (McGarty et al., 2002, p.3).

Un segundo principio considera que los estereotipos son dispositivos de ahorro de energía. La mayor parte de los psicólogos sociales opinan que los estereotipos ayudan con su explicación porque ahorran tiempo y esfuerzo ya que facilitan a las personas el hecho de que puedan ignorar la información detallada asociada a los individuos que pertenecen a un grupo determinado. Este razonamiento, original de Allport (1963), se ha convertido en el tema estrella de la corriente cognitiva de la psicología social en su acercamiento a la estereotipia social y algunas de las ideas clave en torno a este tema que McGarty (1999) destaca son: la idea de que los individuos disponen de capacidades limitadas para realizar tareas cognitivas tales como procesamiento de la información y que la complejidad del entorno social es tal que, a veces, el sistema se sobrecarga y se producen sesgos y percepciones erróneas del mundo. Los estereotipos son una manifestación de estas percepciones rígidas y distorsionadas de la realidad. Esta visión negativa de los estereotipos ha sido puesta de nuevo, en los últimos treinta años, en primera plana por los psicólogos sociales de la corriente de la cognición social (Oakes et al., 1994) que han centrado sus estudios en las limitaciones de la cognición humana que conlleva que la gente piense de forma irracional y errónea, y han considerado que los estereotipos son

como cápsulas que contienen lo peor acerca del pensamiento humano. McGarty et al. (2002) se preguntan cómo es posible que los estereotipos se formen a través de un proceso cognitivo tan deficiente, cuando son tan importantes para la explicación y comprensión del mundo.

Un tercer principio relacionado con la formación de los estereotipos es el de que los estereotipos son creencias de grupo compartidas. Los estereotipos compartidos despiertan gran interés porque son útiles para comprender y predecir las conductas de los miembros de un grupo hacia los miembros de otro. Aunque, en principio podría pensarse que el origen de que estos estereotipos sea compartido se debe a que el ambiente común les proporciona experiencias estimulantes, se ha constatado que esto no es del todo cierto ya que hay evidencia de estereotipos compartidos sin experiencia estimular previa (Katz & Braly, 1933). Más lógica parece la idea de que existe un fondo cultural compartido de conocimientos, representaciones sociales o ideología que una gran mayoría de personas muestra y que produce una concordancia en los puntos de vista. Sin embargo, no hay que olvidar que los miembros de los grupos humanos tienen el poder de llegar a ser más parecidos o más diferentes unos de otros y el estudio del fenómeno de la estereotipia debería contemplar este dinamismo existente. Según McGarty et al. (2002), parece más interesante una tercera vía en la que los estereotipos pueden ser compartidos, y es la basada en el argumento de que los estereotipos son creencias normativas y que éstos son compartidos, no por la coincidencia de una experiencia común o la existencia de un fondo cultural compartido en la sociedad, sino porque los miembros de los grupos actúan coordinando sus conductas, implicándose en procesos de diferenciación de su grupo respecto a los demás grupos y también en procesos de influencia social para que los miembros del endogrupo sean más similares en dimensiones relevantes.

En los epígrafes siguientes se exponen las teorías aplicadas al estudio de los prejuicios, la discriminación y el estigma.

### **1.3 PREJUICIOS: REVISIÓN HISTÓRICA**

“No hay ninguna llave maestra. Tenemos a nuestra disposición, más bien, una serie de llaves, cada una de las cuales abre una puerta al acceso a la comprensión del asunto (*prejuicio*)” (Allport, 1963, p.232).

#### **1.3.1 Visión diagramática del prejuicio: Allport**

Se inicia esta revisión con una breve presentación de la visión diagramática de Allport sobre los diversos enfoques teóricos y metodológicos existentes en torno al prejuicio. Allport (1963) hace un recorrido por algunos de los enfoques que han iluminado cual ópticas de una cámara fotográfica un concepto tan complejo como el del prejuicio (el histórico, el sociocultural, situacional, psicodinámico, fenomenológico y el de la “reputación bien merecida”), adoptando una postura ecléctica al conceder importancia a cada uno de los prismas utilizados hasta el momento en el análisis de este concepto. Para este autor, el estudio del prejuicio desde la perspectiva sociocultural e histórica alberga una gran relevancia, pues tanto la pertenencia como las normas y valores del grupo están implicados de forma continua en el desarrollo de la vida mental del individuo. También desempeñan un papel importante la personalidad y el aprendizaje social.

Allport (1963) presenta su definición de prejuicio, como una actitud hostil y desconfiada hacia una persona por su pertenencia a un grupo determinado, que abarca tanto la dimensión social y la psicológica y opina que una sola teoría no puede explicar todos los aspectos del prejuicio, preguntándose: ¿Por qué actúan las personas de forma prejuiciosa? El autor piensa que, en principio, porque perciben a la persona que es objeto de prejuicio de forma diferente, y esta percepción es debida, por un lado, a la propia personalidad y, por otro, al proceso de socialización y a su situación social, derivada ésta, a su vez, de la estructura social y de las tradiciones económicas y culturales. Así, desde un enfoque histórico, el prejuicio contra los negros en Norteamérica es un problema histórico engendrado en la esclavitud, en la explotación y en las consecuencias de la guerra civil. Desde el enfoque histórico, incluso las posibles causas psicológicas implicadas en el prejuicio, son interpretadas como determinadas por el impacto de los acontecimientos históricos. Allport (1963)

critica este enfoque porque no explica que unas personas sean prejuiciosas y otras no, dentro de un mismo contexto social. Dentro del enfoque histórico, hay autores que argumentan la existencia del prejuicio basándose en teorías económicas, como la teoría de la explotación. Así, pone como ejemplo un resumen que presenta Cox (1948) en el que explica la existencia del prejuicio racial como una actitud social extendida por y entre los miembros del grupo dominante que justifica la estigmatización y explotación de un determinado grupo inferior y de sus recursos. Como sucedió en el pasado con la expansión imperialista de Europa y como sucede actualmente con el afán de dominio de los Estados Unidos y los conflictos en Oriente Próximo.

Dentro del enfoque sociocultural, son muchos los factores que explican el conflicto entre grupos y el prejuicio. El tema de la urbanización ha traído consigo el aumento de la inseguridad ciudadana, de la frustración por la dependencia y el sometimiento que genera vivir en la gran ciudad. El consumismo, los mensajes publicitarios que inducen al desprecio del que es pobre, del que no alcanza el éxito social: negros, inmigrantes, pueblerinos. Se llega a odiar la ciudad, se odia la dominación del dinero y a los políticos corruptos. Se odia a las personas ambiciosas, deshonestas, a las excesivamente inteligentes, a los que no siguen los valores tradicionales. En palabras de Allport, el mérito de este enfoque sociocultural que explica la existencia del prejuicio por el proceso de urbanización, radica en que puede aplicarse tanto al antisemitismo como a los prejuicios hacia otras minorías. Otra teoría dentro de este mismo enfoque que combina historia y sociología es la que explica el prejuicio por la existencia de pautas de la comunidad, acentuando el etnocentrismo de todo grupo. Hechos violentos acaecidos en el pasado generaron en su día sentimientos de hostilidad hacia el grupo que los protagonizó quedando sentadas las bases para que quedase instaurada a través de los siglos, una pauta de odio y desprecio en la tradición del grupo objeto de dicha agresión.

Dentro del enfoque situacional, el punto relevante se fija en las fuerzas actuales, como sucede en la teoría de la atmósfera, según la cual los niños crecen inmersos en influencias que pronto refleja en sus actitudes y comportamientos. Desde otras teorías se ponen de relieve como causas del prejuicio otros factores

como la situación laboral, la movilidad social ascendente o descendente, los tipos de contacto o la densidad relativa de los grupos.

Desde un punto de vista más psicológico surgen las teorías psicodinámicas que explican el prejuicio en función de la naturaleza hostil del ser humano. Allport (1963) refiere las tres raíces principales del prejuicio como derivadas de las tres fuentes de conflicto definidas por el filósofo Hobbes en el siglo XVII en su obra *El Leviathan*: la competición, que hace que se luche buscando el lucro; la desconfianza, que lleva a la pelea, buscando la seguridad; y el orgullo o la gloria, por la reputación.

Otra teoría dentro del enfoque psicodinámico es la de la frustración que defiende su papel en el origen o la intensificación del prejuicio. A esta teoría se le conoce como teoría del chivo expiatorio o de la víctima propiciatoria (en referencia al ritual que llevaban a cabo los antiguos hebreos y que consistía en que un sacerdote colocaba sus manos sobre la cabeza de un chivo para expiar los pecados del pueblo). La privación y la frustración generan impulsos violentos que pueden por desplazamiento ser volcados hacia una víctima que no tiene nada que ver con el origen de la frustración. La crítica a esta teoría es que no puede saberse sobre quién se desplazará la hostilidad.

Otro de los marcos teóricos incluido dentro de este enfoque psicodinámico es el que enfatiza el carácter de la persona, por lo que no todo el mundo tendrá prejuicios, sólo aquellas personas inseguras y ansiosas con estilos de vida autoritarios. Se refiere a la teoría de la personalidad autoritaria de Adorno et al. (1965) que concede un papel decisivo a la educación recibida de los padres durante los primeros años de vida; siendo la ausencia de una relación segura y afectuosa con los padres lo que conduce a la personalidad insegura, ansiosa y autoritaria.

Desde el enfoque fenomenológico, las conductas se explican como reacciones en función de la definición del mundo. Uno ataca a los miembros de un grupo que percibe como despreciables o suponen una potencial amenaza. La visibilidad y las etiquetas verbales facilitan el definir e identificar a las personas sobre las que se van a verter los prejuicios. Lo importante es lo que se cree y lo que se percibe. Aunque también se tienen en cuenta los factores históricos y culturales y de estructura del carácter de las personas con prejuicios. Se concede un papel relevante a los estereotipos como factores que acentúan la percepción que precede al

comportamiento. Los estudios étnicos de Katz y Braly (1933) fueron realizados desde un enfoque puramente fenomenológico, desde la causalidad inmediata. Hace ya más de ochenta años que estos autores definieron el prejuicio aplicado a las razas como un conjunto de estereotipos de gran consistencia que incluye respuestas emocionales a nombres de razas, una creencia respecto a unas características típicas asociadas a cada raza y una evaluación de sus rasgos típicos.

Y, por último, en esta visión diagramática de Allport (1963) se encuentra el enfoque de la “reputación bien merecida” en el que se aborda el objeto estimulador en sí mismo, es decir, los prejuicios quedan explicados por la existencia de diferencias auténticas entre los grupos que generan disgusto y hostilidad. Claro que, como comenta este autor, hoy en día, ningún estudioso en el campo de las ciencias sociales, se atrevería a apoyar esta teoría. Allport sí apoyaba la teoría de la interacción de Zawadski (1948) según la cual los prejuicios estarían determinados en parte por la naturaleza de los grupos (reputación merecida) siempre y cuando quedase científicamente demostrada la realidad de esa característica y, en parte, por la intervención de muchos otros factores que ya han sido citados en este punto.

Como se ve en esta visión diagramática de Allport, el estudio del prejuicio es complejo y se aborda desde un variado abanico de perspectivas. Para la psicología social es uno de sus temas preferidos desde hace más de cincuenta años. Según Morales (1999), el análisis del prejuicio va unido al estudio de la cognición social, por ser considerado producto de sesgos cognitivos, al de la medición de actitudes, por ser considerado como una actitud, y al del contexto donde se desarrollan las relaciones intergrupales por la gran importancia que tiene. Todos estos aspectos del estudio del prejuicio se van a ir presentando a lo largo de este primer capítulo de la tesis.

### **1.3.2 Definiciones y nuevas manifestaciones del prejuicio**

Martínez (1996), utilizando como criterio de clasificación de las numerosas definiciones existentes sobre el prejuicio el aspecto que con mayor frecuencia ponen de relieve los autores, establece dos grupos. Uno de ellos, conformado por las definiciones del prejuicio como actitud ya sea de orientación positiva (Campbell, 1947) o negativa (Allport, 1963; Aronson, 1981). El segundo grupo de definiciones

enfatisa en el prejuicio los aspectos cognitivos (Katz y Braly, 1933; Tajfel, 1969). Una definición de prejuicio como actitud negativa ya ha sido expuesta en el epígrafe anterior: la de Allport (1963) que lo define como una actitud hostil y desconfiada hacia una persona por su pertenencia a un grupo determinado. Aronson (1981) aporta una definición similar pero la amplía resaltando que dicha actitud negativa deriva de una información errónea. Tajfel (1969) concede un papel prioritario a la etiología cognitiva del prejuicio. Según este autor, son tres procesos cognitivos los que conforman el prejuicio: categorización, asimilación y búsqueda de coherencia.

Retomando la definición del prejuicio como actitud, se facilita que el prejuicio pueda ser relacionado con otros dos fenómenos que lo acompañan: los estereotipos y la discriminación. El componente cognitivo de la actitud prejuiciosa estaría formado por los estereotipos negativos o creencias negativas hacia los miembros de un grupo, el prejuicio sería el componente afectivo de la actitud (favorabilidad-desfavorabilidad) y la discriminación, la parte conativa de la actitud prejuiciosa. Martínez (1996) pone de relieve la relación de estos tres componentes con un cuarto, el evaluativo (Brislin, 1981, citado en Martínez, 1996, p.16) que es el aspecto fundamental del prejuicio y remarca que se considere o no el prejuicio como actitud, en él se hallan implicadas las creencias respecto a las características del grupo objeto de prejuicio y las diferencias entre los grupos prejuiciados y las personas prejuiciosas. Es importante tener en cuenta que dichas características son evaluadas en función de los valores de la persona prejuiciosa y de las normas sociales del grupo de pertenencia.

En opinión de Billig (1986), los prejuicios son opiniones dogmáticas y desfavorables respecto a otros grupos y hacia sus miembros. Este autor marca una diferencia entre prejuicio como actitud negativa y discriminación como conducta, ambas, actitud y conducta, dirigidas contra los miembros de un grupo objeto del prejuicio. No obstante, no siempre prejuicios y conducta van asociadas, a veces, se presentan actitudes prejuiciosas pero no se manifiestan conductas discriminatorias, como en el experimento de LaPière (1936) y viceversa, a veces, una persona puede comportarse de forma discriminatoria (por otros intereses), sin que su conducta sea derivada de prejuicios.



En una revisión de la literatura realizada por Fiske (1998), se comprobó que los estereotipos han sido estudiados, en el ámbito de la psicología social, cinco veces más que los prejuicios y, según Molero (2007), este dato resulta paradójico si se compara con el hallado en el metaanálisis realizado por Dovidio et al. (1996) donde se puso de manifiesto que los prejuicios predicen mejor la discriminación que los estereotipos, por lo que se debería de haber concedido mayor importancia al estudio de los prejuicios.

Aunque, hubo un período de tiempo en el que se creyó que los prejuicios habían disminuido, se descubrió que, en realidad, los prejuicios seguían vigentes pero expresados de un modo más sutil e indirecto que en otros momentos de la historia. Hoy en día, es políticamente incorrecto, e incluso ilegal, reconocer que uno discrimina a otras personas por su orientación sexual, por su sexo, etc. Pero los prejuicios y las conductas discriminativas siguen existiendo. Surgen entonces teorías para explicar estas formas indirectas de expresión del prejuicio como las teorías del racismo simbólico (Sears & Kinder, 1971) que conceden gran importancia a los valores en la expresión del racismo y en las que se apunta que las personas más prejuiciosas perciben como amenazadores a ciertos grupos sociales minoritarios. En la Teoría del racismo moderno propuesta por McConahay (1986), la percepción de amenaza queda justificada por la transgresión de normas y valores sociales por parte de los miembros del o de los exogrupos que se consideran importantes en el sistema social del endogrupo. Este autor diseñó una escala de 7 ítems para captar las manifestaciones indirectas del prejuicio. Molero (2007) destaca la aplicación de esta escala realizada en España por Navas (1998), en la que se descubrió que los participantes altos en racismo moderno presentaban emociones más negativas hacia los inmigrantes magrebíes que los participantes con bajas puntuaciones.

Otra teoría que aborda las nuevas manifestaciones del prejuicio y de la que han derivado multitud de investigaciones, es la Teoría del racismo aversivo propuesta por Gaertner y Dovidio (1986). En esta teoría, los autores explican cómo las personas que son liberales y creen no ser prejuiciosas, manifiestan racismo aversivo. Gaertner y Dovidio (2000) sugieren que este tipo de racismo se caracteriza por un intento de favorecer más al endogrupo que un intento de perjudicar

directamente a los miembros del exogrupo. Estas son algunas de las características principales del racismo aversivo (Molero, 2007):

- Aparece cuando surge un conflicto personal entre los valores igualitarios y el afecto negativo hacia los miembros de un grupo étnico determinado.
- El racismo aversivo aparece de forma sutil, no es intencionado, a menudo, uno no es consciente de tenerlo. Las personas con racismo aversivo no sienten odio o rabia hacia los miembros del exogrupo, sienten miedo, incomodidad, disgusto.
- Es perjudicial para el exogrupo y muy difícil de combatir, ya que las personas prejuiciosas dicen que el prejuicio es algo negativo y malo, pero no reconocen que lo son.
- Cuando la norma social es bien clara respecto a la no discriminación, las personas con racismo aversivo, no discriminan ni perjudican de ninguna manera al exogrupo. Ahora bien, cuando la discriminación puede ser atribuida a factores diferentes que la pertenencia al grupo étnico, sí se materializa, y la persona que discrimina no suele ser consciente de que lo está haciendo.

Meertens y Pettigrew (1992) crearon una teoría que diferencia el prejuicio sutil y el manifiesto, haciendo referencia con prejuicio manifiesto al prejuicio directo compuesto por la percepción amenazante del exogrupo y su rechazo, y la negativa a establecer contacto íntimo con los miembros de dicho exogrupo. Con el término prejuicio sutil, los autores nombran al prejuicio indirecto en el que confluyen tres elementos: la exageración de las diferencias culturales, la defensa de los valores tradicionales y la negación de las emociones positivas. Estos autores elaboraron dos escalas para medir estos dos tipos de prejuicios y sus componentes.

### **1.3.3 Aproximaciones al Análisis y Estudio del Prejuicio**

A continuación, y siguiendo el guión marcado por Martínez (1996) en su texto sobre el análisis del prejuicio, la exposición de esta revisión histórica se va a centrar en estos tres tipos de enfoques o aproximaciones:

- Enfoques individualistas: propuestas motivacionales, como la teoría del chivo expiatorio, la teoría de la personalidad autoritaria, el modelo de diferencia de creencias y, por otro, las propuestas cognitivas, como los procesos de atribución.
- Enfoques socioculturales: propuestas desde un modelo normativo y desde un modelo conflictual de la sociedad.
- Enfoques intergrupales: teoría del conflicto realista y proceso de categorización y comparación social.

#### 1.3.3.1 Enfoques Individualistas

Son numerosos los autores que han dirigido sus investigaciones al estudio de variables de carácter individual que tienen un papel relevante en el desarrollo y formación de los prejuicios. Se podrían citar los trabajos sobre la personalidad autoritaria de Adorno et al. (1965), los de dogmatismo de Rokeach (1960), de correlación ilusoria de Hamilton (1981), sobre convencionalismo de Altemeyer (1981) y los de atribución causal de Weiner (1985), entre otros muchos.

Agrupados bajo esta denominación, aparecen modelos que coinciden en afirmar que el origen del prejuicio se encuentra en procesos psicológicos individuales motivacionales y cognitivos. Siguiendo el hilo conductor de Martínez (1996), se comenzará esta exposición presentando los enfoques individualistas de corte motivacional y se continuará con los de corte cognitivo.

##### 1.3.3.1.1 Enfoques individualistas motivacionales.

Dentro de este grupo se incluyen varias teorías que conceden un papel prioritario al análisis individual del prejuicio como la teoría del chivo expiatorio que justifica la inevitable existencia del prejuicio basándose en la frustración inherente a la condición humana; la teoría de la personalidad autoritaria que explica el prejuicio en base a un síndrome de rasgos de personalidad fruto de estilos educativos paternos punitivos; y el modelo de diferencias de creencias de Rokeach.

La propuesta motivacional de la teoría del chivo expiatorio o cabeza de turco, consiste en la aplicación social de la hipótesis de la frustración-agresión. Los prejuicios son fruto, por un lado de la frustración y por otro del desplazamiento de la agresión a un objeto distinto del que la provocó. De este modo, los prejuicios surgen con la finalidad de defender al yo. Dollard, Miller, Doob, Mowrer y Sears (1939) elaboraron una teoría del prejuicio partiendo del mecanismo de defensa denominado desplazamiento y se basaron en el modelo freudiano de energía y homeostasis y en el fundamento motivacional de las relaciones interpersonales. Los autores sugerían que los sentimientos de hostilidad endogrupales son desplazados a otros exogrupos, pero para ello, previamente tienen que generarse los argumentos sobre la culpabilidad de las frustraciones, las creencias, los prejuicios que justifiquen la conducta discriminatoria. Berkowitz (1965) reformuló este modelo de modo que quedó reconocida la influencia de factores mediadores externos como los rasgos del exogrupo que explican por qué es objeto de conductas hostiles y el contexto en el que pueden tener lugar. Posteriormente, Berkowitz (1969) puso de nuevo el acento en el sujeto, concediendo un papel importante al estado emocional para la manifestación del comportamiento agresivo.

Algunas de las críticas que se le han hecho a este paradigma de agresión-frustración se dirigen hacia el tema de que la frustración es más el producto de la racionalización del prejuicio que su causa (Martínez,1996). Otra limitación de esta teoría es la que señala Billig (1976), la confusión existente entre desplazamiento y generalización de la agresión.

Una segunda propuesta motivacional, tiene su origen en el grupo de investigación americano-alemán liderado por Adorno (1965) y marca un hito histórico en el estudio de los prejuicios. Su obra sobre la personalidad autoritaria, fue desarrollada bajo la influencia de dos corrientes, el psicoanálisis (Freud) y la teoría marxista sobre la sociedad capitalista (Marx y Engels). De todos modos, ya al inicio de la citada obra, los autores hicieron la sugerencia de que, posiblemente, los factores económicos no fuesen tan decisivos en la formación del prejuicio y llevaron a cabo un estudio en el que examinaron los diferentes modelos de actitudes e ideologías de los norteamericanos con el fin de comprobar si los dos mil participantes blancos no judíos mostraban prejuicios hacia los grupos minoritarios (judíos y negros) y si

presentaban unos determinados rasgos de personalidad. Los participantes que puntuaron alto en la escala de antisemitismo, también puntuaron alto en la escala de actitudes prejuiciosas hacia los negros. También evaluaron las actitudes hacia otros grupos étnicos y llegaron a la conclusión de que el prejuicio parecía ser una disposición anímica general a la que llamaron *etnocentrismo*, que indica *estrechez cultural* y una tendencia de la persona a *centrarse étnicamente*, aceptando de forma rígida a las personas similares a él en cultura y rechazando a aquellas personas que se muestran diferentes, bien de un exogrupo (extranjeros, de otras razas o religiones) o bien a los miembros de su propio grupo que son "marcados" como *desviados*.

A través de la escala F, estos autores midieron el prejuicio evitando referencias a cuestiones de corte ideológico, basándose en el concepto de síndrome autoritario que, según sus hipótesis, poseen las personas prejuiciosas. Según este modelo, y, como expone Martínez (1996), la persona con prejuicios mostraría un alto grado de conformismo según el cual aceptaría de modo inflexible los valores y normas sociales debido a sus dificultades para el desarrollo de una autoridad moral propia. Las personas que puntuaban alto en esta escala podían resultar identificadas como psicópatas o como convencionales.

Adorno et al. (1965) sugieren la existencia de un síndrome de actitudes que englobaría el racismo, el antisemitismo y el fascismo virtual y que este etnocentrismo va asociado a un tipo de personalidad que ellos definen como personalidad autoritaria; una personalidad prejuiciosa con un estilo cognitivo, unos rasgos de personalidad y unas motivaciones inconscientes.

Dentro del estilo cognitivo, se utiliza el término clisés para referirse a un tipo de estereotipo; es decir, las personas con prejuicios, según Adorno et al. (1965), piensan acerca de los otros con clisés sobre su rol social o su etnia. No ven al individuo concreto, ven a una persona que pertenece a un exogrupo despreciado. Esos clisés, son estereotipos rígidos (los norteamericanos pensaban, por ejemplo, que los turcos eran crueles, que los italianos eran impulsivos y los negros perezosos y supersticiosos), estereotipos que ya habían sido descubiertos en los estudios empíricos anteriormente citados de Katz y Braly (1933). Adorno et al. (1965) se dieron cuenta que las personas prejuiciosas tienden a generalizar estos estereotipos a todos los miembros del grupo y además, muestran una tendencia mayor a establecer

estereotipos dentro de una jerarquía, creyendo en la inferioridad de ciertos grupos y que cada persona tiene asignado un lugar dentro de este orden social.

Dentro de los rasgos de personalidad propios de la persona altamente prejuiciosa, Adorno et al. (1965), tras una serie de entrevistas de corte psicoanalítico a una muestra más reducida de participantes, observaron ciertos patrones y llegaron a las siguientes conclusiones:

- Las personas altamente prejuiciosas eran personas educadas por padres estrictos y autoritarios que, por medio de esa severa disciplina, habían aprendido a mostrar respeto y admiración hacia sus padres y madres. Coexistía en ellos el sentimiento de haber sido víctimas de una cierta tiranía junto con ese respeto y admiración.
- Estas experiencias hacen que los niños con una personalidad autoritaria tengan clisés psicológicos del bien y del mal.
- Los niños reprimen sus impulsos, su resentimiento y su agresión ante la severidad del estilo educativo utilizado por los padres. Aprenden a ser sumisos ante figuras de autoridad.
- Parte de ese resentimiento por medio del mecanismo de formación reactiva se transforma en amor y admiración paterna.
- Otra parte del odio se transforma en sadismo, desplazando la agresividad hacia los sujetos con los que la persona prejuiciosa no se identifica.

Según Billig (1985), esta teoría del prejuicio que asocia el origen de los prejuicios a experiencias vividas en la infancia, también fue aportada por Fromm (1974) en su obra *El miedo a la libertad*, en la que relaciona el autoritarismo con debilidades de la personalidad, como la incapacidad para establecer relaciones íntimas que conduce a la creación de héroes, traidores, objetos de odio, concediendo una mayor importancia al temor a la soledad que siente la persona con prejuicios. Billig (1985) también encuentra similitud entre el síndrome de la personalidad autoritaria y el retrato fenomenológico que hace Sartre (2005) de los antisemitas, como personas llenas de prejuicios, en *Reflexiones sobre la cuestión judía*, obra

publicada en el año 1946 y que Adorno reconoció haber leído después de haber publicado sus investigaciones sobre la formación de los prejuicios en su obra *La personalidad autoritaria*. Por otra parte, Sartre sugería la posibilidad de que estas personas antisemitas también podrían tener más adelante prejuicios hacia otros grupos que se convertirían en diana de su agresividad.

Algunas de las críticas que recibió la teoría de la personalidad autoritaria hacen referencia a aspectos metodológicos que dieron lugar a una sobrevaloración de la relación existente entre autoritarismo y prejuicios (Billig, 1985). Otra crítica importante fue la que realizó Rokeach (1960) que consideraba que Adorno y sus colaboradores habían subestimado el fenómeno del autoritarismo al definirlo como propio de partidarios de una política de extrema derecha. Rokeach expuso que también existía un autoritarismo de izquierdas en el que las actitudes prejuiciosas y rígidas se ponen de manifiesto en una admiración incondicional a los jefes de la izquierda, rechazo a toda crítica y odio a la burguesía. Mediante su escala de *Dogmatismo*, pretendía evaluar el autoritarismo en sí, no el autoritarismo de derechas que evaluaba la escala F de Adorno et al. (1965).

El modelo propuesto por Rokeach, busca salvar el sesgo de la ideología en un intento de estudiar exclusivamente los procesos psicológicos que conforman el prejuicio. Rokeach (1960) diferencia dos dimensiones del prejuicio: la estructura y el contenido, concediéndole mayor importancia a la estructura, pues, según él, es el estudio de la estructura y no el del contenido el que permitirá descubrir los elementos que intervienen de forma más relevante en la formación del prejuicio. En su estudio, refiere Martínez (1996), el autor diferencia dos modelos de creencias opuestos: el modelo dogmático (cerrado) y el no dogmático (abierto). El dogmatismo sería un modo de organización que refleja la intolerancia, la rigidez, la impermeabilidad a nuevas creencias, la absolutización de la estructura, y su función sería, sobre todo, defensiva.

Rokeach (1960), en su primer trabajo, llegó a la conclusión de que las personas que puntuaban alto en su escala de Dogmatismo, eran más prejuiciosas hacia grupos raciales y religiosos que las que puntuaban bajo. El autor cree que lo que provoca el rechazo es la percepción de las diferencias entre las creencias de uno y las de los demás. Posteriormente (Rokeach & Rothman, 1965), explicaron su teoría

a través del *principio de congruencia*, según el cual, una persona valora un sistema de creencias en función de la afinidad que presenta con el suyo. Esta congruencia se establece en base a dos criterios: importancia y semejanza. Por ejemplo, ante dos sistemas de creencias similares, el más importante sería considerado como el más congruente.

Entre las críticas realizadas a este modelo, y siguiendo a Martínez (1996), una de ellas se centra en que no se toma en consideración el contenido de los prejuicios, parte importante en un conjunto de creencias. De hecho, aunque Rokeach pretendía obviar el contenido prejuicioso, los ítems de su escala de Dogmatismo no están vacíos de dicho contenido. Otra crítica hace referencia a que el desarrollo y elección de los ítems de esta escala no está vinculada a ninguna teoría.

#### 1.3.3.1.2 Enfoques individualistas cognitivos:

##### Teoría de la Atribución de Weiner

Los enfoques individualistas cognitivos parten de la idea de que son las estructuras mentales las que explican el funcionamiento cognitivo del prejuicio y de que son procesos completamente normales como, por ejemplo, los procesos utilizados para explicar la formación de estereotipos (procesos del juicio social y los tipos de información y su procesamiento). En este apartado se exponen exclusivamente los procesos de atribución, por un lado, porque ya se ha dedicado todo un apartado a las teorías más importantes sobre estereotipos, y, por otro, porque los mecanismos atribucionales son más relevantes para el estudio realizado en esta tesis.

Según Jaspars y Hewstone (1985), sería difícil explicar la conducta social sin un conocimiento de los procesos cognitivos que median entre la realidad física y la reacción del individuo, es decir, sin esas representaciones subjetivas del mundo que se hacen las personas. Y ponen el ejemplo de la preocupación por la salud y el consumo de cigarrillos como una actitud poco racional que puede explicarse porque el fumador subestima el riesgo de padecer cáncer de pulmón. A la hora de pensar si una enfermedad puede ser evitada, los individuos suelen tener en cuenta estimaciones subjetivas de riesgo y gravedad de la enfermedad totalmente erróneas



(como que las enfermedades comunes no son graves y las graves no son muy frecuentes) que pueden conducirles a conductas aparentemente paradójicas.

Fueron los trabajos de Heider (1958) sobre el proceso de inferencia causal, los que dieron lugar a tres modelos atribucionales que han afrontado el estudio de diferentes facetas de este tema. Partiendo del *análisis ingenuo de la acción* de Heider (1958) se elaboraron las teorías de *Inferencia correspondiente* de Jones y Davis (1958), las teorías de la *Covarianza y de la configuración* de Kelley (1967), y la teoría de las *Atribuciones para el éxito y el fracaso* de Weiner (1979). En estos modelos se asume la gran influencia que las atribuciones ejercen sobre el comportamiento.

Aunque el proceso de atribución es un proceso cognitivo, está mediado por las actitudes, los valores y las necesidades, y puede estar determinado por factores socioculturales y las formas de representación social. Martínez (1996), extrae dos conclusiones muy interesantes sobre este tema, la primera, se refiere al hecho de que aunque un proceso tenga una explicación lógica no implica que sea racional, y, la segunda, en referencia a que los procesos de atribución enlazan con el ámbito de las relaciones interpersonales y con el mundo de la cultura y de lo social. Es decir, que conectan lo individual y cognitivo con lo interpersonal y social y pueden explicar los sesgos y la influencia de los sistemas ideológicos sobre ellos. Estos sesgos o fuentes de error pueden ser de tipo cognitivo, motivacional o fruto de la categorización o el juicio social, mas aunque las atribuciones pueden ser erróneas, continúan cumpliendo una función para la persona que las realiza, bien para satisfacer la necesidad de control, bien para aumentar su autoestima. Heider (1958) y Jones y Davis (1965) opinan que quizás estos errores en el proceso de inferencia sean ocasionados por las necesidades del perceptor, sucediendo entonces que las actitudes y estereotipos del perceptor interfieren conduciendo a inferencias de disposiciones erróneas en el actor, valorándose más que la acción, al actor y a su pertenencia grupal, y conforme la acción se desvía de lo esperado por el grupo de referencia, será más probable que dicha conducta se atribuya a una disposición personal.

Para valorar la exactitud de las inferencias subjetivas, Kelly (1967) establece unas pautas objetivas: por un lado, consistencia y distintividad (ambas facilitan la decisión sobre lo que el actor puede hacer) y, por otro, consenso (comparando con

otros observadores). Primero, se valoran los aspectos contextuales y sólo cuando éstos son excluidos se contempla la posibilidad de la intencionalidad. Kelly piensa que el hombre sólo comete errores cuando no dispone de la información necesaria.

Una de las aportaciones de Weiner (1980) a este estudio del prejuicio es que indica los factores o causas a los que puede ser atribuido el éxito de una acción realizada por un miembro de un grupo estereotipado. La dimensión que el autor identifica como más propicia para producir sesgos es la de *control*, ya que el hombre necesita percibir que controla su entorno y su destino. Sin embargo, para este autor la dimensión más relevante respecto a la atribución del éxito y del fracaso es la dimensión de la *estabilidad*. Si el éxito se atribuye a una causa estable y el fracaso a una causa inestable, la expectativa de futuros logros es mayor que si se hacen estas atribuciones a la inversa. De forma curiosa, este patrón a la inversa es el que se utiliza para juzgar el éxito (causa inestable, como la suerte) y el fracaso (causa estable, como limitación personal) de los demás. Una tercera dimensión es el lugar de control (interno o externo).

Weiner (1979), basándose en los cuatro factores que Heider (1958) propuso en el estudio de las atribuciones dentro de su análisis ingenuo de la acción, sugiere que dichos factores (capacidad, esfuerzo, dificultad tarea y fortuna), que, a su vez, se pueden clasificar en tres direcciones, son utilizados por las personas para predecir y explicar el desarrollo de los acontecimientos en la realización de una actividad. En la Tabla 1.1 se expone un esquema de clasificación de las causas en función de su estabilidad-inestabilidad, de si son controlables o incontrolables y de si su lugar de control es interno o externo.

*Tabla 1.1*

*Esquema de atribuciones causales de Weiner*

<b>Causas</b>		<b>Dimensiones</b>	
Capacidad	Estable	Interna	Incontrolable
Esfuerzo	Inestable	Interno	Controlable
Dificultad Tarea	Estable	Externa	Incontrolable
Fortuna	Inestable	Externa	Incontrolable

Jaspars y Hewstone (1985), explican que esta teoría de Weiner ha recibido numerosos apoyos y exponen algunos de los resultados obtenidos:

Las realizaciones que no se corresponden con anteriores logros se atribuyen a causas inestables (fortuna y/o esfuerzo). Los resultados consistentes con los obtenidos anteriormente se atribuyen a causas estables (capacidad y dificultad de tarea). Se considera que la dificultad de la tarea interviene más como causa del fracaso que como causa del éxito. Sin embargo, el papel desempeñado por la capacidad, el esfuerzo y la fortuna, es considerado más influyente en las realizaciones exitosas que en las de fracaso.

Posteriormente, Weiner (1985) se dio cuenta de que esta clasificación de las causas contiene unos ciertos sesgos. Por ejemplo, si el aprendizaje es posible, la capacidad puede ser percibida como inestable; la dificultad de la tarea puede variar; la suerte o fortuna puede ser considerada como algo interno propio de la persona (tener mala o buena suerte); el esfuerzo es percibido como una característica estable de la personalidad (vago o perezoso y trabajador). El autor sugiere otros factores causales menos ambiguos como la aptitud, el esfuerzo temporal, las características de las tareas objetivas y el azar.

Muy interesante para el desarrollo de la presente tesis es la teoría atribucional de la motivación y de la emoción propuesta por Weiner (1985), en la que las adscripciones causales juegan un papel clave. Estas percepciones causales respecto al éxito y el fracaso, comparten tres características comunes: locus, estabilidad y capacidad de control, junto con la intencionalidad y la globalidad como otros factores posibles. El autor explica que las tres dimensiones de causalidad influyen sobre una serie de reacciones emocionales comunes, como la ira, la gratitud, la culpa, la desesperanza, la piedad, el orgullo y la vergüenza y que la estabilidad percibida de las causas influye en los cambios en la esperanza del éxito. Además sugiere que son las expectativas y las emociones las que guían la conducta motivada. Por tanto, la teoría relaciona la estructura del pensamiento con la dinámica del sentimiento y la acción.

Comenta Weiner (1985) que el intento de buscar causalidad cumple una función adaptativa. Conociendo las causas de los sucesos se pueden iniciar acciones más acertadas o adecuadas para cambiar o mejorar dichos sucesos en el futuro. La

base empírica de la teoría atribucional sobre la existencia de la búsqueda causal, las percepciones causales dominantes, la estructura de la causalidad percibida, la relación entre la estabilidad de causalidad y el cambio de expectativas y las asociaciones entre la estructura causal y las emociones de orgullo, ira, pena, culpa, gratitud, vergüenza y desesperanza es robusta, en palabras del autor.

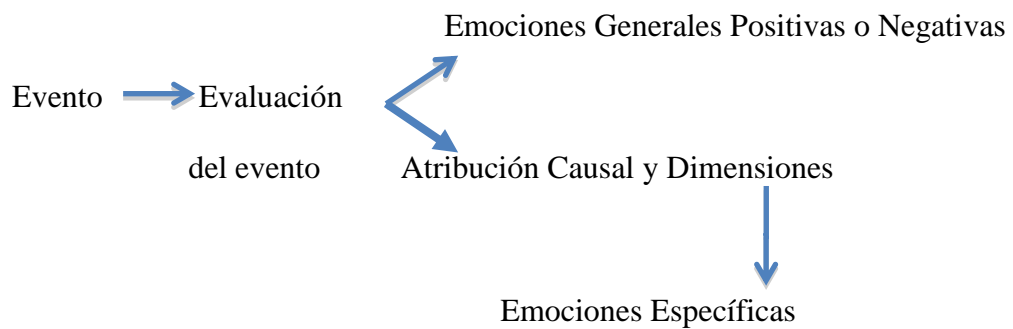
En algunos estudios sobre el análisis de las causas percibidas en el éxito y el fracaso, se pide a los sujetos que expliquen el resultado, utilizando un procedimiento de respuesta libre, donde se enumeran las posibilidades que se les ocurren. En su revisión de diez estudios Weiner (1985) observa que el éxito se atribuye a la alta capacidad y al trabajo duro, y el fracaso se atribuye a baja capacidad y a la ausencia de esfuerzo. El autor opina que dentro de cualquier actividad, es posible establecer una miríada de distintas explicaciones causales y hace notar que las causas del éxito y el fracaso en las actividades relacionadas con el rendimiento, como la capacidad y el esfuerzo, pueden ser muy diferentes de las causas percibidas (personalidad o atractivo físico) de la aceptación y el rechazo social.

Weiner (1985) documenta una ley psicológica, que denomina principio de expectativa, relativa a la influencia ejercida por la estabilidad causal percibida en los cambios en la expectativa de éxito. Este principio tiene tres consecuencias lógicas:

- Si el resultado de un evento se atribuye a una causa estable, se prevé un aumento de expectativa de este resultado en el futuro.
- Si el resultado de un evento se atribuye a una causa inestable, entonces la expectativa de que el resultado pueda darse sin cambios en el futuro puede ser anticipado como diferente del que se obtuvo en el pasado.
- Se prevé que los resultados atribuidos a causas estables se van a repetir en el futuro más que los resultados atribuidos a causas inestables.

Otra aportación interesante de Weiner es su visión, desde la teoría de la atribución, del proceso de la emoción y su propuesta de leyes que unen el pensamiento atribucional y los sentimientos o emociones específicos. Weiner (1985) asume la secuencia de la emoción de Schachter y Singer (1962) en el que las cogniciones participan en el proceso emocional generando una experiencia diferente. Como se aprecia en la Figura 1.1 , tras un acontecimiento hay una reacción positiva o

negativa general o primitiva en función del éxito o del fracaso percibido (valoración primaria): alegría por el éxito y frustración o tristeza por el fracaso. En una valoración secundaria, se busca una atribución causal, de la que se derivarán otras emociones específicas, por ejemplo, si el éxito se atribuye a la buena suerte, la reacción emocional correspondiente será la sorpresa, si se atribuye al esfuerzo mantenido, se reaccionará con calma y serenidad.



*Figura 1.1.* Proceso de cognición-emoción

Fuente: Weiner (1985)

Según Weiner (1985), las dimensiones causales juegan un papel clave en el proceso de la emoción y cada dimensión está únicamente relacionada con una serie de emociones. Por ejemplo, cuando el éxito y el fracaso son atribuidos a causas internas, como la personalidad, la habilidad o el esfuerzo, se eleva o baja la autoestima, mientras que cuando las atribuciones son externas no influyen en los sentimientos acerca de uno mismo. De ello, se concluye que la relación atribución-emoción se refiere más a las dimensiones causales que a causas específicas. Así, los sentimientos de orgullo y de autoestima se relacionan con la dimensión del locus de causalidad; la ira, la culpa, la pena, la gratitud y la vergüenza están más conectadas con la dimensión de capacidad de control; y la desesperanza/esperanza se asocia con la estabilidad causal.

Por tanto, las atribuciones influyen de modo importante en la vida afectiva de las personas. Éstas son las siete emociones que Weiner (1985) examina respecto a su relación con la estructura causal:

- El orgullo y la autoestima: estas emociones autoreflexivas han sido relacionadas con el locus de causalidad, por filósofos como Hume, Spinoza y Kant que con un ejemplo define muy bien esta relación: todo el mundo puede disfrutar de una buena comida, pero sólo la persona que la ha cocinado puede sentirse orgulloso. El orgullo y la autoestima positiva son experimentados como consecuencia de atribuir el éxito a uno mismo y la autoestima negativa es experimentada cuando el fracaso es atribuido a uno mismo. Muchas personas tienden a atribuir a causas externas al interesado, la declinación a asistir a un compromiso social al que ha sido invitado, para que su autoestima no se vea disminuida. Por ejemplo, se dice que no se va a asistir a una boda porque un familiar está muy enfermo, en lugar de decir la verdad. Comenta el autor que los niños de cinco años de edad demuestran comprender la relación entre locus causal y los sentimientos heridos, ante una situación de rechazo (Weiner & Handel, 1985). También queda ampliamente documentada la existencia de un sesgo hedónico en la atribución causal externa en situaciones de fracaso y en la atribución causal interna, en situaciones de éxito.
- La ira: es la emoción asociada a la atribución de la responsabilidad (Averill, 1983); ocurre frente a la atribución de un resultado negativo de carácter controlable. Se siente ira hacia las personas vagas y se les “castiga” por su falta de esfuerzo. El sentimiento de enfado es mayor cuando el comportamiento es atribuido a una causa controlable y que, además, se considera estable. Por ejemplo, un fallo en el trabajo causa mayor enfado en los demás, si es atribuido a un rasgo controlable y estable de la persona, que si se percibe como fruto de una equivocación o de un mal momento.
- La pena: es una emoción asociada a atribuciones causales incontrolables. Ante un bajo rendimiento por falta de capacidad se siente compasión (Weiner & Kukla, 1970). A los cinco años, los niños ya saben que poniendo una excusa sobre la causa de su acción pueden generar pena en lugar de ira, por lo que utilizan estas estrategias. El sentimiento de pena, lástima o piedad se agrava cuando la causa del estado negativo es estable. Por ejemplo, se siente más piedad hacia una persona invidente, que hacia otra con problemas oculares temporales.

- La culpa. En su revisión de la literatura, el autor encuentra una definición sobre la culpa de Wicker, Payne y Morgan (1983) en la que sus autores explican que, en general, la culpa va asociada a sentimientos de responsabilidad personal, tras la realización de actos que transgreden las normas éticas, los principios de justicia o los valores morales. Hoffman (1976) añade el matiz de que para culpar hay que tener la capacidad cognitiva de reconocer las consecuencias de una acción y ser consciente de que uno puede tener control sobre su propia conducta. La culpa aparece, al igual que la ira, por causas controlables, la diferencia estriba en que la culpa es un sentimiento dirigido hacia uno mismo y la ira, en general, aunque no siempre, suele ser un sentimiento dirigido hacia el exterior. La falta de esfuerzo ante un examen, por ejemplo, puede provocar enfado en los padres del alumno, y culpa en el estudiante. Las emociones relacionadas con la culpa generan comportamientos de activación de la motivación. Existen entonces vínculos entre la falta de esfuerzo, la culpa y el aumento de la motivación (Hoffman, 1982).
- La vergüenza. Implica autoevaluaciones negativas que generan tensión y malestar. Brown y Weiner (1984) encontraron en su estudio que la vergüenza y los sentimientos relacionados, como la humillación, se asocian con el fracaso debido a la baja capacidad, mientras que los sentimientos de culpa (remordimiento, arrepentimiento) se vinculan con el fracaso por la falta de esfuerzo. Las emociones relacionadas con la vergüenza conducen al aislamiento e inhibición motivacional, por tanto, existen vínculos entre la baja capacidad, la vergüenza y la inhibición.
- La gratitud. Siendo escaso el número de investigaciones sobre la gratitud, la evidencia (Goranson & Berkowitz, 1966) sugiere que la gratitud hacia los otros es generada cuando el acto del benefactor está bajo control volitivo y su intención es beneficiar al destinatario.
- La desesperanza. El autor encuentra que la desesperanza y la renuncia son provocados por la atribución de un resultado negativo a causas estables. Si el futuro que se anticipa es tan negativo como el pasado, entonces surge la

desesperanza. Tanto la esperanza como el resto de los sentimientos son importantes en la consecución de los objetivos.

Las dimensiones causales tienen consecuencias psicológicas, por estar relacionadas tanto con la esperanza como con el resto de los sentimientos. La estabilidad, por ejemplo, influye en aspectos temporales de la expectativa y genera esperanza o desesperanza; el locus de una causa, sobre la autoestima y el orgullo; la controlabilidad influye sobre las emociones sociales, como ya se ha comentado, promoviendo sentimientos de culpa o de vergüenza.

Según Weiner (1985), el nuevo enfoque de su teoría de la atribución facilita su aplicación no sólo en el ámbito de la consecución de logros, sino también en el de la aceptación o rechazo, fracasos sociales y fracasos personales, por ejemplo, el alcoholismo, la delincuencia, la soledad, la necesidad de ayuda y el maltrato, entre otros. En la literatura revisada por el autor, descubre que los investigadores determinan las causas percibidas de los resultados que están analizando, sea un crimen o una depresión y destaca como digno de mención el trabajo de Abramson, Seligman y Teasdale (1978) en el que se presenta la distinción, tan frecuentemente citada, entre la atribución caracterológica y la conductual en el proceso de atribución causal de la depresión. Las causas pueden ser descritas en función de un análisis dimensional, teniendo en cuenta sus propiedades estructurales de locus, estabilidad y controlabilidad. Una vez realizado este análisis y habiendo determinado la estructura causal, se puede pasar a comprobar el impacto en la esperanza, el afecto y la acción.

Otra aplicación importante de este tipo de análisis, por el tema de la tesis que se presenta, es la que se hace respecto al comportamiento de ayuda. Expone Weiner (1985) que cuando alguien necesita ayuda, la persona que le puede ayudar intenta conocer por qué necesita la ayuda. Si la causa es incontrolable, se reacciona emocionalmente con piedad y se ofrece la ayuda. Ahora bien, si la causa es percibida como controlable, se considera que esa persona es responsable de esa necesidad, aparece la ira y no se le brinda la ayuda. Weiner presenta varios estudios que apoyan de forma empírica esta información, entre ellos el de Brophy y Rohrkemper (1981), en el que se concluye que los profesores muestran más probabilidades de ayudar a los estudiantes tímidos (causa percibida incontrolable), que a los “nerviosos” (causa



percibida controlable). Por otro lado, las causas percibidas como incontrolables y estables generan mayor compasión que las inestables.

En el capítulo dedicado a la exposición del marco teórico de la tesis, se explicará con más detalle esta teoría de la atribución causal de Weiner aplicada a las personas estigmatizadas (Weiner, Perry & Magnusson, 1988).

### 1.3.3.2 Enfoques Socioculturales

Estos enfoques se centran en buscar el origen del prejuicio en el tipo de organización social. La sociedad es considerada como el elemento que genera y mantiene estereotipos y prejuicios, por lo que el modelo de sociedad del que parte cada investigador será decisivo en sus conclusiones sobre el origen del prejuicio. Algunos de los enfoques socioculturales agrupados en este apartado siguen modelos normativos de la sociedad, otros siguen modelos de conflicto social, pero desde cualquiera de estos enfoques, se asume que los prejuicios son parte de la cultura y que son aprendidos a través de la socialización.

#### 1.3.3.2.1 Modelos de conflicto social

En un punto anterior, se expuso que una de las tres raíces principales del prejuicio derivadas de las tres fuentes de conflicto definidas por el filósofo Hobbes en el siglo XVII era la competición. El conflicto y la competición entre grupos motiva la aparición y mantenimiento de los prejuicios que justificarán las acciones hostiles y discriminativas. La lucha por el poder económico o por la consecución o mantenimiento de un cierto estatus o prestigio, el deseo de superioridad (la gloria que decía Hobbes). Según Park (1950), el prejuicio es resistencia al cambio del orden social (expresión del conservadurismo). Cuando un grupo intenta conseguir una posición más digna en la sociedad, aparecen conflictos y prejuicios antes inexistentes, pues se exige la ruptura del orden y la ideología dominante, de la estabilidad y el equilibrio social mantenidos hasta el momento. Según Martínez (1996), uno de los análisis ideológicos más detallados sobre el prejuicio lo llevó a cabo Billig (1978) quien considera que hay que enfocar el estudio del prejuicio como lugar común que pone en evidencia aspectos implicados en el contexto de la

ideología racial; actitudes y prejuicios justifican y critican ciertas posiciones que expresan valores sociales y, en la actualidad, el valor social de no ser prejuicioso se ha convertido en una norma social que una vez internalizada forma parte de las creencias de las personas que fácilmente pueden entrar en conflicto cuando, a pesar de reconocer que no son prejuiciosas, se comportan de forma discriminatoria hacia los miembros de exogrupos minoritarios. Retomando el análisis de Martínez (1996), se exponen las ideas de Wetherell y Potter (1986, 1992) que localizan el tema del prejuicio más en lo social y estructural que en lo personal y psicológico e identifican tres contradicciones sobre las que gira, según ellos, la problemática del prejuicio: tensión entre lo universal y lo particular, el dilema entre hechos y valores y la relación entre lo aparente y lo real. Una historia de conflictos genera consecuencias como la movilidad y el cambio social. Se expone en otro trabajo de Bayton et al., (1956) que los resultados parecen aportar una explicación a la relación existente entre prejuicio y estatus: la clase social es más potente que la raza para la estereotipia, por lo que las conductas discriminatorias irán dirigidas hacia las clases sociales de estatus y prestigio más bajas. Desde esta perspectiva, serán entonces el estatus y el prestigio lo que provocarán la aparición del prejuicio. Otros autores (Wagner & Schönbach, 1984) han estudiado el papel del nivel de estudios o educación y la relación con el estatus en la formación de los prejuicios y los resultados obtenidos sugieren que los sujetos de menor nivel de estudios son más prejuiciosos y etnocéntricos y aunque podría pensarse que el nivel socioeconómico determina el educativo, los autores de este estudio lo descartan en base a los resultados obtenidos a través de las diferentes pruebas realizadas y concluyen que, por encima de factores económicos y de estatus, son algunos factores cognitivos asociados con las experiencias educativas los que determinan la formación de los prejuicios.

#### 1.3.3.3.2 Modelos de consenso social

Estos modelos normativos sobre el origen del prejuicio han recibido apoyo empírico desde dos áreas de investigación: el área que estudia la uniformidad de estereotipos y prejuicios y su variación de un grupo a otro y el área que centra la

investigación en el proceso de socialización como medio de adquisición de los prejuicios.

Dentro del área de investigación centrada en la uniformidad de estereotipos y prejuicios, Martínez (1996) expone entre otros numerosos ejemplos, el de los estudios realizados por Pettigrew (1958) en los que comprueba la existencia de un mayor consenso en el estereotipo de los negros y en una actitud más negativa hacia los negros en los estados del sur de Norteamérica que en los del norte, aunque las puntuaciones obtenidas en ambos territorios en la escala F de Adorno (1965) eran similares. En el norte aparecían actitudes más negativas hacia los judíos.

Otro de los ejemplos de investigación derivada de la teoría normativa es la que se fundamenta sobre los medios de socialización a través de los que se puede estudiar cómo se aprenden los prejuicios y estereotipos desde la infancia. Goodman (1964) establece varias fases en el desarrollo de las actitudes étnicas: una primera fase en la que aparece la conciencia étnica, que se forma en torno a los 3 o 4 años, dando lugar a la identidad racial; una segunda fase, de orientación étnica, referida a las actitudes que surgen entre los 4 y los 7 años hacia los miembros de otros grupos; y, una tercera fase de configuración de actitudes, etapa en la que se integran los aprendizajes y experiencias de las etapas previas. Recuerda Martínez (1996) que este aprendizaje quizás no sea tan secuencial y ordenado como se describe. De hecho, las etiquetas étnicas se conocen antes de que los niños hayan aprendido su significado.

Existen varios medios de socialización, entre los que destacamos la familia y los medios de comunicación. La familia y, en especial, los padres, ejercen una gran influencia sobre el desarrollo de las actitudes en los niños. Por ejemplo, hay trabajos (Davey, 1983) que ponen de manifiesto que los hijos de los padres que facilitan el contacto interracial son más tolerantes y que, en general, los padres no dan excesiva importancia a la educación en el área de las relaciones intergrupales y ello explica que exista una baja correlación entre las actitudes de padres e hijos. Matiza Martínez (1996) que en este caso la actitud paterna está mediada por el contexto social por lo que estos datos no se pueden generalizar a otros países.

Otra línea de investigación es la que estudia el papel que los estilos educativos de los padres ejerce sobre el desarrollo de los prejuicios y que fue utilizada por Frenkel-Brunswik (1948). En este trabajo, la autora contó con una

muestra de 1.500 participantes de 11 a 16 años de edad y con sus padres que fueron entrevistados de forma simultánea. Los padres de niños más etnocéntricos utilizaban estilos educativos rígidos y de gran disciplina que provocaban frustración y rabia hacia las figuras de autoridad. Esta rabia era desplazada hacia los miembros de exogrupos percibidos como inferiores. Martínez (1996) expone que en dos estudios llevados a cabo por Epstein y Komorita (1966a, 1966b) sobre la influencia de distintos estilos educativos paternos en el etnocentrismo de los hijos, se obtuvieron resultados que informan de que los estilos punitivos moderados se relacionan con menos distancia social, es decir, con un menor etnocentrismo en los hijos que los estilos punitivos extremos o la permisividad. Una disciplina amorosa genera deseo de aprobación e internalización de las actitudes paternas. Estilos permisivos y punitivos extremos inhiben la internalización de dichas actitudes.

El área de investigación centrada en los medios de comunicación como otro agente socializador aporta datos que confirman la teoría normativa del prejuicio. Martínez (1996) afirma que dado que la comunicación es vital en la sociedad, es lógico que los medios de comunicación transmitan información que influye en la formación y mantenimiento de creencias, prejuicios y actitudes y describe interesantes estudios y revisiones sobre literatura infantil, sobre libros de texto y programas de televisión realizados en Estados Unidos, Inglaterra y España. Como ejemplo de este tipo de estudios en España, la autora (1996) relata el de Calvo (1991) que en su análisis de los textos escolares descubre que los gitanos son presentados de forma estereotipada en contextos de exclusión, marginales y de inferioridad.

### 1.3.3.3 Enfoques Intergrupales

Bajo esta denominación se agrupan las aproximaciones a las relaciones entre sujetos pertenecientes a diferentes grupos. En este tipo de enfoques también se estudian aspectos motivacionales y cognitivos, como en los enfoques individualistas. Por lo que Martínez (1996), matiza que la inclusión de algunos modelos en uno u otro enfoque puede ser arbitraria y, a veces, los procesos intergrupales se analizan como si fuesen sólo procesos individuales. Se revisarán dos teorías:

- Teoría del conflicto realista (Sherif, Harvey, White, Hood & Sherif, 1961)
- Proceso de categorización social (Tajfel, 1984)

#### 1.3.3.3.1 Teoría del Conflicto realista

Según recoge Molero (2007), esta teoría deriva de los trabajos del sociólogo Sumner (1906) y sostiene varios principios acerca de la naturaleza humana (el hombre es egoísta y trata de conseguir lo mejor para él o para su grupo) y acerca del conflicto entre grupos (se produce cuando dos o más grupos compiten por escasez de recursos).

En su trabajo, Serif et al., (1961) ilustran cómo el prejuicio y la discriminación surgen como fenómenos vinculados al conflicto intergrupal, a través de una serie de experimentos con adolescentes de once y doce años en el contexto de un campamento de verano. La interacción facilitaba la creación de dos grupos. Posteriormente se introducía y fomentaba la rivalidad entre ellos en competiciones deportivas de las que sólo uno de los dos grupos podría ser vencedor. Los investigadores observaron que la competición llevaba de forma inmediata al conflicto intergrupal y a la formación de actitudes negativas y conductas discriminativas hacia los compañeros del grupo rival. Dentro del grupo se incrementaban las conductas de cooperación y los sentimientos de solidaridad. En una nueva fase del experimento, los investigadores intentaban que se solucionasen los conflictos, introduciendo con tal fin varios métodos. El único método que provocó un cambio, fue el de crear una meta de orden superior que sólo se alcanzaría si los dos grupos cooperaban.

Molero (2007) sugiere que dentro de este enfoque se puede incluir la teoría integrada de la amenaza (Stephan & Stephan, 2000), según la cual el prejuicio surge cuando un grupo se siente amenazado por otro y clasifica las amenazas en cuatro tipos: Amenaza realista en la que los miembros de un grupo perciben amenazado su bienestar y sus recursos por el exogrupo; Amenaza simbólica, cuando se percibe que el exogrupo posee unos valores y costumbres muy diferentes a los del endogrupo; Ansiedad intergrupal, aparece cuando los miembros del grupo se sienten incómodos y desconocen cómo deben comportarse en sus relaciones con los miembros del

exogrupo, por ejemplo, con las personas con problemas de salud mental; Estereotipos negativos, se produce cuando las características asociadas al estereotipo negativo suponen una amenaza para los miembros del endogrupo.

#### 1.3.3.3.2 Proceso de Categorización

Aunque fue Allport (1963) el que resaltó la importancia del proceso de categorización en la formación de los estereotipos, no fue hasta los años setenta, como indica Martínez (1996), cuando comienzan a realizarse estudios empíricos sobre este tema. Según Tajfel (1969) vivimos en un mundo que cambia constantemente, y para comprender lo que sucede, que suele guardar estrecha relación con los grupos a los que se pertenece o no y con las variables relaciones intergrupales, hay que reajustar las atribuciones causales del porqué y el cómo de lo que ocurre. La categorización es uno de los tres procesos cognitivos en los que se basan estas atribuciones y de los que deriva el prejuicio, junto con los procesos de asimilación y búsqueda de coherencia. Tajfel resalta la importancia de la función cognitiva en la comprensión de la situación intergrupala, en la predicción de cuándo se generarán actitudes hostiles hacia un grupo concreto, aunque no resta valor a factores motivacionales y emocionales. Las categorías introducen simplicidad y orden dentro de un mundo complejo y ayudan sólo si con su utilización las diferencias difusas entre los grupos se transforman en diferencias claras o se crean nuevas diferencias donde no las había.

Tajfel (1969) realiza tres afirmaciones empíricas sobre el proceso de categorización social:

- Las características personales pueden ser tratadas empíricamente como juicios comparativos.
- Es a través de la experiencia cultural o personal cómo las características personales se asocian a los miembros de un grupo, y de aquí el autor infiere, por un lado, que en muchas situaciones sociales de ambigua interpretación, será más sencillo encontrar evidencia que apoye los estereotipos o características asociados a la categoría a la que pertenece el sujeto, que encontrar evidencia que los refute, y, por otro lado, que ante la necesidad de

interpretar la conducta genérica de los miembros de un grupo concreto, es poco probable que la atribución de dicha conducta a los estereotipos o características del grupo sea refutada por evidencia alguna.

- Esta tercera afirmación hace referencia a dos consecuencias derivadas de la tendencia a simplificar: cuando una clasificación va asociada a una dimensión continua se derivará una tendencia a exagerar las diferencias entre los ítems de la dimensión que caen en categorías distintas, y se minimizarán las diferencias dentro de las categorías. Esta afirmación se puso de manifiesto en un experimento llevado a cabo en Oxford en el que se presentaban a los participantes una serie de ocho líneas que diferían en longitud en una proporción constante. Sin embargo, el autor es consciente de que existe una diferencia entre las estimaciones de líneas realizadas en este experimento y los juicios estereotipados de los sujetos asociados a los prejuicios. Las estimaciones de características personales en contextos sociales complejos son mucho más ambiguas que los juicios de líneas en el contexto artificial de un laboratorio. Además, las consecuencias de un error en dichas estimaciones serán totalmente diferentes en ambos contextos. Cuando estos prejuicios se producen en una situación social que apoya actitudes hostiles respecto a un grupo determinado, son en sí mismos auto-recompensantes. Tajfel (1969) llega a la conclusión de que los prejuicios no sólo aportan apoyo y recompensas para los juicios hostiles, sino que además facilitan la comprobación de dichos juicios y se enraízan en las personas a través de potentes mitos sociales.

La teoría de la categorización del yo (Turner, 1990) derivada de la teoría de la identidad social (Tajfel & Turner, 1979) explica también el comportamiento de las personas en los grupos cuando son categorizadas como miembros de un grupo: se acentúan tanto la percepción de las semejanzas endogrupales como la percepción de las diferencias con los miembros del exogrupo; se dan el favoritismo endogrupal y el proceso de despersonalización (los miembros de endogrupos y exogrupos dejan de ser vistos como personas, ya sólo se ven como sujetos que pertenecen a un grupo).

Según Molero (2004), esta teoría de categorización del yo también ha sido utilizada para explicar la conceptualización del prejuicio como emoción social, aspecto que será abordado en otro punto de este primer capítulo.

### **1.3.4 Medidas del Prejuicio**

Existen varios tipos de instrumentos para medir los prejuicios: Instrumentos de medida explícita e instrumentos de medida implícita.

Dados los sesgos de medida debidos al factor de la deseabilidad social, se ha procurado diseñar herramientas de medidas explícitas del prejuicio compuestas por ítems de contenido menos reactivo, como las ya citadas de McConahay (1986) y de Meertens y Pettigrew (1992). Otro paso más en el intento de salvar el efecto de la deseabilidad social, se produce en una serie de experimentos que utilizan el Paradigma de la falsa conexión. En el metaanálisis de Roese y Jamieson (1993), expuesto por Molero (2007) por tratarse de un estudio sobre 31 investigaciones realizadas con este paradigma, se descubre que cuando las personas creen que sus auténticas actitudes se van a conocer a través de la máquina de la verdad y no siendo deseable dar la imagen de mentiroso, aparece un nivel más alto en prejuicio manifiesto.

Otro tipo de medidas bastante interesante es el de las medidas implícitas del prejuicio, que miden aspectos menos conscientes del prejuicio. La mayor parte de estas herramientas utilizan la medida del tiempo de reacción ante la asociación de estímulos o características positivas con categorías sociales (raciales, ancianos/jóvenes, hombres/mujeres). Un ejemplo de este tipo de instrumentos es el Test de Asociación Implícita (IAT), una herramienta muy utilizada en la actualidad, original de Greenwald, McGhee y Schwartz (1998).

Sin embargo, existe preocupación sobre algunas cuestiones referentes a estas medidas implícitas pues las correlaciones encontradas entre estas medidas y las medidas explícitas son poco consistentes y las razones que se aportan para explicar esta variabilidad de los resultados son de tipo metodológico y de tipo cognitivo (las medidas implícitas y explícitas son representaciones cognitivas derivadas de procesos psicológico diferentes) (Nier, 2005, en Molero, 2007). Existen, sin



embargo, metaanálisis que, tras la revisión de los resultados obtenidos en 126 estudios, si encuentran relaciones significativas, aunque no muy elevadas, entre medidas explícitas e implícitas (Hofmann, Gawronski, Gschwendner, Le & Schmitt, 2005).

Otra cuestión interesante es la que hace referencia a la relación entre las medidas del prejuicio y las conductas discriminativas hacia los miembros del exogrupo. Las medidas explícitas pueden predecir mejor la conducta en contextos en los que la deseabilidad social es un factor importante. Las medidas implícitas predicen mejor las conductas espontáneas y las conductas sobre las que se tiene poco control, como el lenguaje no verbal (Dovidio, Kawakami & Gaertner, 2002). Fazio (1990) propuso el modelo MODE que afirma que si las personas cuentan con el tiempo suficiente y la motivación para evaluar las consecuencias, las medidas explícitas del prejuicio predicen mejor el comportamiento hacia el exogrupo. Si no se cuenta ni con el tiempo suficiente ni con la motivación, las medidas implícitas van a predecir mejor el comportamiento.

#### **1.4 DISCRIMINACIÓN, PERTENENCIA GRUPAL E IDENTIDAD SOCIAL**

El estudio de la discriminación ha sido abordado desde diferentes ciencias sociales. Los sociólogos inciden en que la discriminación es fruto de una estratificación social basada en desigualdades de poder, estatus y riqueza de los diferentes grupos sociales, en la que los grupos dominantes legitiman la existencia de esta estratificación en base a una ideología que les favorece. Así, como ejemplo, en Sudáfrica, la ideología del racismo aplicada a las leyes del Apartheid justifican que una minoría blanca explote a una mayoría negra (Bourhis, Gagnon y Moïse, 1996).

Desde otra perspectiva, los psicólogos sociales inciden en que la discriminación puede ser entendida a través de un análisis en el que se articulan aspectos sociales y aspectos psicológicos de las relaciones intergrupales, como ya se expuso en otros puntos anteriores de esta tesis. Ejemplo de ello puede ser el análisis

de la personalidad autoritaria (Adorno et al., 1965), la teoría del aprendizaje social (Aboud, 1988) o la teoría de los conflictos reales (Sherif, 1966) donde se propone que cuanto más competición exista ante unos escasos recursos, más intensos serán los prejuicios, la discriminación y la hostilidad entre los grupos.

La discriminación puede ser definida, según Dovidio y Gaertner (1986), como un comportamiento negativo dirigido contra los miembros de un exogrupo hacia los que se tienen prejuicios, aunque, como ya se comentó en un punto anterior, discriminación y prejuicios no tienen por qué ir asociados. En el mundo laboral suele ser donde la discriminación aparece de forma más sutil. Bourhis et al., (1996) refieren, entre otros muchos, una serie de estudios realizados por Kalin (1981) en los que se demuestra el efecto perverso de la discriminación en el área laboral.

En los puntos que siguen, se exponen los motivos y las consecuencias de la discriminación, también su estrecha relación con la pertenencia grupal y la identidad social.

#### **1.4.1 Discriminación, causas y consecuencias**

La discriminación es el resultado, en palabras de Bethlehem (1985), del prejuicio en acción. Consiste en comportamientos de hostilidad más o menos violentos, físicos o morales, directos o indirectos hacia personas o grupos de personas tan sólo por ser miembro o parte de un grupo determinado (raza, sexo, religión, etnia, etc.). La discriminación se caracteriza porque limita las posibilidades de actuación de la persona, no por su carácter, tampoco por sus habilidades, sino por el hecho de pertenecer a un determinado grupo en un contexto social. Esta pertenencia le confiere por atribución una serie de características o etiquetas, que constituyen los estereotipos y que aparecen enlazados con los prejuicios. La discriminación es una consecuencia de estereotipos y prejuicios, pero, al mismo tiempo, es parte del fenómeno de los prejuicios, conformando su componente conativo (Munné, 1989).

Hay estudios en los que se muestra que la simple categorización de las personas como pertenecientes a distintos grupos provoca el sesgo endogrupal que puede conducir a las actitudes discriminativas (Billig & Tajfel, 1973). Así se observa

en los estudios realizados siguiendo el paradigma del grupo mínimo, en los que en ausencia de contacto, se tiende a discriminar a favor del endogrupo.

El estudio del tema de la discriminación conlleva dimensiones éticas y morales puesto que tanto las conductas discriminativas como sus consecuencias se califican en función de un determinado conjunto de valores. La discriminación hace referencia al trato desigual con el que se perjudica a los miembros de un grupo estigmatizado. Según Martínez (1996), intentar conocer los factores que originan y mantienen las conductas discriminativas es una tarea compleja. Sin embargo, no resulta tan complicado identificar las circunstancias bajo las que surge la discriminación, como las situaciones de conflicto y competitividad en las que los grupos tienen un estatus desigual, en las que dichas conductas discriminativas se transforman en normas sociales y consolidan el poder en manos de los miembros del grupo dominante.

Los tipos de discriminación más frecuentes son de orden económico, educativo y jurídico y su expresión más potente consiste en la segregación, con la que se consigue reducir el poder y la capacidad de reacción del exogrupo aislándolo en un determinado lugar.

Bourhis et al. (1996) se plantean qué condiciones mínimas son necesarias para desencadenar la discriminación intergrupal y hacen referencia a los trabajos de Tajfel y sus colaboradores que sentaron las bases de un paradigma experimental –el paradigma de los grupos mínimos- en el que se consigue aislar estas condiciones mínimas para que se pueda dar la discriminación intergrupal (Tajfel, Flament, Billig & Bundy, 1971). Estos autores se sorprendieron al comprobar que con tan sólo las categorías “ellos”/”nosotros” ya se producían conductas de discriminación. Esta diferenciación cognitiva conduce a que los sujetos se perciban como semejantes a los miembros del endogrupo y diferentes a los del exogrupo y favorezcan al resto de miembros del endogrupo asignándoles más recursos. La distribución desigual de los recursos entre ambos grupos se derivaría de este proceso de diferenciación categorial. Pero, ante la duda de cómo se podría explicar la utilización de la estrategia de la *diferencia máxima* en la que se renuncia a una mayor ganancia personal con tal de asegurar la ventaja del endogrupo sobre el exogrupo, Tajfel (1978) propuso una explicación cognitiva y motivacional de la discriminación,

partiendo de la teoría de la comparación social de Festinger (1954) y de su teoría de la identidad social (Tajfel, 1981): gracias a las comparaciones sociales favorables al endogrupo se conforma y mantiene una identidad social positiva. Cuando las comparaciones sociales son negativas, se contribuye a una identidad social deteriorada y a una bajada de autoestima que puede generar un rechazo hacia el grupo de pertenencia y una sobrevaloración del exogrupo.

Bourhis et al. (1996) se preguntan si la discriminación observada en el contexto de un experimento de laboratorio, puede darse en la vida real, ofreciendo como respuesta los resultados obtenidos en los trabajos de Henry (1991), en los que se observó que los patronos seleccionaban para un mismo puesto a candidatos blancos en un porcentaje cuatro veces superior que a candidatos negros. Los autores reflexionan acerca de la persistencia de la discriminación en el mundo laboral incluso en ciudades tan cosmopolitas como Toronto, que es donde Henry (1991) llevó a cabo sus trabajos.

Una crítica que se puede hacer a estos hallazgos es que no se han tenido en cuenta las asimetrías de estatus y poder entre los grupos. Sachdev y Bourhis (1991) han realizado investigaciones manipulando las variables de estatus, poder y peso numérico de grupos *ad hoc*. Los resultados ponen de manifiesto la existencia del sesgo pro-endogrupal, pues todos los participantes preferían a los miembros del endogrupo que a los del exogrupo independientemente de las variables del poder, estatus o el peso numérico dentro de su endogrupo. Ahora bien, los miembros del grupo dominante manifestaron un comportamiento más discriminatorio que los del grupo subordinado. Sin contar con el poder, la categorización social por sí sola no facilita la discriminación contra el exogrupo. Los autores concluyen que es la posición de los grupos en la estructura social, antes que sus características intrínsecas, las que determinan las relaciones intergrupales.

Otra variable a tener en cuenta en el estudio de la discriminación social es, según Tajfel (1978), la que hace referencia a la inestabilidad e ilegitimidad de las relaciones intergrupales. Cuando las relaciones se perciben como inestables e ilegítimas se hace más saliente la comparación social entre los grupos y la identidad social también se torna más insegura, siendo entonces cuando las conductas discriminatorias son más virulentas (Bourhis, 1994).

Vera y Martínez (1994), desde una perspectiva más actual, en la que se contempla el estudio de los prejuicios y la discriminación en estrecha relación con los valores, sugieren la necesidad de indagar en el papel que tienen los valores sobre el rechazo a los inmigrantes y sobre las creencias básicas de un grupo en torno a los miembros de su propio grupo y en torno a los miembros de otros grupos y así poder estudiar las relaciones intergrupales. Schwartz y Struch (1989, citado en Vera y Martínez, 1994, p.32) demuestran la importancia de la atribución de valores hacia determinados exogrupos, indicando que a mayor antagonismo, mayor distancia percibida en valores; y siendo los valores más relevantes en este campo, los hedonistas y los prosociales. Cuando predominan las conductas prosociales atribuidas al exogrupo, las conductas discriminativas también son menos frecuentes.

Las consecuencias de ser objeto de discriminación, exclusión y/o segregación en los miembros del exogrupo suelen ser diversas, tanto por la gravedad como por el carácter, entre otras: la inseguridad, la baja autoestima, el rechazo del propio grupo y el autoodio. Williams (2007) añade que la hostilidad, el rechazo y la exclusión afectan, no sólo al bienestar subjetivo y a la salud física y mental de las personas sino que incluso guarda estrecha relación con fenómenos sociales tan graves como las masacres en centros de estudios. Respecto al tema de la exclusión y sus consecuencias, comentan, Morales y Bustillos (2008), que hay que diferenciar entre la exclusión “objetiva” y la exclusión “subjetiva” y ponen como ejemplo de las distintas perspectivas desde las que se puede estudiar e interpretar la exclusión, el análisis que hizo Aronson (2000) sobre la masacre ocurrida el 20 de abril de 1999 y que tristemente protagonizaron dos adolescentes en su instituto de Columbine. La perspectiva adoptada por las autoridades del centro escolar y por la prensa fue similar: dejaron patente un punto de vista psiquiátrico al atribuir la causa de la tragedia a la psicopatía de los chicos. Sin embargo, Aronson (2000) encontró otra perspectiva, la de muchos adolescentes que enviaron mensajes desde distintos lugares de Estados Unidos opinando que la masacre era la respuesta a las continuas experiencias de rechazo y exclusión que habían sufrido estos dos adolescentes en su instituto y, aunque no aprobaban la violencia de sus actos, sí daban muestras de comprensión y empatía hacia ellos. Otra perspectiva es la de los victimarios, que justifican sus comportamientos de discriminación hacia estos dos adolescentes, y, una más, la de las autoridades del centro, que niegan que tales hechos hubieran

sucedido. Aronson (2000) llevó a cabo una investigación en el instituto de Columbine de Colorado (Estados Unidos) y pudo confirmar que estos dos adolescentes habían sufrido experiencias de discriminación y exclusión por parte de sus compañeros y que ni el profesorado ni el equipo directivo del centro habían intervenido. El 20 de Abril de 2015, dieciséis años después de esta tragedia, en Barcelona (España), un estudiante de trece años, que, presuntamente, también había sido víctima de acoso, aunque en los titulares sensacionalistas de los medios de comunicación se le etiquetase de psicótico, era autor de otra atrocidad en su instituto causando la muerte de un profesor y agresiones a varios profesores y alumnos.

Hay autores que se preocupan por el punto de vista y los sentimientos de las víctimas de la discriminación, y sobre las estrategias con las que afrontan o contrarrestan sus efectos. Bourhis et al. (1996) ponen de relieve los ingeniosos estudios realizados por Dion (1986), de cuyos resultados se podía concluir que las víctimas de discriminación se sentían más tristes, más estresadas y más agresivas que las que no habían sufrido discriminación. Otra de las consecuencias derivadas de la discriminación es que aumenta el nivel de identificación con el grupo de pertenencia y que cuando los sujetos atribuyen como causa de las conductas de rechazo o maltrato recibidas, a la discriminación hacia el exogrupo antes que a errores personales de la víctima el nivel de autoestima queda salvaguardado (Crocker & Major, 1989). Por otro lado, Dion (1986) también sostiene que la discriminación constituye una amenaza para la identidad social, hecho que conlleva una identificación más potente con el endogrupo y conductas que revalorizan su identidad social.

Siguiendo la exposición de Bourhis et al. (1996), se comprueba el importante papel que los autores conceden a las desigualdades de poder y estatus en la discriminación respecto a la distribución de recursos materiales y simbólicos, remitiendo a las cuestiones de equidad, de privación relativa y de la acción colectiva con el fin de conseguir una redistribución más equitativa del poder, de los recursos y del prestigio entre los grupos. La teoría de la equidad parte de la premisa de que la percepción de una injusticia social produce un malestar psicológico por el que se busca restablecer la equidad. Según Walster, Walster y Berscheid (1978), existen dos mecanismos para restablecer la justicia social, uno de ajuste material y otro de ajuste psicológico, deformando la realidad a través de sesgos cognitivos como exagerar la

contribución del endogrupo o minimizar la contribución del exogrupo. Por razones económicas, es más probable que con mayor frecuencia se observen estos ajustes psicológicos, en lugar de establecer compensaciones materiales.

Por regla general, los grupos desfavorecidos no cuentan con los recursos de poder necesarios para acabar con la discriminación y restaurar la equidad. Cuando esta situación se prolonga en el tiempo, los miembros del grupo discriminado terminan aceptando los sesgos cognitivos, los prejuicios transmitidos por los miembros del grupo dominante, lo que facilita el mantenimiento y la legitimación de la discriminación. Los miembros del exogrupo minimizan sus propias contribuciones y exageran las de los miembros del grupo dominante, acaban creyendo que realmente merecen estar en desventaja y que la relación intergrupala es equitativa, por lo que renuncian a emprender acciones colectivas para mejorar su situación, hecho que se puede asemejar al proceso de interiorización del estigma (autoestigma) en personas con problemas de salud mental y que será comentado en el capítulo 2, dedicado al tema del estigma en salud mental.

La teoría de la privación relativa explica la conducta de los grupos desfavorecidos, pues hace referencia a la percepción de la contradicción entre la situación del grupo desfavorecido y la situación a la que creen que tienen derecho. Los movimientos colectivos reivindicativos son fruto de este sentimiento de privación relativa a nivel intergrupala (Guimond & Dubé, 1983). La teoría de la privación relativa completa la teoría de la equidad y éstas, a su vez, completan la teoría de la identidad social, al precisar el proceso por el que las personas llegan a percibir que una relación intergrupala es ilegítima e inestable (Brown, 1986).

En el siguiente punto, se expone la importancia del papel que la pertenencia grupal desempeña en la discriminación y otros factores relacionados.

#### **1.4.2 Relevancia de la Pertenencia Grupal: Concepto Transversal de Estereotipos, Prejuicios, Discriminación e Identidad Social**

A lo largo de este primer capítulo se ha podido ver cómo la pertenencia a un grupo determinado es un tema transversal en el estudio de estereotipos, prejuicios y discriminación, pues conlleva para sus miembros la adquisición de ciertos

estereotipos y ser, en mayor o menor medida, objeto de prejuicios y discriminación. Sin embargo, las consecuencias más graves que se derivan de la pertenencia a un exogrupo, son las generadas por los comportamientos de rechazo, discriminación y exclusión social por parte de los miembros del endogrupo o grupo dominante.

Morales y Moya (1996) presentan el análisis de Tajfel (1978), como uno de las más paradigmáticos en el estudio psicosocial de la pertenencia grupal, según el cual, esta pertenencia está formada por los elementos, cognitivo, evaluativo y emocional. El elemento cognitivo hace referencia al conocimiento que las personas tienen de ser miembros de dicho grupo; el elemento evaluativo, a la valoración de esta pertenencia en la sociedad; y el elemento emocional, a los sentimientos generados por los elementos cognitivos y evaluativos en la persona (odio, tristeza, orgullo vergüenza, resignación, alegría). Además de esta perspectiva “interna-subjetiva” que pueden adoptar los miembros de un grupo acerca de su pertenencia a dicho grupo, existe la perspectiva “externa-objetiva” que consiste en la validación social de esta pertenencia por parte del resto de las personas que forman parte de la sociedad.

La pertenencia a un grupo tiene un carácter temporal y situacional, lo que le confiere un cierto dinamismo. Como refieren Morales y Moya (1996), Tajfel (1978), atribuye la regulación de este dinamismo a tres principios:

1. Un principio “subjetivo” que prevé la fuerza de la pertenencia grupal y que viene determinada por los tres elementos mencionados (cognitivo, evaluativo y emocional). Existen pertenencias que son muy potentes por la intensidad con la que impactan en la persona, por ejemplo, una enfermedad crónica grave (tetraplejía) u otras pertenencias que impactan emocionalmente e influirán en su conducta y en cómo serán tratados por los demás, como el internamiento en un hospital psiquiátrico.
2. Un principio “objetivo”, según el cual, ante determinadas circunstancias se hace saliente una pertenencia y se estimula la conducta correspondiente.
3. Un principio “interactivo”, según el cual funcionan los dos principios, objetivo y subjetivo, como cuando por la reiteración de ciertas circunstancias sociales se hace saliente, de forma permanente, una pertenencia grupal, adquiriendo ésta una potencia de la que antes carecía.



La activación de la pertenencia grupal conlleva un determinado comportamiento de las personas que será coherente con lo que se espera de ellas en función de dicha pertenencia y si esta activación es lo suficientemente intensa, las personas responderán tal y como el grupo de pertenencia exige, independientemente de posibles fuerzas opuestas como las diferencias individuales, las relaciones interpersonales preexistentes y los estados emocionales de las personas (Tajfel, 1978).

Según la teoría de la categorización del yo, la pertenencia a grupos sociales constituye una parte relevante de la identidad. Cuando un grupo pasa a formar parte del yo, la pertenencia a dicho grupo es asociada a unas características motivacionales y afectivas importantes para la persona. Molero (2007) explica la concepción que propone Smith (1993) del prejuicio como emoción social, en lugar de concebirlo como una actitud, debido a la incapacidad de ésta última de captar la *especificidad emocional* y la *especificidad situacional* que caracterizan al prejuicio. Respecto a la especificidad emocional, Smith expresa la evidencia de que distintos grupos generan distintas emociones (odio, asco, miedo) y dichas emociones pueden dar lugar a diferentes conductas (agresión, huida, evitación). Y respecto a la especificidad situacional, expone que el prejuicio hacia otros grupos no es constante en todas las situaciones, como pudo constatarse en la investigación de Minard (1952), en la que se observó que la mayor parte de los trabajadores blancos no mostraban conductas discriminativas hacia sus compañeros negros dentro de la mina, pero sí las mostraban en la ciudad donde todos vivían.

Smith propone esta conceptualización del prejuicio como emoción social basándose en la teoría de categorización del yo (Turner, 1990) y en las teorías del *appraisal* emocional (Roseman, 1984) que conciben la emoción como un síndrome formado por cogniciones, sentimientos y tendencias para la acción. Este síndrome se activa a través de los *appraisals* que son cogniciones o creencias ligados a una emoción. Por ejemplo, la creencia (*appraisal*) de que se ha cometido un acto injusto (beneficiarse de los servicios públicos siendo inmigrante en paro) puede desencadenar la emoción de ira y conducir a una acción contra el que ha cometido la injusticia (o se ha beneficiado de esos servicios de forma injusta o innecesaria).

Jussim, Lee y Fleming (1996) apuntan que las profecías autocumplidas pueden ser fuentes de mantenimiento de estereotipos y de discriminación, ya que los miembros de los grupos dominantes utilizan la conducta del grupo oprimido como evidencia que justifica y valida los estereotipos que tienen acerca de los miembros del exogrupo. Se dice que una profecía autocumplida sucede cuando una creencia social errónea inicial conduce a su propia realización. Comentan estos autores que, aunque gran parte de los estudios empíricos sobre este tema han sido llevados a cabo con interacciones diádicas en las que están implicadas dos personas al mismo tiempo (profesor-alumno, por ejemplo), también pueden implicar fuerzas sociales y factores políticos como en su día enfatizó Merton (1948), el sociólogo que propuso el concepto y estudió el fenómeno de las profecías autocumplidas, que centró la mayor parte de sus investigaciones en la comprensión del papel de las profecías autocumplidas en problemas sociales como la discriminación de los judíos y de los afroamericanos. Sin embargo, este tipo de estudios no recibió atención suficiente hasta que Rosenthal inició sus trabajos sobre el efecto del experimentador o el efecto de Pigmalion (Rosenthal & Jacobson, 1968).

Se ha investigado cómo los estereotipos sobre género, etnicidad, atractivo físico, etc., conducen al efecto de la profecía autocumplida y la discriminación resultante (Jussim et al., 1996). Una investigación interesante (Harris, Milich, Johnston & Hoover, 1990) es la que se ha realizado sobre los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Los psicólogos sociales suelen advertir el efecto perjudicial que tiene aplicar etiquetas diagnósticas a las personas (Jones et al., 1984). Estas etiquetas son estereotipos sociales, categorías de enfermedades físicas o mentales, dentro de las que hay una enorme variación individual. Estas categorías diagnósticas implican un sesgo y su inexactitud e imprecisión conducen a generar profecías autocumplidas. Harris et al. (1990) en su estudio concluyen que se observa el efecto de las expectativas, tanto en los perceptores (profesores) como en los objetivos (alumnado con TDAH). Los profesores identificaron más síntomas en el alumnado del que habían sido informados tenían TDAH que en el que no lo tenían. Además, les concedieron menos valía para la ejecución de tareas difíciles.

Molero (2007) refiere otras investigaciones más actuales (Rodríguez-Torres, Rodríguez-Pérez & Leyens, 2003) que basan sus trabajos en la idea de que los grupos utilizan la atribución de emociones hacia otros grupos para hacer prevalecer su superioridad frente a dichos grupos y poder discriminarlos. Mientras los miembros del endogrupo parecen representar la esencia humana, los miembros de los exogrupos son percibidos como infrahumanos, así lo explicaba ya Goffman (1963) respecto a los miembros de los grupos estigmatizados. Los autores encontraron en esta investigación una serie de emociones denominadas secundarias consideradas más sofisticadas y “humanas” (odio, culpa, cariño, amistad, envidia, esperanza o amor) atribuidas en mayor medida a los miembros del endogrupo y otra serie de emociones primarias (miedo, tensión, sorpresa, disfrute, susto, histeria) atribuidas al exogrupo. Los miembros de los exogrupos o grupos minoritarios también piensan sobre ellos mismos que poseen sentimientos más sofisticados y humanos que los grupos mayoritarios o dominantes.

Como se ha visto, un tema de indudable trascendencia en el estudio de la discriminación es el de la identidad social. Doise, Deschamps y Mugny (1980) hacen un recorrido por la historia de las aportaciones al concepto de sí mismo y de la identidad social y destacan la noción del sí mismo propuesta por Mead (1934) y concebida más que como una estructura como un proceso en el que se incluyen dos componentes, uno sociológico, conformado por la interiorización de las actitudes sociales, que sería el *mí*, y otro componente personal que sería el *yo*. El individuo forja su sí mismo en el proceso social, a partir de los juicios que otro ofrece de él dentro de un contexto social en el cual ambos interactúan. Según Mead (1934), el otro generalizado es el grupo social al que pertenece el individuo y le aporta la unidad del sí mismo. Los grupos de pertenencia sirven como marco de referencia para la constitución del sí mismo. Zavalloni (1973) aporta el concepto de identidad psicosocial como una estructura cognitiva en la que se articulan los ejes psicológico y sociológico que definen al individuo. Este autor elaboró un método original, tras observar las limitaciones de la metodología tradicionalmente utilizada para medir la identidad social subjetiva. Creó el Inventario de la Identidad Social con el fin de descubrir las relaciones funcionales entre la conciencia subjetiva de la identidad personal y los atributos sociales objetivos que conformarían la identidad social. Su

estudio se centra en cómo la pertenencia a diferentes grupos (clase social, sexo, nación, etc.) puede afectar la percepción del sí mismo y los valores personales.

Tajfel (1972) define la identidad social como ligada al conocimiento de pertenencia a ciertos grupos sociales y al significado emocional y valorativo de dicha pertenencia. Dicha definición guarda estrecha relación con el proceso de categorización social, pues gracias a este proceso se crea el lugar particular de un individuo en la sociedad. Uno se define a sí mismo y define a los demás en relación a los lugares que se ocupan dentro de un sistema de categorías sociales y en función de la pertenencia a determinados grupos sociales.

Tajfel y Turner (1977) incluyen dentro de su definición de la identidad social, la tendencia que manifiestan los individuos a mantener o aumentar la estima del sí mismo, intentando conseguir un autoconcepto y una identidad social positiva.

Otras de sus propuestas respecto a la identidad social son:

- Que los grupos sociales o categorías llevan asociadas características positivas o negativas que generalmente son compartidas tanto por los miembros del grupo, como por los que conforman el resto de grupos. Por tanto, pertenecer a un grupo social determinado aportará una identidad social positiva o negativa.
- A través de las comparaciones sociales con otros grupos se obtiene la valoración del propio grupo. El prestigio elevado se consigue cuando existe una diferencia positiva entre el grupo de pertenencia y otro u otros grupos pertinentes.
- Cuando la identidad social resulta insatisfactoria, los individuos intentarán o dejar el grupo para unirse a un grupo más valorado y/o valorar de una forma más positiva su propio grupo, reinterpretando los atributos negativos, haciéndolos más aceptables o bien comprometiéndose para cambiar la situación y que el grupo sea más positivo.

La teoría de la identidad social fue desarrollada por Tajfel (1984) para explicar las relaciones intergrupales, en esta teoría se integran los procesos de definición del sí mismo relacionados con la identidad social y la necesidad de mantener una valoración positiva en la comparación social intergrupala.

A continuación, se expone el origen del concepto de estigma y su evolución, partiendo de Goffman (1963) que definió el estigma como identidad social deteriorada.

## **1.5 ESTIGMA: CONCEPTOS, TEORÍAS Y MODELOS**

A continuación se presenta el concepto de estigmatización, a través de las diversas definiciones y aportaciones que numerosos autores han realizado desde las distintas perspectivas con que han afrontado el estudio de este fenómeno. Muchos de los investigadores utilizan de forma indiscriminada algunos términos como estigma, estereotipos, prejuicios, discriminación, exclusión social; el estigma es un proceso que los implica a todos y se inscribe con fuerza en la identidad social de los miembros de los grupos estigmatizados.

Dentro del campo de la psicología social, el estudio sobre el estigma ha sido abordado de forma independiente. Es lógico que la investigación sobre estereotipos y prejuicios se lleve a cabo desde el punto de vista de los miembros del grupo mayoritario y/o dominante y que no se haya trabajado sobre la perspectiva de la persona que está siendo discriminada. Sin embargo, en el ámbito del estigma, esto no tendría sentido, ya que estudiar las consecuencias de la discriminación, de la interiorización de creencias y prejuicios por parte de las personas estigmatizadas, es algo imprescindible para comprender el proceso de estigmatización en profundidad, pues, como afirman Hebl y Kleck (2000), las personas no son meros receptores pasivos de prejuicios, las personas perciben, interpretan, afrontan y responden a la estigmatización de diversas maneras. De todo ello, se hace una exposición más detallada en este epígrafe y se presentan algunos modelos teóricos que explican diversas facetas del estigma en general.

### **1.5.1 Definición y Características del Estigma**

Durkheim (1895, citado en Collins, 1974, p. 418) es uno de los primeros investigadores que hablaron sobre el estigma como un fenómeno social. Este

eminente sociólogo francés fija por primera vez una conexión entre la violencia y la distancia social, estableciendo que ambas están determinadas por distintas fronteras morales (valores, símbolos, costumbres) instauradas por las sociedades y sus grupos y que delimitan los espacios de inclusión y exclusión de las personas en función de cómo sean catalogadas sus actitudes. Esta conexión entre violencia y distancia social tiene un efecto positivo y otro negativo. El positivo es que permite castigar actitudes penadas socialmente como el robo o el homicidio. El negativo, es un efecto discriminatorio, que permite ejercer la violencia contra las personas que están fuera de la comunidad, y no son consideradas miembros de ella, quedando justificado moralmente el trato vejatorio que se le ha dado a prisioneros de guerra o esclavos, por poner un ejemplo.

Goffman (1963), uno de los sociólogos más influyente del siglo XX, realizó un estudio completo y profundo sobre el estigma como un proceso que consiste primordialmente en la génesis de una identidad deteriorada. En su obra titulada *Estigma. La identidad deteriorada*, el autor (1963) revisa algunos de los trabajos existentes en torno al tema del estigma. Con el objetivo de describir el material dentro de un esquema conceptual y clarificar el vínculo existente entre el estigma y el problema de la desviación, el autor comienza haciendo una descripción de cómo ha ido evolucionando este concepto desde la época en que los griegos lo consideraban como una señal corporal que indicaba alguna desviación moral, motivo por el cual la persona marcada con el estigma debía ser evitada en sitios públicos. Continúa este autor dicha descripción deteniéndose en el desarrollo de este concepto en la etapa de la cristiandad, en la que los estigmas podían ser marcas divinas o diabólicas.

Goffman (1963) expone la idea de que la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el conjunto de atributos o características que son percibidas como propias de los miembros de cada categoría por la mayor parte de la comunidad. Ante la presencia de un extraño, el ser humano reacciona atribuyéndole, en función de su apariencia, ciertas características que conforman la identidad social. Cuando una persona es estigmatizada, los atributos que se le confieren producen un enorme descrédito.

Este ensayo de Goffman ha servido de inspiración y punto de partida para la realización de multitud de trabajos empíricos y marcos conceptuales sobre el proceso de estigmatización, como se expone en el capítulo 2 de esta tesis al hablar sobre el estigma de la enfermedad/salud mental.

Son muchas las definiciones que se han ido elaborado acerca del estigma y más concretamente acerca del proceso de estigmatización. Partiendo de la clásica definición que aportó Goffman (1963), Crocker, Major y Steele (1998) describen la estigmatización como un fenómeno que se produce cuando una persona posee o los demás perciben que posee algún atributo que le proporciona una identidad social negativa en un determinado contexto. Este estigma es aplicado porque la persona forma parte de un grupo y comparte como uno de sus miembros estos atributos que le devalúan a ojos de los miembros del grupo dominante.

Es importante comprender que el estigma se sostiene porque existen ideologías que lo justifican. Crandall (2000) propone algunas de estas ideologías que justifican y proporcionan argumentos morales, éticos, sociales, naturales y legales a los miembros del grupo dominante que les permiten mostrar actitudes y conductas estigmatizantes hacia los miembros del grupo en desventaja. Crandall expone que la justificación puede estar basada en atribuciones como se explica, por ejemplo, en la teoría de Lerner (1980) sobre la creencia en un mundo justo según la cual cada uno consigue lo que merece; en la culpabilización de las víctimas, como la creencia de que son ellos los que no quieren integrarse para justificar la exclusión social de un grupo determinado; o la ética protestante del trabajo, según la cual, el placer y la diversión son malos, las personas deben tener total autocontrol y el trabajo duro es lo que conduce al éxito; por tanto, las personas que no se comportan siguiendo estos cánones, son juzgadas de forma negativa.

Otro tipo de justificaciones según Crandall (2000), es el de las que se basan en la reivindicación de jerarquías como el darwinismo social según el cual las desigualdades sociales son buenas ya que contribuyen a la supervivencia de los individuos más preparados; la orientación hacia la dominancia social, ideología que expresa el deseo de que el grupo al que uno pertenece domine a los demás y que implicaría actitudes de menosprecio y rechazo a los miembros de los grupos estigmatizados.

Según expone Molero (2007), existen dos explicaciones acerca del origen de los procesos de estigmatización. Por un lado, estaría el estigma visto como proceso situacional específico que es la perspectiva más aceptada en la actualidad (Dovidio, Major & Crocker, 2000) y, según la cual, el estigma depende enormemente del contexto cultural en el que tiene lugar, pues no existen unas características que puedan anticipar qué grupos pueden ser estigmatizados; simplemente, el grupo dominante puede querer reforzar su poder o conseguir un mayor dominio y ello le lleva a estigmatizar a otros grupos.

Otra perspectiva del estigma es la evolucionista (Neuberg, Smith & Asher, 2000), según la cual, el estigma es un fenómeno que se produce en todas las sociedades en torno a individuos cuyas características o conductas son percibidas como una amenaza para el buen funcionamiento del grupo: los que tratan de aprovecharse del grupo, los que no pueden contribuir al mantenimiento del grupo (discapacitados) y los que realizan conductas en contra de la normativa establecida.

Este complejo fenómeno social ha venido caracterizando las relaciones que el grupo dominante mantiene con determinados grupos de personas (con discapacidad física o mental, etnias o razas diferentes, religión, pobreza, vejez, género femenino). Con el término estigma se hace referencia al conjunto de actitudes negativas, estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias que un grupo social dominante o mayoritario mantiene con otros grupos minoritarios o en desventaja. Se dice también de este proceso de estigmatización que es un proceso socialmente funcional pero con efectos secundarios (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez & Aparicio, 2008), es decir que se trata de un fenómeno universal estrechamente relacionado con la categorización social y que cumple una función defensiva para los grupos mayoritarios dominantes en la sociedad, fomentando la cohesión de la mayoría social y el rechazo o la exclusión social de los miembros de los grupos estigmatizados. El estigma se asocia a rasgos fácilmente distinguibles en personas que, por pertenecer a un grupo determinado, son consideradas potencialmente peligrosas (“extranjeros”, “enfermos”).

La clásica explicación del estigma se centra de forma exclusiva en el desarrollo de actitudes, creencias, estereotipos, prejuicios y conducta discriminatoria –aspectos que ya han sido abordados con cierta amplitud y profundidad en los



epígrafes anteriores de este primer capítulo-. Sin embargo, para una mayor comprensión del estigma, es imprescindible entenderlo como un proceso psicosocial que parte de la interacción entre el sujeto estigmatizado y el agente estigmatizador (Badallo, 2012).

Dovidio et al., (2000) definen el estigma como una construcción social que incluye el reconocimiento de una diferencia (marca) y la devaluación de la persona. ¿Pero, cómo saber que una diferencia concreta puede ser estigmatizada? Según Stangor y Crandall (2000), una característica desacredita a una persona, es decir, la puede convertir en objeto de estigma cuando se trata de una realidad compartida por todos los miembros de la sociedad. Debe existir una conformidad con respecto a su presencia en el grupo estigmatizado.

Crocker et al., (1998), también hacen hincapié en la importancia de la sociedad en el proceso de estigmatización, pero, además, lo relacionan con la identidad social y le confieren un carácter dinámico y adaptado al contexto. Estos autores plantean que la estigmatización se produce cuando una persona posee una característica que conforma una identidad social que es devaluada en un contexto social concreto. Desde este punto de vista, cualquier característica podría convertirse en estigmatizadora o dejar de serlo en función del contexto social (por ejemplo, la obesidad, la homosexualidad, ser fumador) y cualquier persona puede ser estigmatizada en cualquier momento de su vida (por ejemplo, por presentar un problema de salud mental, por tener que emigrar a un país extranjero, por estar en paro). Por tanto, no es la característica o atributo por sí mismo lo que determina la estigmatización, sino la creencia socialmente compartida sobre su posesión.

En resumen, el estigma permite identificar a los miembros de grupos sobre los que se aplican comportamientos discriminatorios. Además, existen tres importantes aspectos relacionados con el estigma que es necesario tener en cuenta en su estudio: los atributos que estigmatizan, los procesos de estigmatización y las dinámicas estigmatizantes, es decir, las interacciones sociales en contextos concretos en los que se produce la discriminación de las personas estigmatizadas (Badallo, 2012).

La representación del estigma se construye a lo largo de la historia y en cada sociedad y contexto histórico-político y cultural. Los grupos dominantes han

construido diferentes estigmas (determinando las características o marcas del grupo estigmatizado y asociándole algunos estereotipos y prejuicios) que han establecido las fronteras, los límites entre lo “normal” (valores y normas compartidos por los miembros del endogrupo o grupo dominante) y lo “marginal” (formas de vida diferentes y atributos “peligrosos” compartidos por los miembros del exogrupo como la homosexualidad, inmigración, problemas de salud mental o el SIDA).

#### 1.5.1.1 Funciones del Estigma y Mecanismos que lo facilitan

La estigmatización es un fenómeno universal que trasciende las diferencias culturales. Se supone de su existencia que debe cumplir algunas funciones. Desde la perspectiva evolucionista, Neuberg, Smith y Asher (2000), consideran que las funciones que cumplen los procesos de estigmatización son adaptativas, que los seres humanos prefieren a unos grupos frente a otros en función de si sus atributos sirven a sus propios fines y poniendo de relieve que dicha postura no implica el determinismo biológico, sino que apoyándose precisamente en esta funcionalidad, podría combatirse la estigmatización, cambiando los atributos que les hacen ser excluidos (por ejemplo, demostrando que las personas discapacitadas contribuyen al bien social porque son útiles y desarrollan importantes responsabilidades en la comunidad).

Major y Eccleston (2005) opinan que los procesos de estigmatización y de exclusión deben cumplir importantes funciones psicológicas para el estigmatizador (ver revisión en Kurzban & Leary, 2001). Dovidio et al., (2000) explican que el proceso de estigmatización contribuye a que los miembros del grupo estigmatizador puedan reducir la ansiedad e intensificar el control sobre las personas consideradas fuente de amenaza del bienestar o de los valores del grupo dominante. Los miembros del grupo dominante intentan combatir dicha ansiedad o sentimiento de peligro aumentando el control mediante la evitación y exclusión social de los miembros del grupo estigmatizado. En el proceso de estigmatización prevalece el interés utilitario; el hecho de que un grupo concreto sea estigmatizado va a depender de la utilidad del proceso para los objetivos del grupo dominante. La funcionalidad de la justificación de una determinada estructura social, económica o política que favorece a los miembros del endogrupo y excluye a los del exogrupo, provocando una segregación social que refuerza el poder y el control de un grupo sobre otro, es otra de las razones

por las que existe la estigmatización (Crocker et al., 1998). Otra de las funciones del estigma es que refuerza la autoestima de los miembros del grupo dominante, que mediante la comparación salen favorecidos (sentimiento de superioridad), al denigrar a las personas por pertenecer al grupo estigmatizado.

Major y O'Brien (2005) describen en su modelo del estigma como amenaza que existen algunos mecanismos que favorecen el mantenimiento de los procesos de estigmatización. Uno de ellos consiste en generar un sentimiento de amenaza a la identidad en las personas estigmatizadas; otro mecanismo sería limitar el acceso a derechos fundamentales de todo ser humano (vivienda, educación, salud y trabajo); las personas estigmatizadas –por el principio de confirmación de expectativas– pueden comportarse de forma que confirmen las creencias y estereotipos que los miembros del grupo dominante tienen sobre ellas; la activación automática de estereotipos es otro mecanismo que facilita el mantenimiento de estos procesos de estigmatización. El hecho de que estos estereotipos y creencias son conocidos tanto por los miembros del endogrupo como por los miembros de los distintos exogrupos, puede afectar, incluso en ausencia de conductas de rechazo o de otras personas en la situación, al comportamiento de las personas estigmatizadas. Ello puede ser debido a varios motivos: que el estereotipo de las personas con estigma está siempre accesible; que en la misma situación puede primar el estereotipo negativo para la persona con estigma pero no para la que no lo tiene; porque hay situaciones que activan el estereotipo negativo empeorando los resultados de las personas con estigma y mejorando los de las personas sin estigma.

#### 1.5.1.2 Consecuencias del proceso de estigmatización

¿Cuál es la realidad de las personas estigmatizadas? ¿Cómo afrontan el peso del estigma en su día a día?

El interés por conocer el punto de vista de las personas estigmatizadas es relativamente reciente. Dado que el objetivo que persigue el grupo dominante al estigmatizar, es devaluar y deshumanizar a los miembros del exogrupo, la devaluación, la humillación y la deshumanización serían las consecuencias generales de tal proceso. Mas los efectos de la estigmatización son muy diversos pues están mediatizados tanto por los diferentes contextos situacionales como por diferencias

individuales. Hay que tener en cuenta que la estigmatización tiene consecuencias negativas para las personas objeto de estigma, tanto para las ya *desacreditadas* como para las que son, utilizando la terminología de Goffman (1963), potencialmente *desacreditables*. Esto es debido a que las personas que saben que pueden ser descubiertas también sufren el estrés derivado de la ocultación y evitan el contacto social tratando de que no se les destape ni se les etiquete (Corrigan & Watson, 2002). En las personas desacreditadas, las consecuencias son la distancia social y el rechazo de parte de los no estigmatizados, lo que da lugar a una restricción en sus derechos y oportunidades que les impide desarrollar una vida plena (Angermeyer & Matschinger, 2005).

Existen algunas características personales que, según Major y O'Brien (2005), influyen y determinan que las personas sientan o perciban que están siendo objeto de prejuicios y de discriminación y por ello, sufran más las consecuencias de la estigmatización son, entre otras:

- La sensibilidad al estigma, también conocida como conciencia del estigma (Pinel, 1999). Las personas difieren en este nivel de conciencia o sensibilidad al estigma. Cuando poseen un alto nivel, anticipan que los demás les van a tratar como miembros del grupo estigmatizado antes que en base a su identidad personal y ello les genera un estado de hipervigilancia y de alerta ante las amenazas relacionadas con el estigma, prestando mayor atención a todo aquello que amenaza su identidad social. Es por ello que aumenta la probabilidad de que se consideren más situaciones salientes del estigma como amenazantes. Las personas que puntúan alto en el cuestionario de conciencia de estigma (SCQ) diseñado por Pinel (1999) se perciben como objetivos de discriminación y, la mayor parte de ellos, esperan ser tratados de forma negativa por los miembros del grupo dominante (Pinel, 2002). La autora comenta que, mientras otros investigadores (Crocker & Major, 1989; Steele & Aronson, 1995) han tratado a los sujetos objeto de estereotipos como si reaccionasen de forma uniforme a su condición de personas estereotipadas, ella propone que las personas reaccionan de forma diferente en función de si esperan ser estereotipadas por los otros por su pertenencia a un grupo determinado. A esto es a lo que la autora denomina conciencia del estigma.

- La identificación de grupo es otra característica personal que influye en que se hagan realidad las posibles consecuencias que se derivan del estigma. Así, las personas que consideran que su identidad social como estigmatizado forma parte central de su identidad personal, se ven a sí mismas como objetivo de discriminación personal y grupal, en especial, cuando las señales del prejuicio se caracterizan por su ambigüedad atribucional. Los eventos salientes para el estigma, se convierten también en eventos salientes para el *self*, produciéndose una bajada en el nivel de autoestima y un aumento en la cantidad de situaciones percibidas como amenaza.
- La identificación de dominio o competencia. Cuando las personas tienen una fuerte identidad con competencias en las que su grupo es estereotipado de forma negativa, es más probable que el feedback de su desempeño en dichas competencias sea considerado como relevante al autoconcepto. De este modo, se vería aumentada la probabilidad de que estas personas experimentasen una amenaza a su identidad.
- Las motivaciones y las metas que tienen las personas pueden influir en las posibles consecuencias derivadas del hecho de pertenecer a un grupo estigmatizado. Una motivación podría ser proteger o aumentar la autoestima. Algunos de los miembros más fuertes de los grupos étnicos estigmatizados creen en la existencia de un mundo justo, en el que cualquier individuo puede tener éxito independientemente del grupo al que pertenezca.

Al factor diferencial de las características personales, se suman otros factores situacionales que median en el desarrollo de los efectos del estigma. Schmitt, Branscome y Potmes (2003), en su estudio sobre los efectos de la discriminación por razones de género, plantean la importancia de tener en cuenta las consecuencias indirectas de la discriminación y que éstas variarán en función de si la víctima se enfrenta a una discriminación continuada o generalizada en su vida, o si la discriminación es sólo un suceso circunstancial. Cuando se trata de una discriminación generalizada, los grupos desfavorecidos viven subordinados a otros grupos y sufren la devaluación a lo largo de su vida y en diferentes contextos sociales, hecho que conlleva graves consecuencias para los miembros de dichos grupos. Por ello, las mujeres que han sido un grupo devaluado en la estructura social

frente a los hombres, sufren las consecuencias de la discriminación y, en principio, sí atribuyen a los prejuicios el que se hayan comportado con ellas de forma sexista; estas mujeres deberían ver resentido su bienestar emocional, a no ser que mediase una mayor identificación por parte de ellas con el grupo, como predice el modelo de rechazo-identificación propuesto por Bramscombe, Schmitt y Harvey (1999): el efecto negativo de percibir conductas discriminativas puede disminuir si aumenta la identificación con el grupo minoritario al que uno pertenece.

Estas son otras de las graves consecuencias derivadas del proceso de estigmatización:

1. Exclusión social. Major y Eccleston (2005) opinan que la exclusión es la consecuencia más seria de la estigmatización por la gran carga emocional, económica y de otros tipos que conlleva sobre la persona estigmatizada. La imposibilidad de encontrar trabajo, el aislamiento, la soledad y falta de apoyos sociales e institucionales, la situación de pobreza pueden derivarse de ella. Sin embargo, estas autoras recuerdan que no todos los miembros de los grupos estigmatizados presentan problemas de autoestima y alteraciones del bienestar emocional, por ejemplo, aquellos que saben evitar la exclusión, no interpretan la exclusión como un estresor o utilizan estrategias de afrontamiento efectivas para el manejo de las demandas internas y externas derivadas de la exclusión percibida como amenaza.
2. Deterioro de la identidad social y autoestigma. Uno de los efectos más graves derivados del proceso de estigmatización es el deterioro de la identidad social. Cuando una persona, por pertenecer a un determinado grupo social, adquiere la conciencia de que todos los miembros del grupo son devaluados de forma generalizada, la identidad social se resiente quedando profundamente afectada. Major, McCoy, Kaiser y Quinton (2003) han puesto de relieve que tener una identidad social devaluada es un estresor tan potente como cualquier otro. El proceso de humillación, de exclusión moral al que se ven sometidas las personas estigmatizadas es favorecido por la jerarquía vertical del valor de los distintos grupos sociales (Lindner, 2006; Opatow, 1999). Un efecto negativo que también guarda relación con el deterioro de la identidad social es el autoestigma, que implica la interiorización de las

creencias y prejuicios existentes en la sociedad asociados a su grupo. Cuando las víctimas del proceso de estigmatización han aceptado e internalizado los estereotipos y prejuicios y contemplan el estigma como un aspecto central de su self están en riesgo de presentar baja autoestima (Jones, Farina, Hastorf, Markus, Miller & Scott, 1984; Rosenberg, 1979). La autoestigmatización puede conllevar, además, sentimientos de culpa, aislamiento y depresión (Corrigan & Rao, 2012). Un aspecto interesante respecto a esta cuestión sería conocer qué individuos o qué grupos son más proclives a presentar este autoestigma. Jones et al., (1984) sugieren que es posible que la internalización del estigma sea más prevalente entre personas que poseen estigmas visibles o disruptivos socialmente o que han sido estigmatizados recientemente.

3. Problemas de salud. Otra importante consecuencia o efecto del proceso de estigmatización es que los miembros de los grupos estigmatizados presentan más probabilidades de presentar problemas de salud mental y física (hipertensión, disfunciones coronarias del corazón, derrame cerebral, menor esperanza de vida, depresión, sistema inmunológico debilitado por estrés y mayor vulnerabilidad a infecciones) debido a que la discriminación conlleva una menor calidad de vida (Link & Phelan, 2001). Otra consecuencia relacionada con la salud, es la de que, en muchos casos, las personas estigmatizadas (SIDA, esquizofrenia, depresión) no buscan ayuda para evitar ser descubiertas, etiquetadas y rechazadas socialmente, ocasionando graves daños tanto para ellas mismas como para la salud pública. Este miedo al rechazo conduce al aislamiento y a la falta de apoyo social. Otro autor que expone las consecuencias de la discriminación, el rechazo o la exclusión sobre la salud psicológica es Williams (2007). En sus estudios sobre el ostracismo, que, en principio, diferencia de otros conceptos como el rechazo y la exclusión, pero finalmente utiliza indistintamente tras reconocer que son tres fenómenos que suelen darse en la misma situación, el autor descubre que el ostracismo (ser ignorado por los demás sin recibir las explicaciones pertinentes) tiene un claro efecto negativo sobre la salud psicológica de las personas. Este dato pone de relieve la gran importancia que tiene el

sentimiento de pertenencia en la vida cotidiana de las personas (Baumeister & Leary, 1995).

El estigma también puede afectar a la salud de forma indirecta, por ejemplo, a través de las amenazas a la identidad. Estas amenazas pueden desarrollar una cascada de cogniciones y emociones negativas, así como reacciones psicofisiológicas como el aumento del cortisol, de la presión sanguínea y de otras alteraciones cardiovasculares que, aunque pueden cumplir una función adaptativa durante un corto periodo de tiempo, a largo plazo, son verdaderamente perjudiciales. También se ha comprobado que las percepciones subjetivas de discriminación pueden ser tan potentes como las exposiciones a la discriminación para predecir los efectos adversos sobre la salud entre las personas estigmatizadas. Sin embargo, el optimismo y la percepción de recursos personales tiene efectos beneficiosos para la salud física y mental porque disminuyen el efecto de las amenazas a la identidad (Major & O'Brien, 2005).

4. Logros académicos. La estigmatización también deja sus secuelas en el rendimiento académico. Las personas estigmatizadas que han interiorizado las representaciones colectivas que les devalúan, se encuentran en una difícil y negativa predisposición para conseguir éxito en su actividad intelectual. La amenaza del estereotipo les lleva incluso a abandonar antes de intentarlo (Crocker et al., 1998). Las señales situacionales también hacen que las situaciones de ejecución sean consideradas como una amenaza para la identidad social y las respuestas voluntarias e involuntarias a dicha amenaza intervienen provocando una disminución en el rendimiento. Ser etiquetado en un ambiente estereotipado puede perjudicar la ejecución de los miembros del grupo estigmatizado. La amenaza a la identidad inducida por el estigma se debe a la activación de estereotipos negativos del grupo o al miedo a ser víctima de prejuicios. Esta amenaza puede perjudicar el rendimiento académico a través de respuestas involuntarias como la ansiedad y de una disminución de la memoria de trabajo. Entre los principales mecanismos que explican los efectos de la amenaza del estereotipo sobre el rendimiento se encuentran los siguientes (Maass & Cadinu, 2003, citado en Molero, 2007,



p.628): aumento de la ansiedad, ante el temor de que se confirme el estereotipo negativo, ansiedad que provocaría una disminución del rendimiento; exceso de preocupación a la hora de responder para evitar los fallos; disminución de las expectativas de rendimiento. La amenaza a la identidad social puede provocar que los miembros de los grupos estigmatizados no quieran poner a prueba su autoestima en tareas intelectuales.

5. Autoestima. Respecto al efecto que la estigmatización tiene sobre la autoestima, los resultados de las investigaciones realizadas no son consistentes (Major & O'Brien, 2005). Hay estudios que apoyan la hipótesis de que las personas estigmatizadas interiorizan la visión negativa que los otros tienen sobre ellas y, por tanto, sus niveles de autoestima son más bajos que los de las personas sin estigma. Por otro lado, Crocker y Major (1989) predicen que la autoestima no tiene porqué disminuir ya que los miembros de los grupos estigmatizados pueden utilizar estrategias y mecanismos que amortiguan o protegen su autoestima, aunque tampoco esta hipótesis siempre se cumple (Crocker, Cornwell & Major, 1993). Por otro lado, Major y O'Brien (2005) plantean que la autoestima varía en función de varios factores: las representaciones colectivas, las señales situacionales y las características personales y ponen el ejemplo de que ante una exposición generalizada al sexismo, aumenta la probabilidad de considerar mayor número de eventos como amenazas y una disminución del nivel de autoestima entre mujeres pesimistas, mientras que no ocurre lo mismo entre mujeres optimistas. La investigación debería conducir a la comprensión de cómo estos factores afectan los niveles de autoestima de los miembros de grupos estigmatizados. En los modelos que abordan las consecuencias de los prejuicios y el estigma sobre el nivel de autoestima, la percepción del prejuicio o sensibilidad al estigma es una variable clave.

#### 1.5.1.3 Formas, Estrategias y Mecanismos para afrontar el Estigma

Una de las propuestas para afrontar las consecuencias del estigma deriva de la Teoría de la Identidad Social (Tajfel & Turner, 1986). Según este modelo, una

persona estigmatizada puede tratar de recuperar su identidad social positiva a través de tres vías:

- Movilidad individual. Por ejemplo, abandonando el grupo de pertenencia y tratando de vincularse a un grupo que aporte una identidad social positiva; esta solución resulta bastante difícil, por no decir imposible para un miembro de un grupo estigmatizado, en especial, si el estigma viene derivado de la orientación sexual, el género o la etnia.
- Creatividad social. Consiste en buscar una estrategia a través de la cual, sin cambiar de grupo, se consiga una identidad social positiva, por ejemplo, buscando una dimensión en la que de la comparación con los miembros del grupo dominante se obtenga un resultado exitoso, o comparándose con los miembros de otros grupos minoritarios.
- Competencia social. A través de la competencia social, la persona puede tratar de recuperar la identidad social positiva reclamando los derechos que le corresponden. Esta estrategia colectiva de afrontamiento del estigma está mediada por factores como la motivación para intervenir en estas manifestaciones o actos de protesta y según Stürmer y Simon (2004) este interés puede provenir de la percepción de que la participación tendrá consecuencias positivas para la persona y/o para la identificación con el grupo.

Desde el modelo de la ambigüedad atribucional de Crocker y Major (1989), se propone la idea de que las personas estigmatizadas frente a una experiencia de fracaso pueden realizar dos atribuciones causales: el fracaso es atribuido a causas externas como los prejuicios asociados a su grupo o a causas internas como una carencia propia de habilidad, por ejemplo. La atribución externa protege la autoestima de la persona estigmatizada porque le permite no sentirse responsable del fracaso. Aunque las autoras han realizado investigaciones que aportan datos que confirman esta hipótesis, hay otros investigadores como Branscombe et al., (1999) que la rechazan y han propuesto el modelo de rechazo-identificación que sugiere que la identificación con el endogrupo minoritario (grupo estigmatizado) al que se

pertenece atenúa las consecuencias negativas que produce la atribución al prejuicio. Es decir, promoviendo un sentido de inclusión y pertenencia grupal se afrontan los efectos negativos de los prejuicios y el rechazo, como ya sugería Allport (1963).

Major y O'Brien (2005) proponen las dos últimas estrategias de afrontamiento del estigma expuestas, atribución externa de eventos negativos a los prejuicios y discriminación, y un aumento de identificación con el grupo estigmatizado al que se pertenece, junto a una tercera, retirar el esfuerzo, no comprometiendo su autoestima en ámbitos y tareas que se saben estereotipadas de forma negativa para los miembros del grupo estigmatizado. Desidentificarse con competencias en las que su grupo es injustamente tratado para no dañar la valoración de uno mismo.

Otro mecanismo de defensa o afrontamiento del estigma es la ocultación (Smart & Wegner, 2000). El ser humano utiliza la estrategia de ocultación para proteger su yo y evitar los prejuicios y actitudes discriminativas de las personas con las que se relaciona en su día a día. Como Goffman observó (1963), las personas con estigmas no visibles a simple vista por los demás, cuentan con la opción de no desvelar su "marca" o "fallo". Estas personas pueden pasar, deliberadamente, ante los otros como personas no estigmatizadas.

Aunque la ocultación aparentemente parece eficaz porque evita el sufrimiento, finalmente también provoca, como refería Goffman (1963) en su libro sobre el estigma, un gran malestar. Las personas que habían recurrido al secreto, expresaban que se sentían extraños en ese proceso de ocultación de su identidad real, tenían sentimientos de aislamiento, de fraude y miedo a ser descubiertas. Afirma este autor que el temor a que se desvele el estigma, conduce a evitar las relaciones de intimidad de largo recorrido, como podría ser una relación de pareja. Smart y Wegner (2000) relatan el ejemplo de un campeón olímpico, Greg Lougains, que en 1996, en su autobiografía, reconoció el tormento vivido al tener que ocultar su doble condición como homosexual y como enfermo de SIDA.

Se ha escrito bastante acerca de las consecuencias del secreto en las relaciones interpersonales, sin embargo, existe poca investigación sobre las consecuencias cognitivas de la ocultación del estigma a nivel intrapersonal. El esfuerzo de ocultar el estigma debe implicar una lucha interna que conduce a la

angustia y quizás, incluso a presentar problemas de salud mental. En el modelo de preocupación por el secreto de Laney Wegner (1995) se propone que intentar mantener un secreto activa procesos cognitivos que conducen a pensamientos obsesivos acerca del secreto. Y esto sucede porque cuando el objetivo es mantener un secreto, se intentan suprimir todos los pensamientos relacionados con dicho secreto, hecho que conduce (los autores lo explican como una segunda fase en el modelo de preocupación) a pensamientos intrusivos en la mente de estas personas. Este efecto ha sido documentado y es conocido como la teoría de los *procesos irónicos del control mental*. Las personas que intentan ocultar sus estigmas se muestran preocupadas de forma obsesiva con pensamientos acerca de esas marcas que les estigmatizan. Esto tiene graves repercusiones en el funcionamiento de su vida diaria y en su bienestar físico y psicológico.

Se han estudiado los efectos que sobre la salud puede provocar el hecho de revelar el secreto sobre el estigma de experiencias traumáticas (víctimas de incesto, por ejemplo) y los resultados son muy positivos (Pennebaker, 1990), mejorando la respuesta del sistema inmunológico. Pennebaker, Kielcot-Glaser y Glaser (1988) explicaron este buen resultado argumentando que la expresión emocional implica afrontar los pensamientos y los sentimientos sobre el evento estresante. A través de este proceso, las personas pueden reestructurar cognitivamente los acontecimientos y comprenderlos mejor. Además, el acto de expresar permite relajar el afán por el control mental y elimina los costes de una continua y profunda activación.

Carver, Sëller y Weintraub (1989) realizaron un estudio para examinar qué mecanismos de afrontamiento del estigma eran más adaptativos, resultando los que se centraban en la tarea (por ejemplo, la búsqueda de apoyo social en una situación altamente estresante) y los que más se relacionaban con una buena salud mental.

### **1.5.2 Modelos Teóricos del Estigma**

En este punto se exponen los modelos de estigma y autoestima, el modelo de ambivalencia atributiva y el modelo de amenaza a la identidad.

#### **1.5.2.1 Estigma y Autoestima**

Un interesante modelo teórico lo ofrecen dos profesoras de psicología social estadounidenses, Crocker y Major (1989). Dicho modelo se centra en el desarrollo de las claves que permiten comprender cómo el estigma social puede correlacionar en sentido positivo con la autoestima. Las autoras demuestran dicha relación a través de las diferentes estrategias que los miembros del grupo estigmatizado utilizan para proteger su autoconcepto:

- Atribuyendo un feedback negativo sobre los prejuicios asociados a su endogrupo.
- Comparando sus resultados en determinadas áreas con los obtenidos por otros miembros de su endogrupo, en lugar de compararse con los miembros de otros exogrupos cuyos resultados en las áreas pertinentes son más elevados.
- Devaluando de forma selectiva las áreas en las que los miembros del endogrupo muestran resultados más pobres y valorando aquellas en las que su grupo obtiene resultados superiores.

A pesar de las graves consecuencias del proceso de estigmatización a nivel social, económico, político y psicológico sobre los grupos discriminados, las autoras se centran de forma exclusiva en las consecuencias sobre el autoconcepto y la autoestima. Los controvertidos resultados encontrados en la revisión de la literatura sobre estigma social y autoestima parecen ser debidos, en opinión de estas autoras, a los distintos aspectos del autoconcepto objeto de estudio, por lo que en el desarrollo de su modelo, explican que se centran en los efectos del estigma social sobre la autoestima global en relación con la identidad personal. Y definen el estigma social como el proceso por el cual los individuos sólo por ser miembros de una categoría social son etiquetados como desviados, son víctimas de prejuicios y discriminación y pertenecen a un grupo estigmatizado que es considerado un exogrupo en relación al grupo dominante (endogrupo) en una cultura.

Crocker y Major (1989) analizan diferentes perspectivas teóricas existentes sobre el estigma social y la autoestima:

- a) Valoraciones Reflejadas o *looking-glassself*. El autoconcepto es un reflejo de las valoraciones que hacen los demás sobre uno mismo, un producto de

la conciencia de cómo los demás le evalúan y de la adopción de los puntos de vista de los otros. En función de esta perspectiva, los miembros de los grupos estigmatizados serían conscientes de que los otros, en interacciones específicas (por ejemplo con maestros, compañeros), les ven de forma negativa e integrarían esas percepciones negativas en el autoconcepto, generando una baja autoestima.

- b) **Profecías Autocumplidas.** Según Merton (1948), una profecía autocumplida se produce cuando partiendo de una creencia falsa sobre una persona, ésta llega a ser confirmada por la propia conducta de dicha persona. Desde esta perspectiva no se hace necesario que el miembro del grupo estigmatizado sea consciente de las actitudes negativas de los otros hacia su grupo, para que finalmente, dichas actitudes acaben afectando de forma negativa su autoconcepto.
- c) **Autoestima y Autoeficacia.** Esta perspectiva teórica predice que los miembros del grupo estigmatizado deberían tener una baja autoestima, teniendo en cuenta que parte de que el autoconcepto se forma a través de la interacción eficaz con el ambiente. Si dicha interacción no es positiva se interfiere en la consecución o mantenimiento de una alta autoestima. Esto es lo que les sucede a los miembros de los grupos estigmatizados cuyas oportunidades para interactuar con el ambiente son bastante limitadas.
- d) Las autoras hacen referencia a otras teorías que apoyan la relación entre el estigma social y los bajos niveles de autoestima como la Teoría de la Equidad (Walster, Walster & Berscheid, 1978), la Teoría de la Comparación Social (Festinger, 1954), la Teoría de la Identidad Social (Tajfel & Turner, 1986) y la Teoría del Cambio Social (Thibaut & Kelly, 1959).

Sin embargo, a pesar del fuerte apoyo empírico encontrado para la predicción de que los miembros de grupos estigmatizados deberían tener más baja autoestima

que los miembros de los grupos no estigmatizados, las evidencias empíricas son más bien escasas según estas autoras. Existen muchos estudios empíricos cuyos resultados indican que los miembros de los grupos estigmatizados tienen tan altos niveles de autoestima como los miembros de los grupos no estigmatizados. Con ello no se quiere decir que los prejuicios y el resto de componentes del estigma no causen daños a nivel psicológico en las personas estigmatizadas, sino que los efectos o consecuencias derivadas del proceso de estigmatización se manifiestan en otras dimensiones psicológicas como la autoconfianza en tareas concretas, las expectativas de ejecución, la motivación de logro y la vulnerabilidad a problemas de salud física y mental.

Las autoras exponen una serie de argumentos que proporcionan una explicación de los motivos por los que los miembros de un grupo estigmatizado no desarrollan una baja autoestima. Un argumento podría basarse en la idea de que la autoestima se establece en la infancia y una vez establecida no cambia. Sin embargo, existen varios estudios que demuestran que el nivel de autoestima varía en función de la edad, del feedback sobre los resultados obtenidos, de las transiciones educativas, del contexto social y de otras variables estructurales (Gergen, 1971; Rosenberg, 1986). Otra explicación podría ser que las personas que discriminan a los miembros del grupo estigmatizado no son significativas para estos últimos, y por este motivo no baja su autoestima. Continúan las autoras que, según la teorías interaccionistas simbólicas (Cooley, 1956; Mead, 1934, citados en Crocker & Major, 1989, p.611), son las valoraciones de los otros significativas las que se incorporan al autoconcepto, pero también tiene un papel importante el otro generalizado, como las apreciaciones respecto a grupos estigmatizados ofrecidas a través de los medios de comunicación. Un tercer argumento que explica que las personas estigmatizadas no presenten baja autoestima es el de que las reacciones emocionales o afectivas de algunas personas, respecto a ellas, son ambivalentes. Junto a los sentimientos de rechazo, hostilidad y evitación, coexisten los de simpatía, cuidado y conciencia moral. De este modo, se pueden reprimir las actitudes negativas y mostrar sólo las positivas, por lo que no aparecería el efecto de bajada de autoestima. Pero, la evidencia muestra lo contrario y, aunque hasta hace unos pocos años, parecía que el prejuicio había disminuido al menos en Europa y Estados Unidos, en la actualidad, los grandes movimientos migratorios y los graves y continuos incidentes interraciales demuestran que las

creencias y los prejuicios siguen habitando las mentes de los seres humanos y que éstas salen a la luz en momentos o periodos históricos críticos.

Crocker y Major (1989) elaboran una propuesta coherente con el cuerpo de investigación en psicología social y personalidad sobre la protección de la autoestima (Taylor & Brown, 1988, Tesser & Campell, 1980, en Crocker & Major, 1989), sobre los mecanismos que, según ellas, amortiguan o protegen la autoestima de las personas estigmatizadas:

- a) Atribución de feedback negativo a los miembros del grupo estigmatizado. Cuando una persona estigmatizada por ser negra no es seleccionada para un empleo, puede atribuir el fracaso a las actitudes prejuiciosas del entrevistador que por ser racista no le da el trabajo. Si esta persona hubiera atribuido los resultados negativos a una causa interna, estable y global como la ausencia de capacidad, sufriría un descenso en el nivel de autoestima. Sin embargo, si atribuye dichos resultados negativos a una causa externa, como la actitud racista del entrevistador, entonces estaría protegiendo su autoestima. En un estudio realizado con participantes del género femenino (Dion, 1975) encontró que las mujeres que recibían un feedback negativo de un evaluador de género masculino y creían haber sido discriminadas por su condición de mujer, tenían la autoestima más alta que las que pensaban que no lo habían sido. Estos resultados son compatibles con la hipótesis de que los sujetos con una autoestima inicial alta mostraban una mayor tendencia a atribuir sus resultados negativos a los prejuicios existentes contra su grupo. En el estudio de Crocker, Voelkl, Cornwell y Major (1989), los sujetos negros que eran evaluados por un hombre blanco que les daba un feedback negativo, veían disminuida su autoestima pero sólo en la condición experimental que les permitía pensar que el evaluador no sabía la raza del evaluado. Major, Carrington y Carnevale (1984, citado en Crocker & Major, 1989, p. 613) observaron el Modelo del Principio de Aumento de Kelly (1972) en una investigación llevada a cabo con mujeres poco atractivas. Observaron que bajo la condición experimental de “Vistas” por el evaluador, aumentaba la probabilidad de que aquellas mujeres creyeran que los feedbacks positivos eran debidos a la alta calidad de sus resultados. Las autoras opinan que este



aumento del feedback positivo entre los individuos estigmatizados, les llevaría a tener una mayor autoestima que los individuos no estigmatizados, en situaciones específicas. Ahora bien, cuando las personas estigmatizadas creen que el motivo de que se les evalúe de forma positiva es su condición de estigmatizado, es decir por simpatía o por miedo a parecer prejuicioso, entonces, los buenos resultados no subirían la autoestima, sino todo lo contrario. Las personas pueden atribuir el feedback negativo de su ejecución a los prejuicios contra su grupo cuando, de acuerdo con el modelo de atribución causal de Kelly (1967), pueden atribuir la causalidad a las causas más salientes o más accesibles a nivel cognitivo.

- b) Tendencia a hacer comparaciones sociales en el endogrupo. Éste es, según Crocker y Major (1989), otro de los mecanismos de protección del autoconcepto que amortigua el nivel de autoestima en personas que pertenecen a grupos en desventaja o estigmatizados. Las comparaciones con los miembros de exogrupos aventajados producen dolor y disminuyen potencialmente el nivel de autoestima. Los miembros de grupos estigmatizados tienden a compararse con los miembros de su grupo ya que cuentan con capacidades y ejecuciones similares. Esto sucede por varias razones: una de ellas, como consecuencia del efecto de *proximidad*, pues suelen vivir en un ambiente segregado; otra, por el efecto de *similitud*, para obtener autoevaluaciones más acertadas; o por el efecto de *protección del self*, para evitar comparaciones sociales desagradables o dolorosas.
- c) La devaluación selectiva de los atributos en los que los miembros del grupo, por regla general, no destacan y la valoración de los atributos en los que los miembros del grupo sobresalen por su excelencia. Se ha comprobado que la segregación puede fomentar la estrategia de la comparación social endogrupo e inhibir la estrategia protectora del self de devaluar aquellos resultados en los que el grupo se muestra pobre, pues para ello es necesario saber la calidad de la ejecución del grupo en relación a la de los exogrupos. Y esto puede aumentar la vulnerabilidad de las personas estigmatizadas cuando se interrelacionan en ambientes no segregados. Las autoras exponen los resultados de una investigación (Gerard & Miller, 1975) en la que se encontró

que las personas negras con experiencias pasadas de segregación, tras la integración vieron, en un primer momento, disminuida su autoestima, pero, a los dos años, su autoestima subió a los niveles de inicio.

Crocker y Major (1989) refieren las diferencias encontradas en los niveles de autoestima en función de unas determinadas dimensiones del estigma:

- Severidad.
- Posibilidad de ocultación.
- Disruptividad social.
- Momento de inicio (el estigma viene desde el nacimiento, se ha adquirido en la infancia o en otras fases de la vida).
- Modo de inicio ( gradual, inmediato).

Las personas que acaban de ser estigmatizadas carecen de las estrategias de protección del autoconcepto que los miembros del grupo estigmatizado les pueden proporcionar. La persona recién estigmatizada necesita un tiempo para aprender a devaluar los resultados que no son alcanzables para ella y otras estrategias ya comentadas que le permitirán mantener su autoestima a flote.

Otras condiciones del proceso de estigmatización que conducirían a una baja autoestima serían:

- El autoestigma, que supone la aceptación de las actitudes negativas de los miembros del exogrupo hacia el grupo estigmatizado, las autoras del modelo de estigma social y autoestima opinan que ésta sería una de las condiciones de estigmatización que conducirían a una baja autoestima. Uno de los modos de afrontar el estigma es hacer que éste sea periférico al autoconcepto. El autoestigma supone la centralidad o la gran relevancia personal concedida a la condición de estigmatización que llega a ser interiorizada e implicaría esa disminución en el nivel de autoestima.

- El periodo en torno al hecho de ser etiquetado. Por ejemplo, las personas cuando son diagnosticadas con un problema de salud mental en un primer momento sufren una bajada de autoestima. En un estudio (Link, 1987) se descubrió que las personas recién diagnosticadas mostraban más baja autoestima que aquellas que con la misma sintomatología no habían sido etiquetadas con ningún tipo de trastorno mental. También se descubrió este fenómeno entre los chicos con orientación homosexual que en la adolescencia, por ser el momento en el que suelen comenzar a ser etiquetados por sus compañeros, sufren inicialmente una bajada de autoestima (Bell, Weinberg & Hammersmith, 1981).

En resumen, Crocker y Major (1989) proponen una teoría contraintuitiva acerca de la influencia del estigma social por la que los individuos son etiquetados como pertenecientes a un grupo en desventaja, sugiriendo que las personas que han construido su autoconcepto como miembro de un grupo discriminado se sienten mejor consigo mismas en términos de una autoestima global. Y lo explican como un proceso en el que la identificación con el grupo estigmatizado le permite a uno, el uso de las estrategias protectoras del self ya comentadas.

#### 1.5.2.2 Modelo de Ambivalencia Atributiva

Este modelo, idea original de Crocker y Major (1989), explica que las personas que pertenecen a grupos estigmatizados son conscientes de las etiquetas negativas que conlleva su pertenencia grupal para los miembros del grupo dominante. Las autoras exponen que una de las consecuencias de percibirse víctima de discriminación social consiste en experimentar lo que ellas denominan *ambigüedad atributiva* ante las conductas negativas que los otros les dirigen. Esta ambigüedad hace referencia a que la persona puede atribuir la conducta negativa al prejuicio existente hacia el grupo estigmatizado al que pertenece (atribución externa), o atribuirlo a características propias de sí misma como su poco atractivo físico o sus escasos recursos comunicativos (atribución interna). La hipótesis principal de este modelo es que cuando una persona estigmatizada realiza una atribución externa ante una actitud de rechazo o conducta discriminativa está protegiendo su autoestima. La

responsabilidad de dicha actitud estaría fuera de ella, se focalizaría en la persona que está rechazándola. Major, Quinton y McCoy (2002) revisaron este modelo y propusieron una nueva versión que denominaron Modelo Avanzado de Ambigüedad Atributiva en el que incluyeron además de algunas aclaraciones, dos modelos de mediación. Respecto a las atribuciones sobre las actitudes negativas o prejuicios, estos autores añaden que no siempre son totalmente externas, pues hay que tener en cuenta que la pertenencia grupal es parte de la identidad social de las personas y, por ello, la atribución al prejuicio también tiene un componente interno (Schmitt & Branscombe, 2002). El resto de aclaraciones tienen que ver con el hecho de que para que una atribución externa tenga un efecto positivo en la autoestima, la persona estigmatizada tiene que creer que la actitud negativa del que estigmatiza es injusta y moralmente rechazable, y que tiene control voluntario sobre dicha actitud o conducta discriminatoria por lo que se le puede condenar a nivel moral.

Los modelos de mediación propuestos por Major et al., (2002) identifican los factores que intervienen en el proceso de percibirse como persona estigmatizada. En el primer modelo, se identifican tres factores que median para que la persona realice una atribución externa:

- La percepción de una relación entre la conducta negativa y la pertenencia al grupo estigmatizado.
- La percepción de la conducta negativa como injusta.
- El impacto de las estructuras sociales.

En el segundo modelo de mediación, los autores identifican las variables que influyen en las propiedades protectoras de la atribución externa (las diferencias individuales, los factores situacionales y los estructurales) y añaden la idea de que ser víctima de discriminación es un potente estresor. Derivada de esta idea y, apoyándose en el modelo de afrontamiento del estrés (Lazarus & Folkman, 1984), esta nueva versión del modelo de ambigüedad atributiva sugiere que las personas estigmatizadas pasan por un proceso de valoración-afrontamiento mediada por diversas variables (indicios de prejuicio en el contexto, nivel de identificación de la víctima con el grupo estigmatizado, estatus relativo de los grupos, nivel de

asimilación de creencias que justifican la discriminación). Este proceso de valoración-afrontamiento incluye varias etapas: una etapa de valoración primaria, en la que se evalúa si la actitud negativa del otro supone una amenaza al propio bienestar emocional y si lo que se percibe es interpretado como saliente o relevante para el self, peligroso, costoso, o que genera incertidumbre; una etapa de valoración secundaria, en la que se valora la disponibilidad de recursos para afrontar las consecuencias de la actitud discriminatoria; y, por último, una tercera etapa de afrontamiento de esta amenaza.

#### 1.5.1.3 Modelo de Estigma de Amenaza a la Identidad

Este marco teórico propuesto por Major y O'Brien (2005) integra los modelos de amenaza a la identidad del estigma con los modelos transaccionales de estrés y afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984; Smith, 1991, en Major & O'Brien, 2005). Asumen los autores que cuando se posee una identidad social devaluada (por el estigma) aumenta la exposición a situaciones potencialmente estresantes que amenazan de nuevo la identidad. La amenaza a la identidad se produce cuando una persona valora que la demanda ejercida por un estresor que es perjudicial para su identidad social supera sus recursos de afrontamiento. Las respuestas a las amenazas a la identidad pueden ser involuntarias (como el aumento de la ansiedad por estado de alerta) o voluntarias (como los esfuerzos de afrontamiento).

Los miembros de un grupo estigmatizado desarrollan y comparten la representación colectiva sobre la comprensión de los puntos de vista dominantes de su estatus como estigmatizados en la sociedad. Otras representaciones colectivas que comparten son:

- La conciencia de que son devaluados a los ojos de otros.
- El conocimiento de los estereotipos de la cultura dominante acerca de su identidad estigmatizada.
- Reconocimiento de que podrían ser víctimas de discriminación.
- Conocimiento de que las ideologías dominantes comparten explicaciones sobre los motivos de por qué los grupos estigmatizados ocupan posiciones inferiores, devaluadas, con bajo estatus y mínimo poder.

Las representaciones colectivas influyen en la percepción y la conducta del estigmatizado en ausencia de discriminación social evidente de parte de los otros e incluso sin que haya otra persona presente en el momento de una situación concreta.

Las situaciones que pueden ser amenazantes son:

- Poder ser estigmatizado a través de un test diagnóstico.
- Ser superado en número por los miembros de los grupos no estigmatizados.
- Tener un profesor miembro del grupo dominante.
- Exponerse a imágenes que refuerzan los estereotipos negativos del endogrupo a través de la televisión y otros medios de comunicación.
- Tener que revelar un estigma que se puede ocultar (invisible).
- Escuchar por casualidad que un evaluador es sexista.

La amenaza surge cuando una demanda relevante al self es valorada como que excede las capacidades de uno para ser afrontada, es decir que los recursos de afrontamiento disponibles son valorados como insuficientes para superar la demanda planteada. En el caso de una demanda impuesta por un estresor relevante al estigma y potencialmente perjudicial para la identidad social, la amenaza a la identidad surgiría si la persona valora que no puede afrontarla. Major y O'Brien (2005), plantean que esta valoración es fruto de la interacción de varios factores: a) señales percibidas (afectivas o semánticas) en una situación concreta que la hacen relevante al estigma; b) representaciones colectivas de la persona; c) características individuales. Según Smith (1991), esta valoración puede ser automática, no verbal y ocurrir fuera de la conciencia. Además, puede ser resultado tanto de procesos cognitivos como de procesos afectivos aprendidos a través de señales afectivas y ambos procesos pueden darse por debajo de los niveles de la conciencia.

Entre los recursos disponibles con los que cuenta una persona para hacer frente a estas demandas relevantes al estigma, según Major y O'Brien (2005), se tienen:

- Control percibido sobre recursos importantes.
- Habilidad para limitar la exposición a las personas prejuiciosas.
- Fuerte identidad con el grupo de pertenencia.
- Disposición optimista.

Y tres son las respuestas involuntarias observadas ante las amenazas a la identidad:

- Ansiedad.
- Activación (*arousal*).
- Aumento de la presión sanguínea.

La amenaza a la identidad genera un estado de alerta automático ante ciertos estímulos asociados a ella. Esta vigilancia no es inevitable, existen personas estigmatizadas que evalúan este peligro a través de niveles de atención no conscientes. Sea de forma consciente o inconsciente, las expectativas y el temor a ser rechazados socialmente por su estigma, da lugar a que su comportamiento resulte diferente y que se eliciten las temidas valoraciones negativas por parte de los otros, confirmando de este modo la expectativa.

Major y O'Brien (2005) proponen la necesidad de una mayor investigación que facilite la comprensión de los factores que permiten a las personas ser resilientes o vulnerables al estigma; indican, también, la necesidad de realizar estudios que identifiquen las estrategias de afrontamiento más efectivas para abordar situaciones que suponen una amenaza a la identidad. Ello hará posible que las personas estigmatizadas puedan lograr una mayor calidad de vida.





**CAPÍTULO II**  
**ESTIGMA Y SALUD MENTAL**



## 2.1 INTRODUCCIÓN

“Las personas que hacen locuras no están necesariamente locas”, dicta la primera ley de Aronson (1981, p.23).

El autor de este principio, en su obra, *El animal social* (1981), refiere que ante ciertas situaciones, las personas se sienten tan presionadas que pueden reaccionar de un modo que la sociedad etiqueta como “anormal”. Aronson no es partidario de etiquetas, según él, no se gana nada etiquetando y clasificando a las personas como “psicóticas” o “esquizofrénicas”, aunque con ello no está negando la existencia de los problemas de salud mental o de la utilidad de los diagnósticos clínicos. De hecho, estas primeras etiquetas diagnósticas son, en una gran cantidad de casos, el inicio del proceso de estigmatización de las personas diagnosticadas y de sus familiares. Para este autor tiene más sentido y utilidad el hecho de intentar comprender la naturaleza de la situación y de los procesos responsables de la conducta.

Algunos autores opinan que los trastornos mentales no son entidades naturales de base biológica (González & Pérez, 2007), como desde ciertos ámbitos científicos se defiende. Los problemas de salud mental son entidades construidas de carácter histórico-social, más influenciadas por las circunstancias cambiantes de la vida, que por los desequilibrios bioquímicos. Desde que en 1952 se publicó la primera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-I) hasta la edición del año 2000 (DSM-IV-TR), comentan los autores, que se ha pasado de 100 categorías clínicas a 400 y reflexionan sobre las posibles causas de este espectacular aumento.

González y Pérez (2007) observan una evolución conjunta entre este incremento en el número de trastornos, en su prevalencia y el desarrollo de las disciplinas que los tratan. Ellos hablan del “efecto Charcot” según el cual, el clínico encuentra lo que él mismo propaga. ¿Estamos ante una nueva epidemia de problemas mentales o ante el delirio de grandeza de las compañías farmacéuticas que no cejan en su esfuerzo por la invención de nuevas etiquetas diagnósticas que conlleven una

medicalización de la sociedad? Una teoría polémica que exponen estos dos autores y que es apoyada desde la psiquiatría y la psicología clínica que siguen el modelo fenomenológico o contextual, frente al modelo médico biológico tradicional. Desde el marco contextual, cada persona con depresión o con cualquier otro problema de salud mental es única y para poder ayudarla, es necesario que sea escuchada, comprendiendo el contexto biográfico y las circunstancias que le rodean.

Se observa, muy a menudo, que las personas tienen cierta tendencia a explicar las conductas desagradables o terribles adjudicando la etiqueta de loco, por ejemplo, a la persona que ha cometido un crimen. Esta etiqueta excluye al autor del acto violento del grupo que conforma el *nosotros*, el grupo de las personas buenas y razonables. Los malos, los locos son ellos, los *otros*. Esta distinción permite que uno no tenga que preocuparse por la conducta del otro, pues su comportamiento criminal no tiene nada que ver con el nuestro, el de las buenas personas. El peligro de este tipo de pensamiento, comenta Aronson (1981), es que puede hacer olvidar que cualquiera puede comportarse de forma desagradable o violenta frente a presiones, como lo demuestra el experimento de Zimbardo (1971, citado en Aronson, 1981, p.24-25). En esta investigación, el autor diseñó una prisión simulada dentro de la Universidad de Stanford y dividió una muestra de jóvenes maduros, estables e inteligentes asignándolos a dos grupos diferentes. Un grupo asumía el rol de guardianes y, el otro, el rol de presos. Transcurridos seis días hubo que suspender el experimento dada la crueldad de las conductas desarrolladas por los guardianes y las conductas deshumanizadas de los prisioneros. En menos de una semana, los valores y principios morales, las experiencias adquiridas, fueron sustituidas por una faceta de perversión y maldad humana. La declaración de las conclusiones del estudio de Zimbardo (1971) fue preparada por el Comité de Justicia del Congreso de los Estados Unidos, para una Vista sobre la reforma penitenciaria.

Este experimento, junto con un análisis de la historia pasada (segregación racial, entre otros acontecimientos espeluznantes) y los momentos históricos de la actualidad en los que resurge con fuerza la estigmatización de los inmigrantes, la violencia de los prejuicios y conductas de rechazo y exclusión social y el terrorismo por motivos religiosos, económicos y políticos, conduce a la reflexión y a preguntarse si realmente el ser humano cambia con la experiencia o simplemente

simula un cambio cosmético que no duda en alterar cuando las condiciones sociales y económicas por escasez de recursos o competencia por el poder y el dominio lo requieren.

## **2.2 HISTORIA DEL ESTIGMA HACIA LA “ENFERMEDAD MENTAL”**

“El normal y el estigmatizado no son personas, sino, más bien perspectivas”, escribía Goffman (1963, p.160) a modo de conclusión en su conocida e interesante obra sobre el estigma, concepto que, según el autor, implica “un penetrante proceso social de dos roles en el cual cada individuo participa en ambos roles, al menos en ciertos contextos y en algunas fases de la vida”. (1963, p.160). Parece que la historia de la enfermedad/salud mental va de la mano de la historia del estigma y de la psicología social que ha estudiado y explicado algunas de las etapas en la interacción de ambos procesos.

El estigma, los prejuicios, la discriminación y las conductas de rechazo social han existido desde siempre. En la época clásica, en el Peloponeso, al sur de Grecia, los espartanos lanzaban desde el monte Taigeto colina abajo a los niños “no aptos”. En esta categoría eran incluidos los niños débiles y los niños con discapacidades físicas o mentales.

Foucault (2007) en su obra *Historia de la locura en la época clásica* hace un recorrido a través de las variadas formas que las actitudes de exclusión y alienación hacia las personas con problemas de salud mental han ido adoptando con el paso de los siglos, desde el billete de ida en la nave de los locos hacia una existencia errante, llevándoles a buscar la razón de puerto en puerto, abandonándoles a su suerte o situándoles en los límites de la razón, a las puertas de las ciudades, hasta el internamiento en prisiones o en los hospitales que habían quedado vacíos tras la desaparición de la lepra. Como dato importante, en 1657, en la ciudad de París se internó a la centésima parte de la población. Así se fue generando el concepto de alienación en referencia a la sinrazón. La población candidata a ser “internada” era

variada. Las personas incluidas en los registros eran clasificadas y etiquetadas como depravadas, imbéciles, enfermos venéreos, impedidos, desequilibrados, prostitutas, pródigos, insensatos, homosexuales, blasfemos, alquimistas o libertinos, entre otras categorías afines. El hecho de que todas estas personas fuesen encerradas en los mismos centros de internamiento, creó una conciencia de locura asociada a conceptos propios del desequilibrio que suponían una amenaza hacia el orden establecido. Es por este motivo, continúa el autor, que el peso del Estigma recae sobre la locura. Esta excomuniación de la sinrazón imposibilita que sea objeto de conocimiento durante más de siglo y medio. La locura se convierte en una experiencia íntima del individuo que ha de ser vivida en secreto, por ser censurable, sin derecho de expresión, motivo de internamiento y necesitada de un reajuste ético. Este encierro, dentro de los límites de la sociedad, pero separado de ella por altos y gruesos muros, proporciona cierta seguridad a la población general que, al tener localizada la locura, puede diferenciarse y distanciarse de ella, pasando de ser ésta una experiencia en la aventura de toda razón humana, a ser una característica definida en una clase social bien delimitada, juzgada y controlada.

En 1793, Pinel, como director en el manicomio de Bicêtre, impulsó un gran cambio hacia la humanización del trato que se les daba a las personas con problemas mentales y eliminó su encadenamiento a las paredes. Propuso un tratamiento moral para ellos, basado en la concepción que Aristóteles elaboró acerca de la salud mental como equilibrio de las pasiones, que luego aplicó también en el hospital Pitié-Salpêtrière (Freedman, Kaplan & Sadock, 1975). Con su *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental o la manía*, publicado en 1980, Pinel se convierte, junto a Crichton (quien hizo alusión al trastorno por déficit de atención e hiperactividad bajo la etiqueta diagnóstica “inquietud mental” en su obra *Una investigación sobre la naturaleza y origen de la enajenación mental*, escrita en 1978), en pionero de la salud mental y de la psicopatología moderna.

El internamiento del *personaje asocial* sirve, en palabras de Foucault (2007), para trazar un orden social basado en la unidad familiar (idea propia del mundo burgués, asumida como regla social y norma de la razón). Es en el siglo XIX, cuando, por un lado, el conflicto del individuo con la familia se convierte en asunto privado y toma la apariencia de “Problema Psicológico” y, por otro, se comienzan a

poner en duda los auténticos fines y el valor de las casas de internamiento. Surge el concepto de enfermedad mental como sinónimo de alienación mental. El hombre alienado se siente a sí mismo como un extraño porque la sociedad no le reconoce, no se ve reflejada en su enfermedad y lo excluye. El alienado mental es una persona que ha perdido el uso de la libertad que la revolución burguesa le había conferido. Su voluntad puede ser anulada, sustituida por la voluntad de un tercero. Hace unos años, la ONU aprobó la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006), haciendo la recomendación de que los estados revisasen las leyes que regulan la guarda y tutela, y que se cambiase el modelo de tutela de sustitución de voluntad, por el modelo de apoyo en la toma de decisiones de las personas con discapacidad.

Fue el cambio de paradigma, que supuso el paso del modelo médico tradicional de enfermedad mental y de la perspectiva asilar, a la desinstitucionalización y al desarrollo de un modelo de salud mental comunitaria, el que dio lugar al aumento de los estudios acerca del estigma. Anteriormente, el estigma se centraba en la figura del *loco* encerrado en el manicomio. El movimiento de la antipsiquiatría y la reforma psiquiátrica, que preconizaban autores como Cooper y Laing en Gran Bretaña, Foucault en Francia y, fundamentalmente, Basaglia en Italia, favoreció la atención de las personas en su comunidad, la mejora del conocimiento científico de los problemas psicológicos y la aparición de nuevas patologías mentales propias del siglo XX. Pero también favoreció, sin pretenderlo y de una forma totalmente paradójica, que el estigma hacia la salud mental se haya ido extendiendo y ramificando: *la locura ha salido de la jaula*.

Actualmente, las personas con problemas de salud mental temen una baja laboral por causas psicológicas, anticipan el rechazo, ser ignorados o menospreciados por jefes y colegas; los padres no llevan a sus hijos al psicólogo clínico por temor a que sus profesores o sus compañeros les etiqueten y sufran algún tipo de acoso escolar; se retrasa la petición de ayuda por miedo a ese sufrimiento añadido que genera el rechazo y aislamiento social. La contribución del estigma al peso general del problema psicológico representa la carga encubierta de presentar un problema de salud mental y tiene importantes repercusiones personales, familiares, económicas y sociales (Pedersen, 2005).

La investigación sobre los procesos de exclusión y discriminación hacia personas con problemas mentales ha cobrado en los últimos veinte años una mayor relevancia al haber sido considerado un tema central, estrechamente relacionado con la defensa de los derechos humanos y la lucha por garantizar la equidad en el acceso a la atención socio-sanitaria de la población afectada. El propósito que se plantean la mayor parte de estas investigaciones es lograr incidir en las políticas públicas a nivel nacional e internacional para la erradicación del estigma hacia las personas con enfermedad mental, para lo cual se requieren investigaciones basadas en la evidencia y llevadas a cabo en poblaciones específicas que aporten coherencia a las propuestas y proyectos elaborados a tal efecto (Corrigan, 2012; Pedersen, 2005).

### **2.3 CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO DEL ESTIGMA EN SALUD MENTAL**

Desde que en 1963, Goffman, pionero en este tipo de estudios, definiera el estigma como situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social, han sido miles los trabajos que se han venido desarrollando desde la Psiquiatría, la Psicología, la Psicología Social y la Sociología sobre este tema. En el ámbito de la salud mental, el estudio del estigma ha sido abordado desde múltiples perspectivas:

1. Medición del estigma en población general (Link, Yang, Phelan & Collins, 2004; Muñoz, Pérez, Crespo & Guillén, 2009; Yilá, González-Pinto, Ballesteros & Guillén, 2007) y en poblaciones específicas (Casco, 1990; Corrigan, 2007; Watson et al, 2004).
2. Búsqueda de marco conceptual para la comprensión de los procesos de estigmatización (García-Silberman, 2002; Haghghat, 2001; Link et al., 2004; Michaels, López, Rüsche & Corrigan, 2012; Ottati, Bodenhausen & Newman, 2005; Pedersen, 2005; Thornicroft, Rose, Kassam & Sartorius, 2007).
3. Intervención y aplicación de programas de sensibilización en poblaciones específicas (Bono, Toro, Cárdenas, Ruiz & Carrasco, 2012; Doughty, 2005;



Moreno, Sánchez y López de Lemus, 2014; Pinto-Foltz, Logsdon & Myers, 2012)

4. Autoestigma (Corrigan & Watson, 2002; Garay, Pousa & Pérez, 2014; Link et al., 2001; Schwartz-Stav, Apter & Zalsman, 2006; Wahl, 1999).
5. Efectos y consecuencias perjudiciales del estigma público en la población afectada (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rüsche, 2012; López et al., 2008; Sartorius, 2003).

Estos estudios realizados acerca del estigma en salud mental se pueden dividir en varios niveles (Muñoz, Sanz & Pérez-Santos, 2011):

1. El estudio del *estigma estructural o institucional*, que hace referencia a las discriminaciones existentes a nivel de leyes e instituciones públicas y suele ser el campo de activistas políticos.
2. El *estigma público o social*, nivel en el que se han llevado a cabo estudios sobre el estigma en diversos grupos (profesionales de la salud mental, entorno escolar, familiares de personas con problemas mentales, ámbito laboral, población general, medios de comunicación). Este estigma público hace referencia al conjunto de creencias (estereotipos), prejuicios y conductas de rechazo, exclusión o discriminación existentes en población general.
3. Un tercer nivel de estudio aborda el punto de vista del estigmatizado, es decir, de la persona con problemas de salud mental. Se establecen varias categorías:
  - El *estigma percibido*. Es el conocimiento de los estereotipos, prejuicios y conductas discriminativas existentes en la sociedad en torno a las personas que presentan un problema de salud mental.
  - El *estigma experimentado*. Es el que se vive en primera persona ante las reacciones de discriminación o rechazo por parte de los demás por tener problemas de salud mental.
  - El *estigma anticipado*. Aparece cuando la persona con problemas de salud mental es consciente de los prejuicios existentes en la sociedad y anticipa lo

que los demás van a pensar, a sentir y cómo van a comportarse con él/ella en determinadas situaciones sociales.

- *El estigma internalizado o autoestigma.* Se produce cuando el estigma percibido, es decir, cuando el conocimiento de los estereotipos asociados a los problemas de salud mental se interioriza y llega a ser un estigma sentido como propio, caracterizado por la presencia de baja autoestima y sentimientos negativos acerca de uno mismo.

Como se aprecia tras esta breve introducción, el estigma en salud mental es un fenómeno complejo en el que intervienen multitud de factores tanto personales (biológicos y psicológicos), como sociales, económicos y políticos y para una mayor y mejor comprensión son necesarios diferentes niveles de análisis. El objetivo final de esta comprensión es tratar de erradicar el estigma para facilitar la recuperación y evolución de las personas con problemas de salud mental y mejorar su calidad de vida y la de las personas en general, tengan o no dificultades psicológicas, primero, porque no hay que olvidar la elevada prevalencia de dichas patologías, cualquiera puede necesitar la ayuda de un psicólogo clínico y/o psiquiatra -hace años, la OMS (2005) ya advertía que, en población general, 1 de cada 4 personas pasarían a lo largo de su vida por un problema de salud mental y según un informe de UNICEF (2011), la frecuencia de los problemas mentales ha aumentado en los últimos 20 años, el 20% de la población adolescente tiene problemas de salud mental-y, segundo, porque si se consigue el reto de erradicar el estigma, de normalizar los problemas mentales, la población general, con y sin problemas mentales, tratará estos temas con naturalidad en sus círculos de amigos, en sus redes sociales, y no mostrarán dificultades a la hora de hablar de sus preocupaciones o de solicitar ayuda profesional, en caso de ser necesario, para ellos mismos o para sus hijos, con lo cual se estará consiguiendo el triple objetivo de eliminar o reducir el estigma, prevenir los problemas de salud mental y promocionar la salud mental.

Sin embargo, la efectividad de los esfuerzos dirigidos a erradicar o disminuir el estigma en salud mental reside en la comprensión científica de los mecanismos que originan y mantienen este proceso de estigmatización. Para ello, es decisiva la posibilidad y capacidad de observación y medición de dicho fenómeno. Según el

estudio bibliométrico realizado por López et al. (2008), la mayor producción científica sobre el estigma de la salud mental publicada durante el período 1995-2005 en revistas de impacto proviene de tres grupos:

1. El grupo liderado por Matthias Angermeyer en Alemania, vinculado a la Asociación Mundial de Psiquiatría.
2. El grupo organizado en torno a Patrick Corrigan y David Penn en Estados Unidos, relacionado con la elaboración de escalas para medir el estigma y los programas de rehabilitación psicosocial y con una fuerte base en Psicología Social.
3. El grupo dirigido por Bruce Link y Jo Phelan, también en Estados Unidos y apoyado más en la Sociología.

En el capítulo 3 de esta tesis, dedicado a estigma, salud mental y adolescencia se presentan los resultados de la revisión bibliométrica (período 2003-2014) realizada para la preparación de la tesis. Se presentan las áreas temáticas que más interesan en la comunidad científica, los autores más productivos y sus líneas de investigación en el campo del estigma en salud mental en población adolescente.

A continuación se presentan distintas teorías y modelos conceptuales sobre el estigma de la salud mental en población general.

## **2.4 TEORÍAS Y MODELOS DE ESTUDIO DEL ESTIGMA HACIA LA SALUD MENTAL**

Siguiendo, en un principio, la revisión de la literatura realizada por Link et al. (2004) y continuando con los resultados obtenidos en la propia revisión realizada para el presente estudio, en este punto se exponen las diferentes teorías existentes sobre los procesos de estigmatización en el ámbito de la salud mental.

### 2.4.1 Teoría de Goffman

Existen varios marcos conceptuales desde donde diferentes investigadores abordan el estudio, la comprensión y medición del estigma asociado a la enfermedad mental. Uno de los tres marcos teóricos más relevantes según un estudio realizado por Link et al. (2004) es el marco conceptual de Goffman (1963) que ha contado con una indiscutible gran influencia, dada la enorme cantidad de autores que utilizan sus definiciones y conceptos relativos al estigma. En su ensayo sobre el estigma, Goffman (1963) aporta una primera definición en el propio título de la obra: el estigma concebido como un proceso de identidad deteriorada. Profundizando en la lectura de este ensayo, se contemplan otras características con las que el autor va enriqueciendo el concepto de estigma: atributo, defecto, falla o desventaja que desacredita de forma amplia a su portador. Cuando la persona es estigmatizada se convierte en un ser menospreciado. Refiere el autor en su obra, otras actitudes de la sociedad hacia los estigmatizados:

1. Se cree que las personas estigmatizadas no son totalmente humanas. La sociedad crea una ideología para explicar la inferioridad y poner de relieve la peligrosidad de estas personas etiquetadas como *inválidas o taradas*.
2. Basándose en el *defecto original* (marca o estigma), se tiende a atribuir un número mayor de imperfecciones y algún atributo deseable (pero no deseado por aquellos que estigmatizan) de índole sobrenatural (por ejemplo, *el sexto sentido*).
3. Las reacciones defensivas, ante estas atribuciones negativas, por parte de los estigmatizados, suelen ser percibidas como una expresión directa del defecto.
4. La sociedad considera que el defecto es un castigo justo por algo que esa persona o sus padres han hecho y justifica el modo en que es tratado socialmente.

Goffman (1963) hace referencia a la existencia de dos tipos de marcas, las visibles y las no visibles, en su opinión, el estigma oculta una doble perspectiva, la del individuo desacreditado (porque las fallas o defectos son visibles o ya se conocen) y el individuo desacreditable (en el que las fallas no son visibles o todavía

no se conocen). Precisamente, sobre esta aportación se basan las posteriores conceptualizaciones de la dimensión de visibilidad del estigma de Jones et al. (1984) y el estudio de la ocultación o secreto como mecanismo de afrontamiento en situaciones en las que las personas pueden pasar de desacreditables a desacreditadas (Schneider & Conrad, 1980). Goffman (1963) plantea el problema del control y manejo de la información por las personas acerca de su condición de desacreditables, cuando pueden decidir si decir la verdad o callar, si prefieren ocultarla o revelarla y a quién, cómo, cuándo y dónde. Cuando se decide encubrir la enfermedad mental, se puede intuir que cualquier incidente puede poner al descubierto ese secreto que es motivo de descrédito. Esto supone una amenaza a la identidad social virtual, por un lado, y por otro, un coste psicológico enorme, un alto nivel de ansiedad. Goffman (1963) plantea que si se hiciese un estudio en profundidad sobre las personas que ocultan esta información, se comprobaría que esta ansiedad no está siempre presente. Un ejemplo de esta afirmación lo aporta Moses (2009) en un estudio realizado con población adolescente, en el que los participantes no mostraron ansiedad por ocultar que tenían problemas psicológicos y lo argumentaban diciendo que esa información pertenecía a su privacidad. Por otro lado, respecto a este mismo tema, Major y O'Brien (2005) han desarrollado un Modelo de Estigma de Amenaza a la Identidad muy interesante que se expone con mayor detalle en otro epígrafe de este mismo capítulo.

Otra de las ideas de Goffman es la de *los propios* que hace referencia a las personas que son igualmente estigmatizadas, idea que se pone de manifiesto en posteriores trabajos realizados por otros autores (Link et al., 1989), en los que se evalúa la retirada o el aislamiento como mecanismo de afrontamiento del estigma. El estigmatizado normalmente percibe que *los otros*, a pesar de lo que declaren, no le aceptan realmente, ni están en predisposición de relacionarse con él en igualdad de condiciones. Es muy posible que ante estas percepciones, las personas estigmatizadas prefieran estar con los propios, con los que poseen una condición similar a la suya.

Goffman (1963) acomete el estudio de conceptos como identidad social y personal e introduce el término de categorización marcando una diferencia entre identidad social virtual que es el conjunto de categorías y atributos que se aplica a las personas al conocerlas por vez primera, y la identidad social real que son las

categorías y atributos que verdaderamente posee esa persona. Cuando se produce una discrepancia entre la identidad social virtual y la identidad social real de un sujeto, puede quedar dañada su identidad social, pasando a ser una persona desacreditada y pudiendo entonces dicha persona objeto de estigma, interiorizar las creencias y características indeseables que los demás le han atribuido dando lugar a una pérdida de confianza en sus propias capacidades, proceso que, hoy en día, se conoce como autoestigma o estigma internalizado y que en la última década ha comenzado a estudiarse en profundidad dada la alta repercusión que tiene sobre la autoestima y el proceso de búsqueda de ayuda profesional y el de recuperación por parte de personas con problemas de salud mental (Garay et al., 2014; Moses, 2009).

La vergüenza, dice Goffman (1963), se convierte en un factor central cuando la persona percibe sus atributos como señal de *impureza*. Comenta el autor que el sujeto puede llegar a odiarse y a denigrarse a sí mismo y lo ejemplifica con un fragmento del relato de una persona con problemas de salud mental: “Yo no podía ser esa persona que se reflejaba en el espejo (...)” (1963, p.18-19). Las personas estigmatizadas buscan la aceptación y para ello son capaces de intentar ocultar, disimular o corregir su condición, dedicando un enorme esfuerzo personal a dicha empresa. Otras veces, se utiliza el estigma para conseguir beneficios secundarios. La desventaja, el estigma son transformados en una muleta que justifica la evitación de la responsabilidad social.

Otra de las muchas ideas que Goffman (1963) aportó al conocimiento del estigma, es la que hace referencia al hecho de que existen diferentes tipos de estigma y que la respuesta a ellos no es uniforme. Esta idea ha sido también utilizada en una reciente investigación llevada a cabo por Marichal y Quiles (2000), con el propósito de averiguar si los estigmas poseen una estructura categorial coherente en las tres dimensiones independientes propuestas en la taxonomía de Goffman.

En la citada investigación se actualiza una de sus aportaciones más relevantes, la división del estigma en tres categorías diferentes:

1. Estigmas Físicos (Goffman hablaba de abominaciones y deformaciones físicas).
2. Estigmas Psicológicos (denominados por Goffman defectos del carácter y que incluían la falta de voluntad, las creencias rígidas y falsas, etc.).

3. Estigmas Sociales (Goffman los llamaba estigmas tribales e incluía los que tenían que ver con la raza, la nación y la religión).

Los resultados obtenidos por las autoras mostraron tanto la flexibilidad intercategorial como la diferenciación intracategorial en los estigmas percibidos. Según esta concepción y clasificación del estigma, las conductas discriminativas hacia las personas estigmatizadas dependen de la naturaleza del estigma y las categorías asociadas a ella.

#### **2.4.2 Teoría de las Dimensiones del Estigma**

El segundo de los tres marcos conceptuales que Link et al. (2004) extrajeron como relevantes tras la revisión de 123 artículos empíricos sobre el estudio del estigma en la enfermedad mental en el período de 1995 a 2003, es la Teoría de las Dimensiones del Estigma de Jones et al. (1984). En esta teoría se utiliza el término 'mark' como un descriptor que contiene condiciones consideradas como desviadas por nuestra sociedad y que puede dar lugar al proceso de estigmatización. Cuando esa marca es atribuida a una persona, se convierte en alguien indeseable ya que posee una falla que le desacredita ante los demás. Jones et al. (1984) en su obra *Estigma social: la Psicología de las relaciones marcadas*, identifican seis dimensiones del estigma:

1. Ocultación. Es una dimensión que indica el grado de visibilidad de las características que pueden dar lugar al proceso de estigmatización y la posibilidad de ocultarlas. Jones et al. (1984), exponen los resultados que Kleck (1968) encontró en un grupo de personas con epilepsia cuyas crisis eran controladas por psicofármacos, por lo que podían ocultar su condición y así lo hicieron. La mayor parte de ellos reveló su problema a muy pocas personas, incluso lo ocultaron a personas importantes en sus vidas. Sobel (1981, citado en Jones et al., 1984, p.28) escribió un artículo sobre el estigma de la psicoterapia en el que explicaba cómo numerosas personas (estudiantes y trabajadores) no hacían uso de sus seguros y pagaban de su bolsillo las sesiones de psicoterapia para evitar la posibilidad de que sus jefes y compañeros se enterasen de que tenían problemas y estaban recibiendo ayuda

de psiquiatras y/o psicólogos. Las personas evitan ser individuos marcados para no sufrir las consecuencias de la estigmatización. Así pueden tener una vida social razonablemente satisfactoria a pesar de la tensión que puede generar su problema mental. El miedo más común de la persona marcada es la gran probabilidad de ser descubierta en una relación de más largo recorrido, como en una relación de pareja, por ejemplo.

La posibilidad de que la marca sea evidente de forma inmediata puede tener efectos beneficiosos. A veces, las personas estigmatizadas que creen que los demás conocen sus problemas están menos afectadas negativamente que las que no están seguras de si los demás conocen o no su condición.

2. Curso o direccionalidad. Se trata de una dimensión del estigma que indica si la condición estigmatizante es reversible o puede modificarse en el tiempo. No se puede cuestionar que el curso de la marca es un factor que influye en las relaciones interpersonales. Gusow y Tracy (1968, citado en Jones et al., 1984, p.36) refieren un listado de ocho características que podrían provocar el rechazo social, tres de ellas hacen referencia al curso de la condición a lo largo del tiempo (ser progresivamente agobiante y deformante; ser crónica, no mortal y seguir un curso inusualmente largo; aparentemente incurable). Jones et al. (1984) cuentan la experiencia de Schwartz (1957) que estudió las percepciones, creencias y actitudes que las esposas de personas con problemas mentales tenían acerca de sus esposos. La autora encontró que la creencia acerca de si el problema tenía o no tenía solución, marcaba una importante diferencia en la perspectiva y en las actitudes de las esposas. La creencia de que las personas se pueden recuperar de su enfermedad mental se relaciona con actitudes favorables hacia dichas personas. El curso de la marca como dimensión del estigma es un factor bastante complejo pues se halla relacionado con otras dimensiones del estigma, en especial con el origen y con la ocultación. Cuando se altera el curso de la marca y los cambios provocan una mejora en la aceptación social, puede subir la autoestima de la persona estigmatizada. Sin embargo, en las relaciones sociales en las que está implicado el estigma, influyen varios factores, entre ellos, el estado de la marca en el presente, las creencias acerca de los cambios ocurridos en el



pasado y las de los posibles cambios que puedan producirse en el futuro. Sin olvidar los efectos derivados del hecho de la visibilidad o invisibilidad de la marca.

3. **Disruptividad.** Esta dimensión se refiere al nivel de tensión que provoca la 'marca' en las relaciones con los demás. Es una dimensión que los propios autores reconocen como conceptualmente menos clara que el resto y que, además, ha sido poco estudiada por los investigadores. Sin embargo, exponen algunos hallazgos encontrados por varios autores (Siller, Ferguson, Vann & Holland, 1968; Vann, 1970, citados en Jones et al., 1984, p.46) que, a través de procedimientos de análisis factorial, han identificado los factores de tensión de interacción y antipatía y tensión de interacción que son muy similares al factor de disruptividad. Las personas con problemas de salud mental, con tartamudez o estrabismo pueden generar esta tensión en sus relaciones con los demás. Algunas marcas generan la tensión por sí mismas y en alto grado, como la de la enfermedad mental. Esto se debe a la creencia de que las personas con problemas mentales son impredecibles (Farina, 1981). Otro factor que se relaciona con la disruptividad en las relaciones es el nerviosismo. Las personas no se sienten cómodas cuando interactúan con otras que muestran nerviosismo. Esto parece ser debido a que el presentar nerviosismo se asocia a tener un problema mental y a imprevisibilidad.
4. **Estética o apariencia física.** Esta dimensión hace referencia a la imagen asociada al estigma y según los autores de esta teoría, es una de las dimensiones más importantes. La investigación ha mostrado que el grado de belleza, fealdad o la presencia de defectos físicos influye de varios modos en las relaciones interpersonales. Esta dimensión provoca una respuesta afectiva inmediata, en contraste con las reacciones cognitivas que suscitan otro tipo de procesos atribucionales estigmatizadores. Richardson (1969, citado en Jones et al., 1984, p.51) descubrió que los niños de cuatro meses ya muestran reacciones inmediatas de desagrado ante caras distorsionadas. Sin embargo, la familiaridad puede jugar un papel importante en este proceso. Dramáticos y controvertidos son los resultados encontrados en otras investigaciones sobre la influencia que ejerce el atractivo físico de las personas en la adaptación

social o en tener problemas de salud mental. Jones et al., (1984) hacen referencia a dos investigaciones (Farina, Fischer, Sherman, Smith, Groh & Mermin, 1977; Napoleon, Chassin & Young, 1980) que probaban que las personas poco atractivas tenían más dificultad para conseguir una adaptación social satisfactoria y comparados con personas atractivas mostrarían más problemas de salud mental que ellas. La mayor parte de los pacientes con problemas mentales hospitalizados eran menos atractivos que los sujetos del grupo de control. Los autores se plantean si una intervención temprana mejorando la apariencia física de estas personas podría evitar el desarrollo de problemas psicológicos.

5. Origen o causa. Hace referencia a la responsabilidad atribuida al estigmatizado sobre su condición estigmatizante. Esta dimensión incluye otras subdimensiones como: causas congénitas vs causas no congénitas, el momento de aparición de la marca en el curso de la vida, la rapidez o lentitud de su comienzo, y el papel del propio individuo en la génesis de su marca. Todos estos factores van a afectar tanto el cómo perciben y tratan los otros a la persona marcada, como a la propia persona afectada, en cuanto a sus sentimientos y conductas. La subdimensión que más impacto causa es la del papel de responsabilidad de la persona en la génesis de su marca, pues ejerce una gran influencia en el proceso de estigmatización. Existe un acuerdo general sobre el hecho de que, cuando a un individuo marcado no se le considera responsable de su condición, se le trata socialmente mucho mejor y a la inversa, cuando se le hace responsable se le castiga de diversas formas (Freidson, 1966; Vann, 1976, citados en Jones et al., 1984, p.57). Por otro lado, en un estudio de Freeman (1961), al que hacen referencia Jones et al., (1984), la mayor parte de los familiares de pacientes con problemas mentales que habían sido anteriormente hospitalizados creían que los pacientes eran culpables del inicio de sus problemas mentales y también pensaban que su recuperación era menos probable. La enorme importancia que la atribución de responsabilidad cobra, en particular, respecto al estigma de los problemas mentales, se aborda más ampliamente en el capítulo 4 como parte del marco teórico seguido para la realización de la tesis. Desde otro punto de vista, el hecho de atribuir la responsabilidad de su condición a la persona marcada

(por ejemplo, el pobre es responsable de su pobreza), es un mecanismo de autoprotección para las personas que estigmatizan, pues así no se ven en la obligación moral de tener que ayudar. Lerner (1970) utiliza la *Hipótesis del mundo justo* para explicar que las personas creen que el mundo es un lugar donde la gente consigue lo que merece y merece lo que consigue. Dicha hipótesis ha sido comprobada en multitud de estudios. También es importante el punto de vista de la persona marcada que se atribuye la responsabilidad de su marca. Aquí habría que distinguir, y esto tiene gran relevancia en el proceso de estigmatización y autoestigma de las personas con problemas de salud mental, entre la atribución de responsabilidad en el origen o causa del problema y la atribución de responsabilidad en el mantenimiento del problema (Brickman, 1982). La persona no es responsable del origen de su enfermedad pero sí asume un papel activo y responsable en el proceso de la recuperación de la salud y del bienestar emocional.

6. Peligro. Esta dimensión sugiere qué tipo de peligro es asociado a la marca y cuán inminente y grave es. Es la sensación de miedo que la marca induce en los otros. El miedo es la esencia del estigma. Problemas mentales y rechazo por peligrosidad es una asociación muy extendida. La posibilidad de un ataque físico o verbal es el peligro más saliente asociado a las personas marcadas, especialmente, a las personas con problemas de salud mental. Esto lleva a las personas estigmatizadas a ocultar sus problemas, pues temen el rechazo y la exclusión social. El miedo amplifica la gravedad de la amenaza. El senador Thomas Eagleton se vio forzado a renunciar a su candidatura como vicepresidente en 1972 (Missouri, USA), cuando se descubrió que había recibido tratamiento psiquiátrico por depresión. En su dimisión, tuvo un papel muy importante el incumplimiento de la ética periodística. En la actualidad, se responsabiliza a los medios de comunicación de transmitir una imagen peligrosa de las personas con problemas de salud mental, relatando y enfatizando los sucesos violentos en sus reportajes en los que con grandes titulares se resalta que un esquizofrénico o un enfermo mental ha cometido un asesinato. Relatan los autores de la teoría de las dimensiones del estigma, el ejemplo del enfoque periodístico de la noticia del asesinato de John Lennon en el que junto al nombre de la persona acusada de asesinato se resaltaban los

términos ex-paciente mental. Gerbner (1980, citado en Jones et al., 1984, p.67) demostró a través de sistemáticas investigaciones sobre programas televisivos, que la televisión transmitía imágenes de personas con problemas de salud mental altamente peligrosas. En resumen, la peligrosidad hace referencia al miedo, alarma o amenaza que provoca el estigma. La peligrosidad puede ser física (miedo al contagio de una enfermedad), psicológica (miedo al desequilibrio mental) o social (amenaza en el cumplimiento de las normas sociales). Otro peligro inherente al proceso de estigmatización es el rechazo social asociado a las personas que tienen relación con aquellos que están marcados. Goffman (1963) utilizó el término *estigma de cortesía* para denominar este fenómeno.

Jones et al., (1984) han revisado numerosos trabajos para identificar estas dimensiones del estigma y se reconocen sorprendidos al comprobar que, a pesar de la variedad de condiciones estigmatizantes (obesidad, problemas de salud mental, ceguera, diabetes, etc.) incluidas en los estudios y de la diversidad de aproximaciones utilizadas, existe un alto grado de consistencia respecto a las dimensiones del estigma que han sido consideradas cruciales por los investigadores.

### **2.4.3 Teoría de los Componentes del Estigma**

Otro de los marcos conceptuales más relevantes es el de la Teoría de los Componentes del Estigma (Link & Phelan, 2001), una conceptualización reciente, derivada del modelo sociológico conocido como Teoría del Etiquetado (Link, 1987; Link, Cullen, Frank & Wozniak, 1987), que posteriormente fue modificada (Link, Cullen, Struening, Shrout & Dohrenwend, 1989) para profundizar sobre cómo la devaluación y la discriminación generadas por la etiqueta influyen en diferentes facetas de la vida como los sentimientos de bienestar y el acceso a los recursos sociales y económicos. Se conoce como la Teoría Modificada del Etiquetado.

Link y Phelan (2001) sostienen la idea de que el estigma aparece cuando converge la interrelación de estos componentes:

1. Etiquetado. Las personas distinguen y etiquetan las diferencias humanas.
2. Estereotipos negativos. Las personas son etiquetadas con características indeseables, en función de las creencias culturales dominantes.
3. Aislamiento. Las personas etiquetadas son colocadas en distintas categorías que acaban separando de alguna manera el *nosotros* del *ellos*. Una grave consecuencia de este proceso de aislamiento cognitivo, es cuando los miembros del grupo estigmatizado aceptan los estereotipos y prejuicios sociales y comienzan a verse ellos mismos como diferentes e inferiores a los demás.
4. Pérdida de estatus. Las personas etiquetadas viven una pérdida de estatus y desigualdad de derechos.
5. Respuestas emocionales. Este componente del estigma es primordial para comprender la conducta de las personas que estigmatizan y de las que son estigmatizadas. Estas reacciones emocionales pueden ser de enfado, ansiedad, miedo o piedad.
6. Discriminación individual. Existen dos niveles: expectativas de discriminación y experiencias de discriminación. Cuando una persona es etiquetada de forma negativa con características indeseables, se construye una razón, una base “lógica” que sirve como justificación para que esta persona pueda ser devaluada y rechazada cuando busca empleo, vivienda, o simplemente amistad.
7. Discriminación estructural. La estigmatización dificulta el acceso al poder social, económico y político. Éste es un mecanismo muy sutil a través del cual las instituciones continúan estigmatizando y provocando desventajas hacia los grupos minoritarios, por ejemplo, fijando una menor cuantía en los presupuestos generales del estado para la investigación de la esquizofrenia que para el estudio de otras enfermedades.

El componente de las reacciones emocionales es importante por varias razones:

1. Las reacciones emocionales son detectadas por la persona que es estigmatizada y proporcionan información relevante. Por ejemplo, cuando se siente ansiedad y piedad ante una persona con problemas de salud mental, durante la interacción se puede utilizar un tono de voz suave, poco natural, que indicará a la persona con problemas mentales que se está relacionando con ella desde la posición de la diferencia (el *nosotros* frente al *ellos*), no desde la igualdad.
2. Las reacciones emocionales implican el posible desarrollo de respuestas conductuales hacia las personas estigmatizadas. Dichas conductas han sido identificadas por la Teoría de la Atribución de Weiner (1986) que pone de manifiesto que las atribuciones sobre la causa de un acontecimiento negativo ejercen una gran influencia sobre lo que uno piensa y cómo se comporta con las personas estigmatizadas.
3. Desde el punto de vista de las personas estigmatizadas, pueden surgir emociones de turbación o desconcierto, vergüenza, miedo, alienación o enfado. La vergüenza es la emoción central en el estigma y el proceso de avergonzarse puede implicar graves consecuencias para las personas estigmatizadas (Sheff, 1998).

El estigma y cada uno de sus componentes tienen una serie de grados que varían en función de las circunstancias estigmatizadoras (SIDA, obesidad, depresión, cáncer, esquizofrenia, depresión, etc.). Al igual que las dimensiones del marco teórico de Jones et al. (1984), los componentes del estigma definidos por Link y Phelan (2001) son útiles para identificar los contenidos que se deben incluir a la hora de medir el estigma. Importante es tener en cuenta las consecuencias negativas que los estereotipos culturales ejercen sobre las personas estigmatizadas, como se ha puesto de manifiesto a través de la Teoría Modificada del Etiquetado (Link et al., 1989), la Amenaza de Estereotipos (Steele, 1997) y la Conciencia de Estigma (Pinel, 1999).

Un único rasgo distintivo del modelo conceptual del estigma de Link y Phelan (2001), es la idea de que el estigma depende completamente del poder social, económico y político. Los grupos con menor poder pueden ser etiquetados, discriminados y excluidos por los grupos más poderosos. Los autores opinan que los pacientes con problemas mentales pueden ser etiquetados y estigmatizados por los psiquiatras, pero consideran que en este caso no puede hablarse de estigma porque los profesionales de la salud mental carecen del poder social, cultural y político para generar en ellos graves consecuencias discriminativas. Desde otras perspectivas, la postura de estos autores puede ser criticada, porque los psiquiatras que dirigen las áreas de salud mental públicas sí cuentan con poder para tomar decisiones políticas al respecto. Existen algunos estudios que presentan a los psiquiatras como profesionales que intervienen en el proceso de estigmatización (Muñoz et al., 2009; Rodríguez Marín, 2001) por el modo en el que tratan a las personas que acuden a sus consultas.

#### **2.4.4 Teoría Sociocognitiva de Corrigan**

En la revisión de la literatura en lengua inglesa y española (período 2003-2014) realizada para llevar a cabo esta tesis, sobresale un marco conceptual relevante utilizado por uno de los grupos de investigación más productivos en el ámbito de la investigación del estigma en la actualidad y liderado por Patrick Corrigan (Estados Unidos). Corrigan (2004) desarrolla su Teoría Sociocognitiva del Estigma de la Enfermedad Mental basándose en la teoría de Atribución Causal de Weiner (1995) que explica, en parte, las relaciones entre las actitudes estigmatizantes y la conducta discriminatoria.

Weiner (1985) expuso que la dimensión de controlabilidad (de la enfermedad) implica el grado en que se considera al estigmatizado responsable de su estigma (la enfermedad). Si se considera que el estigma es controlable en su origen o en su solución, se rechaza a la persona estigmatizada al considerar que podría haber evitado de alguna manera el desarrollo de la marca o estigma (problema mental). Las atribuciones personales de responsabilidad para un evento negativo llevan a que la persona prejuiciosa se enfade, disminuyan sus conductas de ayuda y aumenten las de castigo. A la inversa, cuando no se atribuye culpa o responsabilidad por un suceso perjudicial, se generan sentimientos de piedad y deseos de ayudar a la persona

estigmatizada. Corrigan et al. (2007) utilizan el modelo de Johnson-Dalzine, Dalzine y Martin-Stanly (1996), para explicar cómo si se confiere la etiqueta de peligrosidad a una persona, se le teme y se responde aprensión y evitación ante ella. Corrigan et al. (2007) proponen dos hipotéticos modos explicativos de las diferentes reacciones estigmatizadoras ante las atribuciones de responsabilidad (piedad-ayuda y enfado-discriminación) y de peligrosidad (miedo-evitación/discriminación), teniendo en cuenta como variables exógenas el género, el grupo étnico y el nivel educativo.

Dado que éste es el marco teórico que se ha seguido para el desarrollo de la tesis que se presenta, se ha dedicado el capítulo 4 para una exposición más detallada y completa de este modelo.

#### **2.4.5 Otras aportaciones teóricas**

La mayoría de los autores (Vander, 1989) que investigan en el amplio campo del estigma de la enfermedad mental utilizan como punto de partida para la comprensión del proceso de estigmatización, el modelo tridimensional de la actitud de Rosenberg y Hovland (1960). Este modelo asume que la actitud es una predisposición a responder ante una clase de estímulos con un cierto tipo de respuestas que pueden ser afectivas (sentimientos de agrado o desagrado), cognitivas (creencias o estereotipos) o conductuales o de intención de conducta. Como se expuso en el capítulo 1 de esta tesis, los estereotipos suelen carecer de exactitud, son generalizaciones acientíficas y poco fiables. Un ejemplo de estereotipo puede ser: “las personas con problemas mentales son impredecibles”. El componente afectivo de una actitud consiste en los sentimientos o emociones que suscita en un individuo la presencia de una persona, objeto o situación o su representación simbólica. Estas reacciones afectivas pueden ir desde la ira o el enfado al odio, piedad, envidia, amor, desprecio, temor o simpatía, entre otras (por ejemplo, sentir miedo ante una persona con problemas de salud mental). El componente conductual de una actitud es la tendencia a mostrar una conducta ante una determinada persona, grupo, objeto o situación (Vander, 1989). Esta tendencia no tiene por qué materializarse en un comportamiento real de acercamiento, ayuda, huida, evitación o agresividad, entre otras posibilidades, coherente con la intención de conducta inicial. Por ejemplo, en el caso del estudio del estigma, se puede pensar que una persona con un problema



mental es aburrida y, aunque en principio la intención de conducta fuese evitar quedar con ella, se podría mostrar un comportamiento amable aceptando dar un paseo, por efecto de la deseabilidad social, esto es, por miedo a dar una imagen social negativa y exponerse a ser rechazados por ello. Son muchos los investigadores (Link et al, 2004) que han puesto de manifiesto una baja correspondencia entre las actitudes expresadas verbalmente y la conducta del sujeto. A menudo se cita el experimento de LaPière (1934) para ratificar esta baja correspondencia, pero dicho experimento también ha recibido varias críticas.

Dentro del estudio de las reacciones emocionales frente a las personas estigmatizadas, Weiner, Perry y Magnusson (1988) encontraron la piedad y la ira, como reacciones que variaban en función de la percepción de controlabilidad del estigma. Otros autores (Dijker & Koomen, 2003) añaden la respuesta de ansiedad que también se considera central en la relación no estigmatizado-estigmatizado: la ansiedad social que los sujetos sin estigma muestran en la relación con el o los estigmatizados. Del Prado (2008), en su estudio sobre el estigma hacia la discapacidad física y sensorial, refiere también este papel de la ansiedad como elemento presente y precursor de la delicada situación del encuentro e interacción del estigmatizado y el no estigmatizado (Hebl, Tickle & Haetherton, 2000) motivado según sugieren Crocker, Major y Steele (1998), por no saber cómo actuar ante los miembros de los grupos estigmatizados. Una de las conclusiones más interesantes del estudio realizado por Del Prado (2008) es la que hace referencia a la existencia de relación de sentimientos positivos y negativos con conductas de evitación, por ejemplo, la empatía y la ansiedad que ponen de relieve una actitud ambivalente hacia los discapacitados. Comenta la autora, que esta ambivalencia actitudinal es abordada por el modelo teórico de ambivalencia-amplificación de Katz (1981) en el que se plantea que las reacciones ante las personas estigmatizadas no son totalmente positivas (amistad, simpatía, aceptación) o totalmente negativas (hostilidad, denigración, rechazo), sino que pueden aparecer ambos tipos de reacciones, ya que los miembros de los grupos estigmatizados pueden despertar sentimientos de compasión al considerar que están en desventaja y tienen menos oportunidades que los miembros de los grupos no estigmatizados, y, al mismo tiempo, también pueden generar sentimientos negativos, por ejemplo, porque no cooperan en la misma medida para la obtención de beneficios sociales. Se sugiere que esta dualidad de

sentimientos puede ser uno de los motivos que dificultan las relaciones con los miembros de grupos estigmatizados. Una teoría que guarda relación con este modelo sería la propuesta por Kurzban y Leary (2001) que sugiere que la impredecibilidad del comportamiento, uno de los estereotipos más frecuentemente aplicados a las personas con problemas de salud mental, es uno de los factores que contribuyen a la evitación, al rechazo y la exclusión social, dado que existe la creencia de que su conducta puede violar normas sociales, esquemas conductuales o expectativas.

En los trabajos llevados a cabo por Fishbein y Ajzen (1975), los autores parten del planteamiento clásico de que las actitudes están integradas por tres componentes: el *componente cognitivo*, el *afectivo* y el *conativo*. Aunque el concepto de actitud tiene un papel importante en la comprensión del comportamiento de las personas, Fishbein y Ajzen (1980) muestran en su Teoría de la Acción Razonada que hay que tener en cuenta otras variables. Una de ellas es la intención de conducta, en la que intervienen factores personales, como la actitud favorable o desfavorable hacia la realización de una conducta determinada según las consecuencias derivadas de esta conducta y factores sociales, como la *norma subjetiva* que hace referencia a la información de que dispone la persona y la presión social percibida para que se lleve a cabo una conducta determinada. En un trabajo de Schwartz y Howard (1984) sobre comportamiento altruista, se presenta un modelo de activación de la norma en el que se considera que existe una mayor probabilidad de la conducta altruista cuando la persona es consciente de las consecuencias perjudiciales de la omisión de esta conducta y además se siente responsable de éstas. Estos autores añaden los conceptos de norma personal y de valores, al sugerir en su trabajo que los valores actúan sobre el comportamiento humano activando la *norma personal*, definida ésta como obligación moral de responsabilidad ante una acción. García-Silberman (2002) en una investigación desarrollada para determinar si las creencias influyen en la búsqueda de ayuda profesional por parte de personas con problemas de salud mental, utilizó el marco teórico de Fishbein y Ajzen, confirmando la capacidad predictiva de este modelo respecto a la relación causal entre creencias, actitudes e intenciones de conducta. Sin embargo, la conducta de búsqueda de ayuda resultó poco influenciada por creencias, actitudes o intenciones conductuales, dependiendo ésta más bien de la necesidad experimentada.

Dado el menor poder predictivo de las actitudes sobre la intención de conducta frente a otras variables como las normas subjetivas y personales, en las últimas décadas, ha aumentado el interés por el estudio de los valores como antecedentes inmediatos de las normas, ya que suelen estar vinculados a distintos aspectos del comportamiento. Rokeach (1973) destacó que los valores, definidos como creencias jerarquizadas sobre los estilos de vida que guían nuestras actitudes y conductas, son el componente central de la personalidad, mientras que las actitudes y las conductas serían más periféricas. Este autor defendió la centralidad de los valores basándose en tres razones: una de ellas, porque tienen un componente motivacional, además de los cognitivos, afectivos y conductuales que comparte con las actitudes; otra razón es porque los valores son determinantes de las actitudes y los comportamientos; y, por último, porque son un concepto más económico ya que su número es muy inferior al de las actitudes y facilitan una mejor descripción de las diferencias individuales, de los grupos o de las culturas.

En una revisión realizada por Ros (2001) sobre las teorías que articulan los valores, actitudes y comportamientos, la autora destaca un trabajo llevado a cabo por Martínez-Sánchez y Ros (1999) sobre la relación existente entre valores personales, actitudes, normas personales y norma subjetiva hacia un comportamiento de salud en el que se llegó a la conclusión de que los factores que intervienen en el comportamiento de salud son las actitudes y la norma personal. Se sugiere una mayor capacidad explicativa de la activación de la norma personal como facilitadora de una conducta determinada, cuando ésta no está sujeta a control externo, es expresiva de valores y se considera central al yo.

Como se ha podido ver a lo largo de esta exposición, son muchos los factores que intervienen en el proceso psicosocial de estigmatización de las personas con problemas mentales y varias las perspectivas desde las que ha sido estudiado este proceso. Al clásico modelo explicativo del estigma basado en las actitudes (Rosenberg & Hovland, 1960), hay que añadir otras variables, unas relacionadas con el propio sujeto estigmatizado (que puede llegar a interiorizar el estigma), otras, propias de los sujetos que estigmatizan y ciertas variables referentes a la interacción social (dinámicas estigmatizantes) y al marco societal (poder político, legislativo, económico).

## **2.5 CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA Y AUTOESTIGMA EN SALUD MENTAL**

Las consecuencias del estigma de la enfermedad mental han sido estudiadas por diferentes autores (Garay et al., 2014; Muñoz et al., 2009; Rüsçh, Angermeyer & Corrigan, 2005; Sartorius, 2003) que han llegado a conclusiones muy similares. Como es lógico las consecuencias pueden variar en función de las diferencias individuales y de cómo cada persona afronte su problema de salud mental y también, en función del cuadro diagnóstico. Las consecuencias no pueden ser las mismas para las personas con trastornos de ansiedad, que para las que tienen depresión o las que presentan esquizofrenia. Las consecuencias del estigma repercuten también en el entorno familiar, aunque, como es lógico, son las personas con problemas mentales las que más sufren estas consecuencias.

Existe amplia evidencia del efecto de barrera que juega el estigma en el ejercicio de derechos y en el acceso a servicios públicos, y en el agravamiento de los efectos derivados del propio problema de salud mental (síntomas y discapacidad). Además, es importante saber que el estigma es el principal obstáculo en el proceso de recuperación y ello es debido, entre otros factores, a los mecanismos de evitación y ocultación que las personas con problemas de salud mental utilizan para no sufrir el rechazo y la discriminación social (Garay et al., 2014; Muñoz et al., 2009). Se encuentran dos tipos de efectos del estigma: los generados como resultado de la discriminación personal y estructural y los propiciados por el estigma internalizado.

Con respecto al primer tipo, se ha constatado discriminación en el acceso a la vivienda (Link, 1999), al empleo (López et al., 2004), y a relaciones sociales significativas como pueden ser amistades y pareja (Corrigan & Penn, 1999). Otros efectos del estigma se observan en la discriminación sufrida por las personas con problemas de salud mental a nivel de servicios sanitarios y sociales y a nivel legal (Corrigan, Markowitz & Watson, 2004).

Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius, Leese e INDIGO StudyGroup (2009) realizaron un estudio en 27 países con una muestra de 732 personas con esquizofrenia que manifestaron como efectos de la discriminación experimentada:

1. Dificultades en el ámbito de las amistades.
2. Dificultades en las relaciones familiares.
3. Dificultad para buscar trabajo.
4. Dificultad para mantener el trabajo.

Como efectos de la discriminación anticipada, se ha constatado que las personas estigmatizadas piensan que tendrán dificultades para buscar trabajo y para buscar amigos. Un elevado porcentaje (72%) de los participantes en el estudio manifiestan la necesidad de ocultar el diagnóstico, hecho del que se derivan consecuencias bastante negativas, comenzando por el estrés que genera ser descubierto, una actitud de aislamiento, falta de apoyo social, no seguir un tratamiento necesario para evitar ser etiquetado y discriminado.

Una de las consecuencias más graves del proceso de estigmatización para las personas con problemas de salud mental es la asunción de una identidad socialmente devaluada: el autoestigma, que es la definición del sí-mismo en base a los prejuicios y estereotipos del estigma (Badallo, 2012). Las personas con autoestigma tienen reacciones y comportamientos mediatizados por la autoestigmatización, proceso que conduce a la desmoralización, la aparición de sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima que, a su vez, favorecen el aislamiento y dificultan la petición de ayuda.

Otra consecuencia del autoestigma consiste en que es, en sí mismo, un factor de estrés añadido que según los modelos de vulnerabilidad aumentaría el riesgo de recaídas e incluso de suicidio (López et al., 2008).

En el proceso de autoestigmación encontramos cinco fases (Corrigan & Rao, 2012):

1. En primer lugar darse cuenta del estigma. Por ejemplo, ser consciente de que los demás piensan que uno es débil e incompetente por tener un problema de salud mental.
2. Estar de acuerdo con los estereotipos y prejuicios asociados al estigma.
3. Internalizar el estereotipo. Por ejemplo, “soy un enfermo mental, soy débil e incompetente”.
4. Experimentar el prejuicio. Por ejemplo, “como soy débil e incompetente, no merezco respeto”.
5. Y las consecuencias de este proceso: disminución de la autoestima y de la autoeficacia que pueden conducir a una acción débil que lleve al fracaso. Por ejemplo, “¿Para qué voy a intentar buscar trabajo, si no lo voy a conseguir?”. Este pensamiento conduce a una acción: no buscar trabajo.

En un amplio estudio realizado por Livingston y Boyd (2010) sobre el autoestigma, no se han encontrado relaciones significativas entre las variables sociodemográficas (etnia, sexo, empleo, estado civil, edad, educación, ingresos económicos) y el estigma internalizado. Si se observan relaciones significativas en sentido inverso con variables psicosociales como autoestima, empoderamiento, autoeficacia, esperanza y calidad de vida.

Otras consecuencias del autoestigma encontradas son:

1. Menor integración social.
2. Mayor inestabilidad emocional.
3. Empeoramiento de los síntomas.
4. Peor adherencia al tratamiento.
5. Menor apoyo social.

Según Muñoz et al. (2009), en el caso de trastornos mentales severos y persistentes, la disminución de la autoestima lleva asociados:

1. El incremento de los déficits psicosociales.
2. Baja motivación en diversos ámbitos de la vida, incluida la baja motivación para la recuperación.
3. Desarrollo de estrategias sociales inadecuadas como el autoaislamiento social.
4. El desarrollo de depresiones, que pueden llevar incluso al suicidio.

Otro tema relacionado con las consecuencias del estigma y del autoestigma es la conciencia de enfermedad. El insight o conciencia de enfermedad puede, por un lado, mejorar la adherencia al tratamiento, pero también puede generar un mayor nivel de estigma y peor calidad de vida por lo que suele darse con frecuencia una resistencia a tomar conciencia de enfermedad como una estrategia para proteger la autoestima. Yanos, Roe, Markus, y Lysaker (2008) han propuesto un modelo explicativo sobre el autoestigma y la recuperación en el que incluyen factores como la conciencia de enfermedad, la desesperanza y el afrontamiento. Su hipótesis es que el autoestigma aumenta las conductas de evitación y la depresión. Hay estudios que confirman que cuando se da un alto autoestigma y alta conciencia de enfermedad, de forma simultánea, los resultados son negativos (Lysaker & Buck, 2007). Se puede concluir que el reconocimiento del problema de salud mental es una puerta abierta al inicio del proceso de recuperación, mas, si al mismo tiempo, la persona cuenta con un alto nivel de autoestigma, puede convertirse en el cerrojo que va impedir el acceso al tratamiento y a la recuperación de la salud por los altos niveles de desesperanza que genera.

Por esta última grave consecuencia que puede llevar a la no recuperación de la salud mental y a la exclusión social, es tan importante y necesario el estudio y comprensión de todos los factores mediadores en el proceso de estigmatización y establecer planes de intervención en todos sus niveles y dimensiones para erradicar los estereotipos, prejuicios y conductas discriminativas asociadas a las personas con problemas de salud mental. Para realizar este tipo de estudios es necesario disponer de herramientas e instrumentos de medida del estigma y del autoestigma que hayan demostrado su fiabilidad y validez en las distintas poblaciones diana.

## 2.6 MEDICIÓN DEL ESTIGMA EN SALUD MENTAL

La medición de las actitudes relacionadas con el estigma de los problemas de salud mental es un aspecto clave para poder identificar los procesos cognitivos, afectivos y conductuales; también lo es el estudio de otras variables que intervienen en el proceso de estigmatización. Esta medición es además un punto esencial para la valoración de intervenciones tanto a nivel de estigma público (con campañas antiestigma en población general o específica), como a nivel del estigma internalizado o autoestigma (con intervención psicoterapéutica en personas con problemas de salud mental).

La medida del estigma se ha abordado utilizando la metodología existente en el estudio de las actitudes. Existen tres métodos para medir las actitudes. Uno de ellos utiliza técnicas psicofisiológicas para evaluar el componente afectivo de las actitudes, otro la observación de la conducta, que aporta datos sobre otro componente de las actitudes, el componente conductual y el tercero, realiza la medición de las actitudes a través de procedimientos psicométricos. Existen varias limitaciones respecto a estas técnicas, una de ellas es que con cada uno de estos métodos sólo se consigue una visión parcial e indirecta de la actitud que se intenta medir y, otra, que aún para una misma actitud en una persona determinada, los resultados pueden variar según la técnica de medición que se utilice (San Martín & Perles, 1996).

En este punto, la exposición se va a centrar en las medidas psicométricas de las actitudes relacionadas con el estigma en función de los aspectos que abarcan:

1. **Distancia Social.** Es el instrumento de medida más antiguo utilizado en las primeras investigaciones sobre el estigma. Esta escala fue desarrollada por Bogardus en 1925 y su objetivo era evaluar el grado de intimidad que los miembros de un grupo social accederían a mantener con los miembros de un grupo estigmatizado. Por ejemplo, algunos de los ítems de una escala de distancia social podrían contener una pregunta sobre si uno permitiera que una persona con enfermedad mental trabajase en su empresa, cenase en su casa o se casase con su hija (Kreisman & Joy, 1974). La escala de distancia social de Bogardus ha sido ampliamente utilizada por muchos autores (Kreisman & Joy, 1974; Lee & Shapp, 1996; Whatley, 1959). Lee y Sapp (1996) desarrollaron una nueva escala basada en la de Bogardus, conocida



como Reverse Social Scale, en la que no sólo se tiene en cuenta el punto de vista de la personas que pertenecen al grupo mayoritario, sino también las opiniones y percepciones de los miembros del grupo estigmatizado acerca de las actitudes de distancia social que los demás muestran hacia ellas.

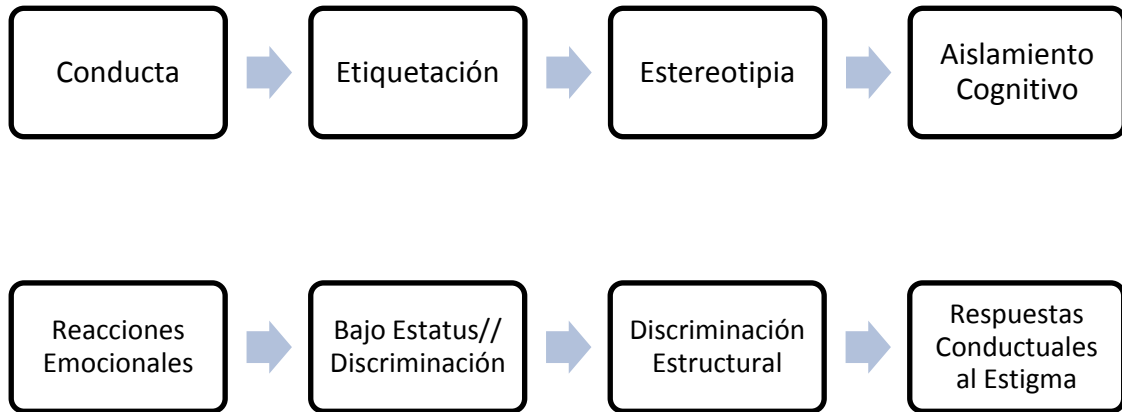
2. Estudios directos de opinión, como cuestionarios de autoaplicación utilizados en muestras de población general, entrevistas semiestructuradas. Nunnally realizó en 1961 una revisión de la literatura sobre las actitudes hacia las personas con problemas mentales en la que encontró que el público general considera a estas personas con miedo, desconfianza y desagrado o aversión. Además, las imagina sucias, faltas de sinceridad, difíciles de predecir y peligrosas. Sus familiares se avergüenzan de ellas y ocultan su enfermedad. En un estudio de revisión de literatura sobre las investigaciones realizadas durante el período de 1946 a 1985, Casco, Natera y Herrejón (1987) observan la gran tendencia a utilizar escalas tipo Likert para estudiar las actitudes. De todas ellas, destaca la Escala de Opiniones de la Enfermedad Mental (OMI) de Cohen y Struening (1962).
3. Viñetas. Shirley Star, una de las pioneras de la psiquiatría social y de la investigación con entrevistas, ideó el método de las viñetas que fue muy utilizado hasta los años 60. En su estudio, Star (1955) utilizó viñetas cortas que describían varias patologías (alcoholismo, ansiedad, esquizofrenia, esquizofrenia paranoide, trastornos de personalidad). La muestra estuvo compuesta por tres mil americanos y los resultados que se obtuvieron indican que un gran porcentaje de los participantes eran incapaces de identificar las descripciones como enfermedades mentales. Sólo en la viñeta en la que se describía la esquizofrenia paranoide, el 75% de los encuestados identificó que se trataba de un problema de salud mental. Link, Phelan, Bresnahan, Stueve y Pescosolido (1999), basándose en el manual DSM-IV, diseñaron una serie de viñetas y las incluyeron en la General Social Survey. Se trata de una encuesta general administrada cada dos años a una muestra de adultos estadounidenses. Estos autores describían en sus viñetas la depresión mayor, el alcoholismo, la adicción a la cocaína y personas con problemas menos graves con el fin de comprobar si la población general discrimina la

descripción del cuadro clínico de un problema de salud mental, de otras descripciones de problemas y preocupaciones cotidianos del ser humano.

4. Medidas de Atribución. Basado en el modelo de Atribución de Weiner (1995), el Cuestionario de Atribución AQ-27 es un instrumento de medida de 27 ítems que mide enfado, culpa, piedad, ayuda, peligrosidad, miedo, evitación, segregación y coerción diseñado por Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan y Kubiak (2003). Ha sido y es objeto de multitud de revisiones y adaptaciones a poblaciones diferentes (Brown, 2008; Pinto, Hickman, Logsdon & Burant, 2012). Una de las revisiones y adaptaciones de esta escala de adultos fue llevada a cabo por Watson et al. (2004) con población infanto-juvenil de 10 a 13 años, y ha dado lugar al Cuestionario de Atribución r-AQ para medir el estigma de la enfermedad mental en adolescentes. Otra de las revisiones realizada con el Cuestionario r-AQ (Corrigan et al., 2007) es la que se ha utilizado en el estudio empírico de esta tesis y que se desarrollará de un modo más amplio en el capítulo correspondiente.
5. Otras medidas son específicas para medir aspectos específicos del estigma de la enfermedad mental, como por ejemplo, el autoestigma:
  - ✓ Estigma Internalizado de la Enfermedad (ISMI) de Ritsher, Otilingam y Grajales (2003).
  - ✓ Escala de Creencias de Devaluación-Discriminación de Link, Cullen, Frank y Wozniak (1987).
  - ✓ Escala de Autoestigma de la Enfermedad Mental (SSMIS) de Corrigan, Watson y Barr (2006).
  - ✓ Cuestionario de Estigma de la Familia (FQ) de Corrigan, Watson y Miller (2006).

Link et al., (2004) como pioneros en la investigación del estigma de la enfermedad mental llevaron a cabo una exhaustiva revisión de 123 artículos empíricos publicados entre enero de 1995 y junio de 2003 que versaban sobre la medición del estigma para proporcionar un perfil de las medidas utilizadas en esta

área. Estos autores han identificado ocho componentes en el proceso de estigmatización como se aprecia en la Figura 2.1



*Figura 2.1.* Componentes del Proceso de Estigmatización  
(Link et al., 2004)

Un único instrumento no puede medir todos estos componentes del estigma. Estos autores concluyen que no existe una medida estándar para evaluar el estigma de la enfermedad mental y que tan solo el 4% del total de la investigación revisada se centra en la población adolescente. Sí han comprobado la existencia y utilización de instrumentos válidos para medir el estigma en población adulta. Junto a los que ya han sido citados en este mismo epígrafe, estos autores añaden la Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH) de Komiya, Good y Sherrod (2000).

Sin embargo, las investigaciones desarrolladas con instrumentos para medir el estigma en población adulta han mostrado una limitada evidencia que apoye la fiabilidad y la validez en población adolescente, por lo que es necesario avanzar en el campo de la medida del estigma de la enfermedad mental en población adolescente (Link et al., 2004).

De los instrumentos de medida del estigma en población infanto-juvenil, se hace una exposición detallada en el capítulo 4 de esta tesis.

## **2.7 MÉTODOS DE LUCHA CONTRA EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL**

Parafraseando a Corrigan (2012), se puede decir que, como sucede en el mito de la Hidra de Lerna, el estigma, cual policéfala serpiente, golpea y hace daño en todas las direcciones (trabajo, familia, pareja, salud, amigos, sustento económico, formación, vivienda). Además, cuando uno, durante el fragor de la lucha, cree haber disminuido su poder, la Hidra regenera dos cabezas por cada una que pierde o le es amputada. Para ganar en el proceso de lucha contra el estigma, es posible que haya que perder varias batallas en varios frentes (legal, sanitario, vivienda, laboral, educativo), mas lo importante consistirá en no rendirse y seguir buscando, investigando, analizando los factores que intervienen en esas pequeñas victorias conseguidas a través de campañas de lucha contra el estigma. Muchas veces, son los propios gobiernos los que crean estructuras desiguales, pues no proporcionan los apoyos y recursos apropiados y necesarios en los servicios de salud mental.

De los puntos expuestos hasta el momento, se puede concluir la necesidad de establecer programas a nivel nacional e internacional que aborden la lucha contra el estigma hacia la salud mental. A día de hoy, la mayor parte de los estados incluyen en sus planes de salud mental como uno de los objetivos prioritarios la intervención en el área del estigma (OMS, Declaración de Helsinki, 2005; Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020). La gran relevancia política concedida por organismos internacionales a este tema ha dado lugar a la realización de diferentes tipos de actuaciones, entre ellas, las más generales han sido las campañas de sensibilización y lucha contra el estigma en numerosos países, incluido España: la Declaración de Madrid en 2011; el Manifiesto contra el estigma hacia las personas con enfermedad mental, promovido por la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad de Psiquiatría Biológica, en 2011; las acciones efectuadas en Andalucía, Madrid y Barcelona (Muñoz et al., 2013). Heijnders y Van Der Meij (2006) llevaron a cabo una revisión de la literatura para identificar las estrategias de reducción del estigma en el campo del SIDA y de la enfermedad mental entre otros. En la Tabla 2.1, se presentan los niveles y las estrategias de intervención identificadas en este estudio. En los artículos revisados, las autoras (2006) observan que las estrategias más eficaces se concentran en el nivel individual y en el comunitario. Y, entre sus

conclusiones principales, destaca la conclusión de que para reducir el estigma no basta con enfoques de nivel o estrategia únicos. Se requiere el desarrollo e implementación de programas de reducción del estigma en todos los niveles (desde el intrapersonal al estructural o gubernamental).

*Tabla 2.1*

*Estrategias para Reducir el Estigma y la Discriminación*

<b>Nivel</b>	<b>Estrategias</b>
Intrapersonal	Tratamiento Asesoramiento Terapia cognitivo-conductual Empoderamiento Terapia de grupo Grupos de apoyo y autoayuda
Interpersonal	Cuidados y apoyo Equipos de atención domiciliaria Rehabilitación comunitaria
Institucional/Organizacional	Programas de entrenamiento (Nuevos) Modelos como los enfoques integrados centrados en el paciente
Comunitario	Educación Contacto Promoción Protesta
Estructural/Gubernamental	Intervenciones legales y políticas Enfoques basados en los derechos

Fuente: Adaptado de Heijnders y Van Der Meij, 2006

Desde la psicología social y la sociología son tres las estrategias que han sido utilizadas en la lucha contra el estigma de la salud mental (Byrne, 2000; Corrigan et al., 2001; Heijnders & Van Der Meij, 2006; López et al., 2008; Muñoz et al., 2013):

1. **Acción y Protesta Social.** Esta estrategia parece resultar útil, aportando efectos beneficiosos a corto plazo. Asociaciones de personas afectadas (personas con problemas de salud mental y sus familiares), profesionales y personas sensibilizadas con esta causa y en la defensa de los derechos civiles se han manifestado de diferentes formas (manifestaciones en la calle, artículos en periódicos y otros medios de comunicación, recogida de firmas reivindicando sus derechos, etc.) con el fin de derribar las barreras legales derivadas del estigma que dificultan o impiden el acceso a derechos fundamentales como educación, sanidad, empleo o vivienda. Los resultados de estas protestas sociales concretas dan buenos resultados durante un corto espacio de tiempo, pero no una mejora mantenida en cuanto a la disminución de la discriminación hacia las personas con problemas mentales (Corrigan, 2001; Penn & Couture, 2002). En el año 2000, la Alianza Nacional para la Enfermedad Mental (NAMI) desarrolló en Estados Unidos una gran acción basada en la estrategia de protesta social, consiguiendo la cancelación del programa de televisión “Wonderland” que resultaba ofensivo y transmitía imágenes estigmatizantes de personas con problemas de salud mental como peligrosas e impredecibles (Watson & Corrigan, 2005). En España, también se llevan a cabo acciones de protesta como escritos y denuncias sociales como, por ejemplo, el presentado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (AEN-PSM) en el año 2015 tras la muerte de un hombre con trastorno bipolar, abatido por un agente de policía que hizo caso omiso a las advertencias realizadas por la esposa del fallecido sobre su condición mental. Por otro lado, según los estudios de Wahl (1999), parece existir una mejora de la autoestima, de la autoeficacia y del empoderamiento de las personas con problemas de salud mental que adquieren un rol de activistas participando en movimientos de reivindicación.
2. **Educación: Conocimientos e Información.** La estrategia educativa es la más recomendada por organismos internacionales y la más utilizada en todo el

mundo. En el ámbito internacional, destaca, por su duración y envergadura la Campaña “Esquizofrenia: Abre las Puertas” de la Asociación Mundial de Psiquiatría y, a nivel estatal, la de “Changing Minds: Every Family in the Land” promovida por el Royal College of Psychiatrists en el Reino Unido. Aunque todavía son escasas las investigaciones llevadas a cabo para medir la eficacia de estas campañas de sensibilización, algunos datos son alentadores. Existen estudios que demuestran que las campañas poblacionales contra el estigma de los problemas de salud mental son coste-beneficiosas, por un lado, porque disminuye el número de personas que no buscan ayuda debido al estigma y, por otro, porque aumentan las oportunidades laborales de las personas con problemas de salud mental (escasez previa de oportunidades laborales por la discriminación de los potenciales empleadores). Evans-Lacko, Henderson, Thornicroft y McCrone (2013) evaluaron la campaña social *Time to Change* (TTC) contra el estigma realizada a lo largo de tres años (2009-2011) en Inglaterra con una muestra de 1000 participantes de edades comprendidas entre 25 y 45 años. Los autores concluyeron que esta campaña social es una intervención potencialmente eficaz y de bajo coste para reducir el impacto del estigma en las personas con problemas de salud mental. Los indicadores que utilizaron para valorar los beneficios fueron:

- Conocimientos sobre salud mental.
- Actitudes relacionadas con salud mental derivadas de las atribuciones de responsabilidad/no responsabilidad y peligrosidad /no peligrosidad.
- Intención de conducta relacionada con salud mental (vivir con, trabajar con, vivir cerca de y mantener una relación con una persona con problemas de salud mental).

Se sabe que los programas de sensibilización de larga duración que consisten no sólo en transmitir información, sino que además y, sobre todo, aportan conocimientos sobre salud mental a través de la discusión, la participación en pequeños foros, la presentación o el testimonio de personas con problemas de salud mental, son útiles (Bono, 2012; Estroff, Penn & Toporek, 2004; Rüsçh et al., 2005).

De todos modos, la estrategia de educación, por sí sola, no puede garantizar la erradicación total de estereotipos, prejuicios o actitudes de discriminación hacia las personas con problemas de salud mental (López et al., 2008). Como se expuso anteriormente, el estigma es un problema muy complejo y las intervenciones para su erradicación deben estar dirigidas en varias direcciones, como las cabezas de la Hidra, deben contar con objetivos bien definidos, articularse entre sí durante un tiempo prolongado y además deben estar integradas en un proceso apoyado por políticas y estrategias más generales.

Las campañas de sensibilización suelen estar dirigidas a población general (a través de la televisión y otros medios de comunicación, conferencias, etc.), pero también a poblaciones específicas:

- Empresarios. En este caso con el objetivo de que sean conscientes de que las personas con problemas de salud mental pueden ser profesionales y útiles en el trabajo y favorezcan su contratación (Penn & Couture, 2002).
- Caseros. Para sensibilizarles, normalizar los problemas de salud mental y que faciliten el alquiler de viviendas a personas con problemas mentales (Wolff et al., 1996).
- Personas con problemas de salud mental y familiares. Para normalizar y aportar conocimientos sobre salud mental, disminuir el autoestigma y así favorecer la búsqueda de ayuda profesional y la adherencia al tratamiento. Enfatizar el papel del movimiento asociativo, el apoyo individualizado y el entrenamiento en estrategias sobre cómo enfrentarse al estigma. Estas intervenciones de apoyo a las personas afectadas y a sus familiares deben ser incorporadas en el diseño y desarrollo de las intervenciones contra el estigma (Schulze & Angermeyer, 2003).
- Periodistas. El trabajo de sensibilización de los medios de comunicación es una prioridad ante el reto que plantea el estigma. Este tipo de medios es tan poderoso e influyente que puede, tanto transmitir y afianzar estereotipos y prejuicios, como, desde una



postura positiva, constructiva y ética, normalizar los problemas mentales y contribuir a eliminar el estigma, cambiando los estereotipos, denunciando las situaciones de injusticia que sufren las personas con problemas de salud mental. La mayor parte de los programas de lucha contra el estigma incluyen entre sus objetivos mejorar la imagen de la salud mental en los medios de comunicación y suelen contar con observatorios y alertas del estigma, a través de los que invitan a la ciudadanía a que identifiquen y comuniquen las informaciones positivas y/o negativas acerca de la imagen de la salud mental detectadas en los medios informativos. En Andalucía, dentro del programa denominado 1 de cada 4, una de las acciones que se realiza desde la Consejería de Sanidad es la sensibilización de los profesionales y estudiantes del ámbito de la comunicación (Mena, Bono, López & Díaz, 2010).

- Agentes Sociales. Cumplen un importante papel en distintos momentos del proceso de estigmatización. Profesores, agentes de policía, profesionales de atención primaria (médicos, enfermeras) y en especial, los profesionales de salud mental, todos ellos podrían hacer una labor relevante en el logro de la no estigmatización (Rosen, 2006) si reaccionasen ante las personas con problemas mentales con naturalidad, con normalidad, diligencia, respeto, comprensión y humanidad.
- Población Infanto-Juvenil. El objetivo prioritario en campañas dirigidas a niños y adolescentes es la prevención y la promoción de la salud mental y la sensibilización a través de la educación y los conocimientos que disminuyan las actitudes de rechazo y discriminación hacia los iguales con problemas de salud mental tanto en el entorno educativo como fuera de él. El metaanálisis realizado por Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz y Rüsch (2012) puso de manifiesto que los programas anti-estigma tuvieron un mayor impacto obteniendo cambios positivos en población adolescente. Los autores sugieren la posibilidad de que las creencias y estereotipos negativos

hacia las personas con problemas de salud mental estén menos arraigados en los adolescentes por lo que responden mejor a los programas basados en la educación que los adultos.

3. **Contacto e Interacción Social.** Parece que los programas de lucha contra el estigma basados en el contacto tienen un impacto más amplio y mantenido que las estrategias basadas en la educación. La hipótesis de contacto fue formulada por Allport (1963) y sostiene que, en ciertas condiciones, el contacto social entre personas de un grupo estigmatizado con personas del grupo mayoritario es eficaz para reducir los prejuicios porque favorece la interacción y la capacidad de activar en los participantes procesos a través de los cuales se recategorice a las personas con problemas de salud mental y se generen nuevas ideas y actitudes más positivas hacia ellas. Aunque existe evidencia empírica de que el contacto favorece el desarrollo de actitudes favorables hacia la salud mental, es necesario continuar investigando para esclarecer qué factores intervienen en la recategorización y en los procesos de cambio de atribución, en especial de la atribución de responsabilidad (Penn & Couture, 2002). Brown (1998), en su revisión de la literatura sobre el tema, identificó varios factores importantes para el éxito de estas estrategias basadas en el contacto y la interacción social:

- Existencia de apoyo social e institucional. Contar con personas influyentes que puedan cambiar los prejuicios en el ámbito jurídico y político.
- La interacción social se debe basar en la realización de tareas que requieran la cooperación ya que aumenta la motivación, la comunicación, las relaciones entre personas y el rendimiento de todos los miembros implicados de los distintos grupos. La cooperación es determinante para el logro de las metas propuestas. La tarea o proyecto a realizar debe requerir la interacción directa, cara a cara. El éxito en la consecución de los objetivos individuales sólo se consigue a través del éxito del grupo.

- Potencial de la relación. Para que el contacto sea eficaz debe producirse con una frecuencia, duración y proximidad suficientes para facilitar el desarrollo de relaciones positivas y constructivas entre las personas del grupo estigmatizado y las del endogrupo. El objetivo principal es que estas relaciones interpersonales positivas, que se producen en los programas de intervención y sensibilización basados en la estrategia de contacto, se generalicen al endogrupo en su totalidad.
- Estatus similar. Muy importante también para que el contacto resulte positivo y eficaz es que los miembros de ambos grupos tengan un estatus similar, de igualdad. De no ser así, se podrían reforzar los estereotipos hacia los miembros del grupo estigmatizado.

Corrigan et al. (2014) identifican en su estudio cinco ingredientes clave en los programas antiestigma basados en el contacto:

- Presentación y discusión cara a cara con la audiencia.
- Identificación de grupos diana (por ejemplo, empresarios, profesores, profesionales del mundo de la Justicia, de los medios de comunicación, profesionales de la salud). Evaluación completa para decidir los puntos de cambio del estigma pertinentes a las necesidades (aumento de las ofertas de empleo, facilitar el alquiler de viviendas y el acceso a los servicios sanitarios)
- Personal: las personas que desarrollan y presentan el programa de contacto deben ser personas con experiencia vivida.
- Mensaje: que el mensaje incluya historias de superación.
- Evaluación/Seguimiento: se debe de hacer una evaluación post-presentación del programa de contacto en la que se valoren las acciones llevadas a cabo con las personas a las que se ha considerado población objetivo.

Clement et al., (2012) desarrollaron una investigación sobre dos tipos de aproximaciones basadas en el contacto social para eliminar el estigma público, comparando los resultados con los obtenidos a través de programas de sensibilización basados en la educación. A través de interacciones planificadas entre personas con problemas de salud mental y personas sin problemas de salud mental se llevaron a cabo dos tipos de intervenciones: en una condición se utilizaba un vídeo en el que se había grabado a personas con problemas mentales y a sus cuidadores contando sus historias de enfermedad y recuperación para observar la reacción de los participantes en el programa de contacto; en el segundo tipo de intervención, estas historias eran contadas en directo por activistas, cuidadores y personas con problemas de salud mental comprometidos con la causa de la lucha contra el estigma. Los resultados fueron convincentes, ambas condiciones experimentales basadas en el contacto aportaron mejores resultados que los programas de educación. Además, no se encontraron diferencias entre los resultados obtenidos en las condiciones de contacto social directo y contacto social filmado. Aunque existen otros trabajos en los que la estrategia del contacto social directo “en vivo” supera en eficacia y en impacto a la del contacto a través de vídeos (Corrigan, 2012). En una investigación no publicada y realizada por Martínez, Lorenzo, López y Regadera (2015), se valora la eficacia de un programa de contacto entre personas “con” y “sin” problemas de salud mental, llevado a cabo durante cinco meses de encuentros semanales de dos horas de duración, sugiriéndose en los resultados que el contacto aumenta el nivel de autoestima y disminuye el estigma en ambos grupos de personas. El dato más relevante es la disminución del nivel de autoestigma, observado en el 76 % de los participantes con problemas de salud mental (cuadros clínicos: Esquizofrenia, Depresión, Trastorno de Ansiedad, Síndrome de Ásperger) remitidos por los centros de salud mental y los departamentos de orientación de los centros educativos de la Región de Murcia.

4. Estrategias combinadas. En varios países del mundo se utilizan estrategias combinadas con intervenciones en distintos niveles y canales de difusión. Como ya se ha comentado, la mayor parte de las campañas inciden en la vía educativa, y, a veces, éstas se enriquecen y amplían con ingredientes de protesta y/o del contacto directo con personas con problemas de salud mental; por ejemplo, dentro de España, en Madrid se realizan actividades de

sensibilización promovidas por la Consejería de Asuntos Sociales, en Cataluña, *Obertament*, como alianza de entidades que luchan contra el estigma desde el año 2010, realiza este tipo de estrategias combinadas, al igual que *1 de cada 4* promovido por la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (desde el año 2007) y *#SoycomoTu* (desde el curso 2014-2015), proyecto de la Fundación Cattell Psicólogos en Murcia, desde el que se ha intervenido con programas de educación, de forma específica, con profesorado y alumnado dentro del aula (38 Centros Educativos, 10.000 alumnos y alumnas de 6 a 19 años y 437 profesores), se han desarrollado campañas de sensibilización a población general (jornadas, espacios de exposición-reflexión de arte y salud mental, seminarios y cine forum) y el programa de contacto social (Talleres de Participación Social, Creatividad y Salud Mental) con adolescentes y jóvenes con y sin problemas de salud mental (55 participantes de 16 a 32 años). En la Tabla 2.2 se pueden ver los programas y campañas de sensibilización incluidos dentro de la *Global Alliance Against Stigma* que desde hace unos años hasta la actualidad ejercen acciones de lucha contra el estigma en otros lugares del mundo. El país pionero fue Nueva Zelanda, que en 1997 inició sus campañas de sensibilización con el programa Like Minds Like Mine.

Tabla 2.2

*Campañas de Lucha contra el Estigma y Países donde se llevan a cabo*

<b>Campaña</b>	<b>País</b>	<b>Campaña</b>	<b>País</b>
Time to Change	Inglaterra	Beyond Blue	Australia
Opening Mind	Canadá	SANE	Australia
One of Us	Dinamarca	NIAMH	Irlanda del Norte
Time to Change Wales	Gales	Samen Sterk Tegen Stigma	Holanda
See Change	Irlanda	Like Minds Like Mine	Nueva Zelanda
See me	Escocia	Hjärnkoll	Suecia
BringChange2 Mind	USA	MHA of San Francisco	USA

Existen estudios (Henderson et al., 2012) que han evaluado la eficacia de este tipo de campañas que utilizan acciones combinadas y los resultados generales son moderadamente positivos. Corrigan et al. (2012) realizaron un metaanálisis en el que examinaron 72 investigaciones llevadas a cabo en 14 países con una muestra de 38.364 participantes y concluyeron que los programas que demuestran mayor eficacia e impacto son los que combinan las estrategias de educación y contacto social directo. No cabe duda de que hay que continuar trabajando en este sentido, intentando identificar los factores que intervienen en la eficacia de los programas.

## **CAPÍTULO III**

# **ESTIGMA, SALUD MENTAL Y ADOLESCENCIA**





### **3.1 LA ADOLESCENCIA COMO ETAPA DEL DESARROLLO**

#### **3.1.1 Introducción**

La adolescencia suele ser definida como una etapa de tránsito entre la niñez y la adultez, definición que, en principio y a simple vista, aporta poca información. Sin embargo, ese es el objetivo final de la adolescencia, alcanzar la siguiente etapa del ciclo vital, la de ser adulto y el camino para lograrlo es difícil por la combinación de factores que confluyen en este pasaje de la vida. La adolescencia es una etapa de cambios que puede estar acompañada de una cierta vulnerabilidad en los procesos de desarrollo, vulnerabilidad que se acrecienta para los adolescentes que provienen de familias que están en situación de riesgo psicosocial o que atraviesan por circunstancias vitales estresantes (orientación sexual, acoso escolar, problemas graves de salud física o mental propios o de sus padres, divorcio de los padres, etc.). El chico o la chica adolescente se enfrenta no sólo a cambios físicos y hormonales, sino también a cambios en los procesos cognitivos, en los factores socio-afectivos, el desarrollo de la personalidad, adquisición de una identidad personal e identidad social, las nuevas interacciones sociales, aspectos culturales y familiares, la sexualidad, la conciencia moral y los valores, la vocación y el tener que forjar un proyecto de vida. Como se puede apreciar, son temas de gran envergadura, que, por supuesto no se presentan todos al mismo tiempo, y para los que no está suficientemente preparado. A pesar de pasar más tiempo con sus iguales y de los intensos deseos de independencia y autonomía, en esta etapa de la vida se seguirá necesitando, el apoyo parental o el de algún adulto significativo y relevante en su vida (Oliva, 2006). Junto a esta visión de la adolescencia como una dura y complicada travesía encontramos otras perspectivas más positivas o constructivas, las que consideran la adolescencia como un momento de gran relevancia en el desarrollo evolutivo ya que durante este período se desarrollan recursos instrumentales y personales que permiten al adolescente hacer frente y dar salida a todas las demandas derivadas de la propia etapa del desarrollo evolutivo y a las derivadas de la interacción con los demás, adultos y pares, en el contexto escolar,

familiar y social en general, que, finalmente le conducen a forjar un estilo de conducta propio, una manera particular de establecer relaciones interpersonales. Por otro lado, no se puede olvidar que la adolescencia es una etapa que se desarrolla en un escenario de circunstancias sociales y políticas en constante cambio.

En la sociedad actual y promovido en parte por la sociedad de consumo, la adolescencia como fenómeno social se está adelantando y prolongando más allá de la llegada de la mayoría de edad. Los medios de comunicación inciden en transmitir una imagen negativa de los adolescentes generando un gran prejuicio social en torno a estos jóvenes que son definidos como invulnerables, conflictivos y agresores (Oliva, 2003).

La adolescencia es una etapa larga y complicada que, a pesar de ser una encrucijada interesante, hasta esta década ha recibido poca atención por parte de los psicólogos evolutivos que venían centrando sus esfuerzos en la investigación de los primeros estadios de la vida. Carretero, Palacios y Marchesi (1998), atribuyen esta falta de desarrollo científico en torno al estudio y comprensión de la adolescencia al carácter fronterizo de la etapa. Hay autores que consideran la adolescencia como el final de la niñez y otros que la consideran como parte de la adultez, por lo que no le dedican un especial interés. Para una mayoría de autores, hablar de estadios y subestadios de la adolescencia, teniendo en cuenta las grandes diferencias existentes entre la adolescencia temprana o preadolescencia (10 y los 13 años de edad), la etapa adolescente media (14 a los 18 años de edad) y la adolescencia avanzada o vida adulta emergente (desde los 18 a 22 ó 25 años), no parece tener mucho sentido. La edad no es un buen criterio para definir esta etapa de la vida, ya que es un periodo de transición muy variable en el que confluyen muchos factores y surgen muchos cambios. El modelo evolutivo de los estadios es insatisfactorio para una gran parte de investigadores, sobre todo porque no existe un consenso respecto a las definiciones o edades de aplicación de cada estadio. La adolescencia -etapa compleja vivida de forma diferente por cada ser humano- es una etapa con entidad propia que está siendo considerada, en la línea de Coleman y Hendry (2003), más como un proceso en el que los conflictos o crisis se van presentando de forma sucesiva y variable en cada sujeto. Hay que tener presente que los adolescentes varían su ritmo de maduración biológica y que las sociedades utilizan diferentes criterios para pasar de

una etapa a otra e, incluso dentro de la misma persona, el ritmo de madurez alcanzado en distintos aspectos (biológico, cognitivo, moral, social) puede ser diferente, además de que las capacidades cognitivas necesarias, los problemas o dilemas sociales y morales a los que se enfrenta un chico de 17 ó 18 años no son los mismos que los que tiene que afrontar uno de 12 ó 13 años (Berger, 2007).

Otro factor que mencionan Carretero et al. (1998) como causa de la dificultad para llevar a cabo investigaciones sobre la adolescencia es que ha sido estudiada desde dos ámbitos distintos, la psicología y la sociología, y ello puede generar confusión, pues no es lo mismo enfocar la investigación de la adolescencia como producto del desarrollo psicológico individual, que como efecto del tipo de organización social en la que viva el sujeto. Las perspectivas y concepciones de esta etapa varían en función de determinadas transformaciones sociales. De hecho, en la actualidad, se viene observando un alargamiento cada vez mayor de esta etapa por varios factores sociales, entre ellos, las exigencias más altas de la formación profesional y la elevada tasa de desempleo que generan una mayor dificultad para alcanzar la autonomía económica y social. Factores, todos ellos, que habrá que tener en cuenta y que recientes teorías psicológicas sobre la adolescencia ya contemplan desde la corriente del contextualismo evolutivo del que se hablará más adelante.

En términos generales, y para establecer unos límites cronológicos basados en los cambios físicos que se producen en esta etapa, en el presente estudio se utilizarán los resultados de los estudios realizados con amplias muestras de participantes que confirman que entre los 11 y los 16 años de edad se consigue un crecimiento a nivel físico superior al producido en otras etapas de la vida (Carretero, 1998). Y este dato tiene una relevancia añadida porque para el adolescente, la imagen corporal es decisiva en el desarrollo de su autoconcepto y de su autoestima, y para ser aceptado socialmente.

### 3.1.2 TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA

#### 3.1.2.1 Introducción

Fue Rousseau, probablemente, quien en el siglo XVIII, en su tratado filosófico sobre la naturaleza del hombre se refirió por primera vez a la adolescencia como un período universal del desarrollo con una serie de características muy definidas. Para Rousseau, la adolescencia era como un segundo nacimiento, esta vez como antesala al estado adulto. Kohlberg y Gilligan (1972) también apoyan una definición de adolescencia como etapa universal del desarrollo y destacan como temas centrales que aparecen en la mayor parte de los manuales los siguientes:

- El descubrimiento del sí mismo como un ser único, incierto y que se pregunta por su lugar en el mundo.
- El descubrimiento del cuerpo y de su sexualidad.
- Cuestiones acerca del futuro de uno mismo.
- Necesidades de independencia y autodeterminación opuestas a la aceptación de la dirección y el control del adulto.
- El egocentrismo y hedonismo del *self* del adolescente.

Una perspectiva muy diferente la aporta Bakan (1971). Este autor define la adolescencia como un invento, sugiriendo que los cambios sociales producidos en la segunda mitad del siglo XIX y los comienzos del XX en Norteamérica generaron la necesidad de ampliar la etapa de la infancia para asegurar una educación obligatoria hasta los 16 años, una socialización de las nuevas generaciones que tendrían que hacer frente a tan grandes y acelerados cambios sociales. Desde la antropología cultural, las investigaciones llevadas a cabo por autores como Mead (1993) y Malinowski (1974), entre otros, tampoco apoyaron la universalidad del concepto de adolescencia como etapa de turbulencias, estrés y conflictos, ya que no fueron constatadas estas características en adolescentes pertenecientes a sociedades distintas a la occidental en las que las pautas de socialización y la estructura familiar parecían

no favorecer la existencia de estos enfrentamientos generacionales, tampoco la existencia de sentimientos de angustia y rebelión en los adolescentes (Carretero, 1998). En la actualidad, se le está concediendo mayor importancia al papel que ejercen los diferentes contextos (familiar, vecindario, sociedad) sobre la adolescencia.

A continuación, se exponen, siguiendo un criterio cronológico, algunas de las teorías de la adolescencia desarrolladas hasta el momento. Resulta necesario, para poder explicar la existencia en los adolescentes de actitudes estigmatizadoras hacia sus pares con problemas de salud mental, comprender previamente en qué consiste esta etapa de la vida, qué procesos y qué cambios o transiciones se producen en la adolescencia y cómo puede afectar a los adolescentes el sentirse etiquetados, ignorados y/o rechazados por sus compañeros.

### 3.1.2.2 Stanley Hall: Primer Compendio sobre Adolescencia

En 1904, G. Stanley Hall publica el primer compendio sobre adolescencia y desarrolla su propia teoría acerca de esta etapa del desarrollo, influenciada por la teoría freudiana. Hall, partidario de las posiciones evolucionistas, concebía la adolescencia como una etapa crítica en el desarrollo, en la que el adolescente sufría un proceso de tensiones y conflictos entre el *salvajismo* y el *estado civilizado* por el que manifestaba cierta rebeldía o enfrentamientos tanto con los demás como con él mismo. A diferencia de Freud (1973), Hall consideraba que la adolescencia era la etapa más decisiva del desarrollo humano. Ambos autores compartían la consideración de la adolescencia como etapa de tormenta y tensión (*storm* y *stress*; concepto derivado de autores del romanticismo alemán del siglo XIX, como Schiller y Goethe). Hall señaló la existencia de una oscilación continua de tendencias contradictorias: los adolescentes pasan de la inercia y el letargo a la euforia, del egoísmo al altruismo, de la rebeldía a la necesidad de conformidad (Carretero, 1998). A esta visión turbulenta que fue seguida por muchos autores, Anna Freud (1958), desde su perspectiva psicoanalítica, añade que la adolescencia es una etapa en la que se pueden producir cambios en la estructura del carácter en función de la resolución de las tensiones entre las tres instancias: a) los considerables impulsos del *Ello*; b) la resistencia del *Yo* ante estos impulsos que están en relación directa con el grado de

desarrollo del *Superyo* alcanzado en la etapa de latencia; y c) la propia fuerza del *Yo* a través de los mecanismos de defensa como intelectualización y sublimación - propios de esta etapa- y represión, identificación y proyección. Esta etapa, y debido a la intensidad de los conflictos surgidos, es considerada por el psicoanálisis como proclive al desarrollo de fenómenos psicopatológicos, aspecto que Hall también comparte. Sin embargo, la mayoría de estos trastornos remiten de forma espontánea al finalizar la adolescencia, pues son fruto de esta fase evolutiva por la que hay que atravesar.

### 3.1.2.3 Blos y Erikson: Individualización e Identidad

En su análisis de las teorías de la personalidad, Carretero (1998) destaca entre las aportaciones post-freudianas, la de Blos y, entre los psicoanalistas heterodoxos, la de Erikson. Según Blos (1962, 1967), el fruto de la adolescencia es el *Ser*, definido éste como conjunto de autorrepresentaciones estables y seguras que se manifiestan en la autoestima. Blos enfatiza cuatro aspectos fundamentales de la adolescencia:

- El proceso de individualización en el que comienza a establecer una vida afectiva independiente de su familia.
- Idealización de modelos paternos y maternos alternativos.
- Ambivalencia entre los deseos de independencia y la necesidad de dependencia de los amigos y de la familia.
- Necesidad de nuevas relaciones y experiencias debido a la desvinculación de los objetos afectivos habituales.

En cuanto a las aportaciones de Erikson (1956), destaca su concepto de *identidad*. Una identidad que los adolescentes deben adquirir y que influirá decisivamente en su vida adulta. La identidad es autenticidad, es una autodefinición de la persona ante otras personas, respecto a la sociedad, la realidad y los valores. La identidad posee una naturaleza psicosocial y está conformada también con elementos cognitivos: el adolescente se juzga a sí mismo en función de cómo le juzgan los demás. Erikson (1956) constata varios niveles en la identidad:

- El sentimiento consciente de la identidad individual.
- El esfuerzo inconsciente por la continuidad del carácter personal.
- Un tercer elemento o nivel estaría constituido por la síntesis del yo y sus correspondientes actos.
- Y, por último, un cuarto nivel formado por la solidaridad interior con la identidad e ideales del grupo al que se pertenece.

Dada la dificultad para la integración de la identidad, Erikson define también la adolescencia como un período de aplazamiento o moratoria, a la espera activa de una madurez y concede una gran importancia a los factores sociales e históricos y a la ideología social ya que influirán en la formación de la identidad. Cuando este proceso se malogra, se puede llegar a un estado de confusión, de difusión de la identidad que, perteneciendo a la psicopatología de la vida cotidiana del adolescente, se pone de manifiesto a través de una disminución en el rendimiento académico, en una baja capacidad de trabajo y concentración y en una focalización de las energías en una sola actividad (lectura, música, cine) unida a una pérdida de la noción del tiempo.

#### 3.1.2.4 Inhelder y Piaget: El Pensamiento Formal

Otra de las formulaciones globales sobre la adolescencia es la aportada por Inhelder y Piaget (1955) que también coinciden en definir esta etapa como un período tumultuoso en el terreno afectivo, aunque sus aportaciones se han focalizado en el área del desarrollo intelectual. El pensamiento formal, gracias a una de sus propiedades generales más importantes, la referente a la distinción entre lo real y lo posible, permite al adolescente orientarse hacia lo que es abstracto y no está presente y adaptarse al mundo social adulto. El adolescente vive en el presente, pero es capaz de proyectarse e imaginar el futuro. La conceptualización que elabora Piaget del egocentrismo intelectual, característico del estadio de las operaciones formales, guarda relación con algunas ideas psicoanalíticas como la del excesivo poder que los adolescentes conceden a sus ideas como transformadoras de la realidad (Flavell,

1979). Piaget (1954) establece una relación entre los aspectos cognitivos y afectivos de la conducta afirmando que los primeros serían la máquina o estructura del comportamiento y los segundos serían la energía de dicho comportamiento. Los adolescentes son capaces de razonar de forma abstracta y ello les permite reflexionar sobre sí mismos y elaborar sus propias ideas, creencias y teorías acerca de sí mismos y del mundo que les rodea. Inhelder y Piaget (1955) van más allá, afirmando que esta capacidad también le lleva a una actitud egocéntrica por la que el adolescente puede llegar a sentirse como un 'salvador' del mundo. Ello desvela, por un lado, su falta de realismo a la hora de valorar las posibilidades de aplicar sus teorías, y, por otro, una excesiva confianza en la fuerza de las ideas como transformadoras del mundo real. Ambas posturas se irán flexibilizando gracias al contacto social. El adolescente consigue descentrarse a través de dos factores, uno, la diversidad de perspectivas que encuentra en su interacción con la sociedad y, otro, gracias a los avances en su desarrollo cognitivo que le permiten una más apropiada coordinación entre las teorías y los hechos. A pesar de que no haya una referencia explícita en los textos de Piaget a la noción de *social perspective taking*, Piaget e Inhelder (1948) analizaron en sus trabajos los cambios que se producen en los niños respecto a la capacidad para comprender los puntos de vista de los demás. Aunque la teoría de Piaget se ve hoy día algo marginal para la comprensión de la adolescencia, la mayoría de los estudiosos de esta etapa del ciclo vital han utilizado sus ideas como punto de partida (Coleman & Hendry, 2003).

### 3.1.2.5 Elkind: El Egocentrismo en la Adolescencia

El egocentrismo adolescente fue descrito de una forma completa por Elkind (1967) como un fenómeno que tiene como base el logro del razonamiento formal que permite al adolescente pensar no sólo en su propio pensamiento, sino también en el pensamiento de los demás. Este egocentrismo, que no diferencia entre lo externo y lo interno y que lleva a posturas mesiánicas e idealistas ante la realidad, produce dos fenómenos, la audiencia imaginaria y la fábula o mito personal. La audiencia imaginaria hace referencia al hecho de que al adolescente le preocupa tanto lo que los demás piensen de él, -llegando incluso, a veces, a constituir una auténtica obsesión- que anticipa, en situaciones sociales reales o fantaseadas y suele actuar o



comportarse en función de esa audiencia imaginaria. Las largas horas ante el espejo, el deseo de intimidad, la timidez de los adolescentes y la preocupación por la ropa pueden estar relacionados con la noción de la audiencia imaginaria. Respecto a la fábula o mito personal, Elkind utiliza esta denominación para recoger la tendencia de los adolescentes a considerar sus propias vidas como heroicas o legendarias, a considerar sus experiencias, ya sean positivas o negativas, sus pensamientos y sentimientos como únicos, especiales y muy difíciles de transmitir, bien porque se da por supuesto que los demás no pueden comprenderlas, o bien porque a los propios adolescentes les cuesta encontrar las palabras para expresarlas. Suelen ser historias en las que sólo ellos mismos creen. Tanto la audiencia imaginaria, como la fábula personal y el egocentrismo son características de la adolescencia temprana, por lo que suelen estar presentes desde los 11-12 años hasta los 14-15 (Berger, 2007).

#### 3.1.2.6 Selman: Teoría de los Estadios del Conocimiento Social

Entre otros autores que han investigado sobre el desarrollo del conocimiento social, se resalta a Selman por las implicaciones que sus teorías pueden tener en esta tesis sobre el estigma hacia los compañeros con problemas de salud mental en la etapa de la adolescencia. En opinión de varios autores (Coleman & Hendry, 2003; Marchesi, 1989), Selman desarrolla un trabajo importante, bastante completo, con grandes implicaciones para las intervenciones prácticas y comparte puntos en común con otros estudios emprendidos sobre la importancia del *role-taking*, el modelo del *social perspective taking* o *del situarse en el punto de vista de los otros* en las relaciones interpersonales y en la habilidad de comunicación (Marchesi, 1989). Según Selman (1980), el conocimiento social se ocupa de los procesos a través de los que niños, niñas y adolescentes conceptualizan a los demás y aprenden a comprenderlos. El conocimiento social implica empatía, comprensión de los diferentes puntos de vista de los demás, pensamientos y sentimientos, actitudes y comportamientos sociales. Marchesi (1989) recoge la propuesta que hace Selman (1977, 1980) acerca de su teoría de los estadios del conocimiento social y que se presenta en la Tabla 3.1; una teoría que dentro de su estructura evolutiva, divide en seis los niveles de adopción de perspectivas sociales, sobre los variados puntos de vista en las interacciones sociales humanas. Los diferentes niveles dan cabida a los

cambios que se producen en estas interacciones en las que se van coordinando perspectivas diversas y la influencia recíproca de las anticipaciones de pensamientos y sentimientos.

El paso de un estadio a otro se acompaña de distintas formas de percibir la relación entre el yo y los otros. Selman et al. (1986), obtuvieron resultados que demostraban la existencia de una progresión en la adopción de perspectivas sociales relacionada con el paso de la edad. La teoría de Selman se aplica a cuatro dominios diferentes, entre ellos el de la amistad que es el campo de aplicación más importante en el desarrollo social de los adolescentes y que se ampliará con más detalle en el epígrafe dedicado concretamente a las relaciones de amistad y la necesidad del apoyo de los iguales en adolescentes con problemas de salud mental.

*Tabla 3.1*

*Teoría de los Estadios del Conocimiento Social de Selman*

---

Estadio 0: Desde los 3 a los 6 años de edad. Los niños adoptan una perspectiva social egocéntrica, pues aunque reconocen emociones sencillas en los otros, no diferencian entre su propia perspectiva y la de los demás.

Estadio 1: Desde los 6 a los 8 años de edad. Los niños comienzan a darse cuenta de que las personas pueden tener una perspectiva social diferente a la suya pero no pueden manejar ambas perspectivas de forma simultánea.

Estadio 2: Desde los 8 a los 10 años de edad. Es un periodo de autorreflexión. Avance cognitivo: capacidad para tener en cuenta la perspectiva social de otra persona. Pueden reflexionar sobre sus pensamientos y sentimientos, pueden anticipar el pensamiento de los otros y comprender que les pueden juzgar igual que ellos juzgan a los demás.

Estadio 3: Desde los 10 a los 12 años de edad. Se puede asumir el punto de vista de una tercera persona. Se es consciente de que en una interacción los participantes tienen la capacidad de conocer simultáneamente su perspectiva y la del otro.

Estadio 4: Desde los 12 a los 15 años. Adopción de una perspectiva dentro del sistema social y convencional. El adolescente comprende que hay otro generalizado cuya perspectiva comparte. Se supone el conjunto de las relaciones dentro del sistema social, como una perspectiva más amplia.

Estadio 5: Desde los 15 años. Avance hacia un nivel más abstracto. Se adopta una perspectiva de interacción simbólica. Se tienen en cuenta las perspectivas de la sociedad, las del individuo y el grupo. Se comprende la relatividad de las perspectivas y la posibilidad de adoptar nuevos puntos de vista fuera de una sociedad determinada.

---

Fuente: Adaptado de: Marchesi, 1989; Coleman y Hendry, 2003

### 3.1.2.7 Coleman: El Modelo Focal

Uno de los autores que da una perspectiva menos conflictiva de la adolescencia es Coleman (1979). Según los estudios revisados por este autor (Rutter et al., 1976; Wetsley & Elkin, 1957), nada parece indicar que los adolescentes tengan más crisis personales o problemas que los chicos de 10 años o los adultos. Por otro lado, son varias las investigaciones (Bandura, 1964; Douvan & Adelson, 1966; Offer & Offer, 1975) que han revelado que la mayor parte de los adolescentes poseen opiniones políticas, religiosas o de costumbres muy similares a las de sus padres. Respecto al tema de la crisis de identidad, Coleman (1979) reconoce que aunque es cierto que existen problemas en el ámbito de la autoimagen, en la adolescencia no se constata un mayor índice o una mayor facilidad para mostrar dichas crisis. Los conflictos se producen de forma secuencial, no todos al mismo tiempo. Primero, aparecerían los problemas con la imagen corporal, luego con la búsqueda de la identidad y por último surgiría el conflicto generacional. Todo esto puede variar tanto de un grupo social a otro como de un adolescente a otro. Otra idea original de Coleman es cómo explica el hecho de que educadores y otros profesionales conciban la adolescencia como etapa tumultuosa. Según este autor, existen educadores o profesionales que piensan de forma estereotipada asociando a la categoría adolescente el estereotipo de que los jóvenes tienen muchos problemas y conflictos, obviando la información de que estos problemas no se presentan todos al mismo tiempo, y que aparecen en edades diferentes.

Las teorías de Coleman nacen dentro del marco del contextualismo evolutivo cuyas principales figuras, según el autor, son John Hill, Urie Bronfenbrenner, Paul Batles y Richard Lerner. Aunque no existe un esquema para esta posición teórica, Coleman y Hendry (2003) presentan una serie de principios que se pueden ver en la Tabla 3.2 y que aportan una imagen del contextualismo evolutivo.

Tabla 3.2

*Principios del Contextualismo Evolutivo*

- 
- 1.-Ecología humana, o contexto del desarrollo humano. Este principio se deriva principalmente del trabajo de Bronfenbrenner (1979) y subraya la importancia del ambiente familiar, geográfico, histórico, social y político en el que vive la familia.
  - 2.-Continuidad en el desarrollo humano. Se resalta la importancia de la relación entre la infancia y la adolescencia.
  - 3.-Los individuos y sus familias se influyen de forma recíproca. Este principio se asocia a Lerner (1998).
  - 4.-Enfoque multidisciplinar del estudio del desarrollo humano. Principio resaltado tanto por los teóricos evolutivos del ciclo vital como por los contextualistas evolutivos.
  - 5.-Los individuos modelan su propio desarrollo. Los adolescentes son parte activa en la determinación de su desarrollo.
  - 6.-Noción de bondad de ajuste. Es importante considerar la relación entre el adolescente y su ambiente y hasta qué punto sus necesidades y sus metas son congruentes con el contexto.
- 

Fuente: Coleman y Hendry, 2003

Si el propósito de esta tesis consiste en estudiar al adolescente, será necesario contemplar el estudio del contexto en el que se desarrolla y examinar el papel del individuo en el moldeamiento de su propio mundo, principios en los que se basa el modelo focal derivado del estudio que Coleman (1974) llevó a cabo sobre el desarrollo adolescente normal. El *modelo focal* es una teoría que contempla la existencia de una serie de patrones en la relación que pueden ser más relevantes en determinadas edades, mas ninguno de ellos es específico de una sola edad. Los patrones se solapan, enfocándose cuestiones diferentes en momentos diversos y aunque una cuestión no sea el rasgo más destacado de una edad concreta, dicha cuestión puede ser crítica para algunos adolescentes de esa edad. El modelo focal se

diferencia de la teoría de estadios tradicional, sobre todo por su flexibilidad, por ejemplo, no se considera necesaria la resolución de una cuestión para abordar la siguiente; este modelo no asume la existencia de unos límites rígidos entre los estadios y no hay nada inmutable en la secuencia implicada (Coleman & Hendry, 2003).

Coleman (1978) explicó de una forma sencilla el éxito de adaptación de los adolescentes aún enfrentándose a tantos cambios y transiciones. Esta explicación la aporta desde el modelo focal, pues en dicho modelo se hace hincapié en que los adolescentes se ocupan de una sola cuestión a la vez. Así las tensiones generadas por la necesidad de adaptarse a otros comportamientos no se concentran en una sola época, sino que se van afrontando a lo largo de varios años. El problema surge cuando el adolescente tiene que afrontar las tensiones derivadas de varias cuestiones al mismo tiempo. Cuando las alteraciones son numerosas o requieren cambios en poco tiempo, pueden ser peligrosas para la estabilidad y el ajuste emocional del adolescente (Feldman & Elliot, 1990). Por ejemplo, para un adolescente el hecho de perder el círculo de amigos, cambiar de ciudad de residencia y entrar en un nuevo centro educativo en el inicio de la adolescencia, puede convertirse en un foco de tensiones y estrés que deriven en problemas emocionales o de salud mental.

Aunque, Coleman y Hendry (2003) reconocen que el modelo focal todavía no ha sido totalmente validado empíricamente, exponen los resultados de algunas investigaciones que apoyan su validez (Goosen & Marcoen, 1999; Kloep, 1999; Kroger, 1985) y confirman que las cuestiones que preocupan a los adolescentes se afrontan, cuando es posible, una cada vez, y no todas al mismo tiempo. La mayor parte de los adolescentes marcan el ritmo de su paso por esta transición y retienen una o más cuestiones mientras intentan resolver otra. Son conscientes de lo que pueden o no pueden afrontar, eligen y moldean el contexto en el que se mueven; por eso, dentro de este modelo, los adolescentes son considerados como agentes activos de su propio desarrollo. Tanto el contextualismo evolutivo como el modelo focal estimulan la investigación de los factores que facilitan a los adolescentes su travesía por este periodo de la vida y les permiten afrontar con éxito los diferentes momentos de tensión logrando una adaptación satisfactoria. Es decir, la investigación se dirige más al estudio de la adaptación que al estudio de las dificultades.

### 3.1.2.8 Graber y Brooks-Gunn: Transición e Hitos en la Adolescencia

Graber y Brooks-Gunn (1996) defienden la aplicación del concepto de transición para esta etapa de la vida, pues teniendo en cuenta las características de las transiciones (anticipación entusiasta del futuro, sentimiento de tristeza por el estadio perdido, ansiedad ante el futuro, reajuste psicológico importante y un cierto grado de ambigüedad de la posición social durante la transición), todas ellas se dan en la adolescencia. Según Coleman y Hendry (2003), aunque los jóvenes se emocionan e ilusionan con su futuro también les preocupa y les genera cierto nivel de ansiedad, la mayoría no saben en qué van a trabajar el día de mañana, se preocupan mucho por su posición social y, además, se tienen que reajustar psicológicamente tanto en la esfera familiar, como en la de la amistad, e incluso con su propia identidad.

Graber y Brooks-Gunn (1996) identifican varias circunstancias que se presentan en la Tabla 3.3, en las que los hitos -concepto que se explicará a continuación- que se producen dentro de periodos de transición pueden generar mayores problemas.

*Tabla 3.3*

*Circunstancias Decisivas e Hitos en Periodos de Transición*

---

Cuando el momento de presentación del hito crea estrés adicional, por ejemplo, la pubertad temprana.

Cuando se producen acontecimientos simultáneos de los que hay que ocuparse al mismo tiempo.

Cuando surgen problemas de salud mental en el momento que es necesario salvar los hitos.

Cuando no existe una 'bondad de ajuste' entre el contexto y la conducta, por ejemplo, un ambiente escolar pobre para un adolescente instruido.

---

Fuente: Coleman yHendry, 2003

Graber y Brooks-Gunn (1996), además de ver la adolescencia como un periodo de transición en el que se producen retos evolutivos, relativamente universales, introducen la noción de los hitos para su comprensión. Dichos hitos, entendidos como momentos clave (por ejemplo, el cambio de un centro educativo a otro) ejercerán una gran influencia en la adaptación posterior del adolescente. Los hitos que se producen en el contexto de periodos de transición pueden dar como resultado cambios de conducta más grandes que cuando se producen fuera de dichos periodos de transición. Para la presente tesis será interesante retener el dato de que cuando hay que salvar un hito, como por ejemplo el cambio de centro educativo y a ello se suma la circunstancia de que el adolescente presenta un problema de salud mental, la transición va a resultar más complicada, colocando en situación de peligro el éxito, tanto en el proceso de adaptación al nuevo centro educativo como en el hecho de ser aceptado por sus compañeros contando con sus problemas psicológicos, y respecto a la propia superación del problema de salud mental.

### **3.2 ADOLESCENCIA Y SALUD MENTAL**

Bajo este epígrafe se exponen temas que abordan conceptos como el de salud mental, se explican procesos que ocurren en la adolescencia y que pueden conducir a perspectivas opuestas sobre esta etapa del desarrollo, considerándola, bien como un momento de transición en el que se abre un abanico de oportunidades que pueden arrojar luz sobre las vías de salida ante la incertidumbre del futuro, bien como una etapa en la que como su raíz etimológica indica (del latín, *adolescencia*), se está en proceso de crecimiento y se adolece de ciertas habilidades o recursos que pueden exponer al adolescente a una serie de situaciones de riesgo que aumenten su vulnerabilidad y las probabilidades de presentar un problema de salud mental.

Se abordan las propias actitudes de los adolescentes y las adolescentes hacia los problemas de salud mental y se muestra evidencia empírica existente en la literatura sobre su nivel de conciencia o insight, sobre su capacidad para reconocer si, realmente, tienen dificultades psicológicas. Se comentan, además, las consecuencias que genera la carencia de dicho insight.

Se expone la prevalencia de los problemas de salud mental en población infanto-juvenil, a nivel internacional, a nivel nacional y en la Región de Murcia, y también, se hace una exposición más detallada de los problemas más prevalentes a estas edades.

Este apartado sobre adolescencia y salud mental, concluye con un tema especialmente relevante en esta etapa de la vida, el tema del apoyo social, en concreto, el de los pares. Un factor que puede desempeñar tanto un papel protector como un papel de riesgo, dada su importancia en el proceso de formación de la identidad y en el de recuperación de la salud mental.

### **3.2.1 Adolescencia: Etapa de Vulnerabilidad Psicológica**

En este punto se exponen diferentes aportaciones al estudio de la salud mental en la etapa de la adolescencia, sobre el concepto de salud mental y los factores de riesgo y factores protectores, entre otras.

#### **3.2.1.1 Concepto de Salud Mental**

La salud mental no es simplemente ausencia de enfermedad mental, sino también la existencia de un bienestar emocional que, en esta etapa de la vida, viene dado por unas buenas relaciones con los iguales y con los adultos dentro de un contexto social y una cultura determinada (Wilson, 1995). El plan de acción sobre salud mental 2013-2020 elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) concibe la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad. Con respecto a los niños y a los adolescentes, se hace hincapié en los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar los pensamientos y emociones, así como para crear relaciones sociales, o la aptitud para aprender y adquirir una educación que en última instancia los capacitará para participar activamente en la sociedad. En un informe presentado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre la situación de la salud mental de los jóvenes en España (2013), la salud mental es considerada en función de los siguientes parámetros:



- Autonomía funcional.
- Percepción correcta de la realidad.
- Adaptación eficaz y respuesta competente a las demandas del entorno.
- Relaciones interpersonales adecuadas.
- Percepción de auto-eficacia.
- Buen auto-concepto.
- Estrategias adecuadas de afrontamiento del estrés.

Por otro lado, este mismo informe hace referencia a la salud mental como un proceso en el que intervienen factores biológicos, individuales, familiares y sociales, económicos y medioambientales. Considerando la promoción de la salud no como un proceso puntual, sino continuo, durante la infancia y la adolescencia es esencial adquirir un *capital de salud*, en el sentido de:

- Adquisición de actitudes de respuesta saludable ante temas que afectan al bienestar y a la calidad de vida.
- Adquisición de ciertas habilidades de vida como la habilidad de comunicación, las relaciones sociales, autoestima y asertividad, conocimiento de uno mismo, toma de decisiones, tolerancia y cooperación y control emocional.
- También forma parte de ese capital de salud para adolescentes, la información sobre temas claves como sexualidad, nutrición, drogas, seguridad y riesgos, actividad física y salud mental.

Andresen et al. (2003), pioneros del Modelo de Recuperación, plantean un concepto original de la salud mental en el proceso de recuperación de las personas que, aunque adquiere su sentido más genuino en los casos de enfermedad mental

grave (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor), se puede ampliar a cualquier tipo de psicopatología. En este proceso de recuperación de la salud y el bienestar emocional se incluyen cuatro componentes:

- Encontrar esperanza y mantenerla: creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro.
- Re-establecimiento de una identidad positiva: encontrar una nueva identidad en la que, siendo consciente y asumiendo la enfermedad, se mantenga una buena autoestima.
- Construir una vida con sentido: comprender la enfermedad; encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad; dedicarse a vivir.
- Asumir responsabilidad y control: sentir que se tiene un cierto control sobre la enfermedad y que es uno mismo el que dirige su vida.

Un principio primordial en este modelo de recuperación es que la recuperación de la salud no implica necesariamente la curación o superación de la enfermedad. Se enfatiza el recorrido único e irrepetible, personal, de cada ser humano que vive con problemas de salud mental en el camino de construir su propia vida, más allá de los síntomas. Se trata de la recuperación social. Una persona puede volver a coger las riendas de su vida aunque el problema de salud mental siga presente. Como sucede con los problemas de salud física, los adolescentes que sufren un problema psicológico necesitan interpretar lo que les ha sucedido e incorporar esta experiencia de modo que aporte un nuevo sentido de identidad personal (Larsen, 2004).

Es importante, por el tema de esta tesis, hacer mención al concepto de salud mental desde la perspectiva de la psicología comunitaria. Smith y Hobbs (1966) consideraban como fundamental y prioritaria, dentro del campo de la salud mental, la función de prevención. Esto significa programar intervenciones para la detección temprana y el trabajo en las escuelas y otros organismos sociales. Según estos autores, los problemas de salud mental no se deben a una cuestión de deficiencia personal, sino más bien a una deficiencia del sistema social que no proporciona un

ambiente adecuado. De ahí, la importancia de la intervención comunitaria. Desde el modelo de la psicología comunitaria se construye un concepto de salud mental en términos positivos y en relación interactiva con el entorno, acentuándose su carácter como proceso. Además, se cuestiona y supera la tendencia patologizante centrada en el diagnóstico frente a una visión de estímulo, desarrollo y potenciación de los recursos personales y contextuales. Quien disfruta de una buena salud mental se adapta a las circunstancias y produce cambios constructivos en el ambiente.

Según lo que DuBois (profesor de psicología especializado en psicología clínica infantil y psicología comunitaria y autor de numerosos artículos sobre autoestima en la infancia y adolescencia y de programas de prevención basados en la escuela y en la comunidad), cuenta en la entrevista que le hacen Trull y Phares (2001), la psicología comunitaria tendrá mucho que ofrecer en los años venideros conforme se intensifique la búsqueda de estrategias para enfrentar de forma efectiva y económica los problemas de salud mental. Desde esta entrevista, han transcurrido ya catorce años, quizás éste sea el momento. De hecho, esta tesis forma parte de un proyecto de mayor alcance creado por la Fundación Cattell Psicólogos. El objetivo principal del trabajo es conocer los niveles de estigma en adolescentes hacia sus compañeros con problemas de salud mental y las variables que pueden estar mediando en el proceso de estigmatización en estas edades, para después poder intervenir en las aulas con un programa de sensibilización y de educación en salud mental. Como se expone en otro epígrafe de este mismo capítulo, aunque la evidencia empírica todavía es escasa, los resultados conseguidos por diferentes investigadores (Casale et al., 2013; Pinto-Foltz & Logsdon, 2009; Pitman & Matthey, 2004; Ventieri et al., 2011) son alentadores: estos programas de intervención educativa son eficaces y gracias a ellos chicos y chicas aprenden a cuidar su salud mental, aprenden a respetarse y a pedir ayuda profesional si la necesitan, aprenden a respetar y apoyar emocionalmente a los compañeros que presentan algún tipo de problema psicológico.

### 3.2.1.2 Adolescencia: Etapa de Oportunidades vs Etapa de Vulnerabilidad Psicológica

Actualmente hay una serie de autores como Fize (2009), Elzo (2008), Oliva (2008) y Pleux (2008), entre otros, que intentan transmitir una imagen positiva de los adolescentes. Estos autores opinan que adolescentes y adultos han interiorizado la idea de que la adolescencia es una etapa de crisis y que lo que ocurre es que se está provocando el conocido efecto en psicología social de la profecía autocumplida. A diferencia de la pubertad, la adolescencia no es sólo un proceso biológico, sino también y, sobre todo, es un fenómeno cultural y en función de la sociedad en la que el niño o la niña se desarrollen le será transmitida una u otra interpretación de este proceso. La mayoría de los adolescentes atraviesan esta etapa sin grandes complicaciones y sin presentar riesgos de psicopatología. Incluso se ha llegado a decir, según recoge Fierro (1998), que la adolescencia es un lujo que sólo pueden permitirse los países ricos y altamente civilizados y que las metas del proceso de madurez personal distan mucho de unas sociedades a otras (Baumrind, 1975). Por otro lado, existen estudios, entre otros, el realizado por Offer, Ostrov y Howard (1981) que ponen de manifiesto que, prácticamente, el 80% de las personas no experimentan la llamada *tempestad emocional* o crisis adolescente, a pesar de ser ésta una etapa de la vida llena de cambios, con una mayor susceptibilidad emocional y más situaciones y factores de estrés que se expondrán a continuación.

UNICEF (2011) ha presentado un informe en el que aporta una definición optimista de la adolescencia caracterizándola como una etapa de oportunidades, pero sin olvidarse de alertar sobre la importancia de investigar sobre la salud mental de los adolescentes y establecer programas de prevención, de intervención temprana y estrategias de tratamiento eficaces y asequibles a toda la población, vistos los datos estadísticos recogidos en población adolescente mundial:

- El 20% de los adolescentes tiene problemas mentales o de comportamiento.
- La depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad.
- El suicidio es cometido anualmente por unos 71.000 adolescentes y una cifra 40 veces superior lo intenta.

- Aproximadamente la mitad de los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años de edad y el 70% antes de los 24.
- La frecuencia de los trastornos mentales ha aumentado en los últimos 20 y 30 años. Se sugieren como causas de dicho aumento, entre otras, la ruptura de las estructuras familiares, el aumento del desempleo entre los jóvenes y las poco realistas expectativas educativas y profesionales que las familias tienen para sus hijos e hijas.
- A pesar de los avances en la elaboración de intervenciones eficaces, la mayoría de las necesidades de los adolescentes para una buena salud mental no están siendo satisfechas ni siquiera en las sociedades más ricas.
- El estigma dirigido hacia los adolescentes con problemas de salud mental y las violaciones de derechos humanos a las que están sometidos, aumentan las consecuencias adversas para la persona, como un factor de riesgo más, al igual que los malos tratos en la infancia, la violencia en la familia, escuela y vecindario, la pobreza, problemas de salud mental en padres y/o madres, la exclusión social, la desventaja en materia de educación y la angustia psicológica que acompaña a los conflictos armados, los desastres naturales y otras crisis humanitarias.

A pesar de que, según los resultados obtenidos en diversas investigaciones (Bandura, 1964; Coleman, 1978, Rutter & Smith, 1995), son una minoría los adolescentes que viven esta etapa de su vida cargados de estrés y problemas emocionales y la mayor parte de ellos y ellas alcanzan el final de esta etapa sin apartarse de su familia, sin crisis de identidad graves, adaptándose a los cambios de forma satisfactoria, se hace necesario estudiar con más detenimiento los factores o motivos que dan lugar a que algunos adolescentes sufran ansiedad o cualquier otra alteración de su bienestar psicológico y de su salud mental. No hay que olvidar que según la OMS (2004), entre un 10 y un 20% de los adolescentes europeos presentan algún problema de salud mental y se advierte que en el año 2020 será la primera causa de discapacidad entre los jóvenes.

### 3.2.1.3 Factores de Riesgo y Factores Protectores

En las últimas décadas, son muchos los profesionales de la salud mental que han centrado sus estudios en la adolescencia por ser ésta una etapa de mayor riesgo para el inicio de trastornos y problemas como el consumo de drogas, la esquizofrenia, la depresión y los cuadros de ansiedad, los trastornos del comportamiento alimentario o el trastorno disocial, este último objeto de estudio de *The individual delinquent*, primera obra de la psiquiatría de la adolescencia, escrita y publicada en el año 1915 por el neurólogo Healy (Toro, 2010).

¿Qué es un factor de riesgo? Un factor de riesgo es un factor bio-psico-social que puede implicar la aparición de circunstancias externas o características internas que aumentan la probabilidad de que ocurra un determinado fenómeno, en este caso, un problema de salud mental. Por ejemplo, respecto al consumo de sustancias, la adolescencia es un período importante, pues es en esta etapa evolutiva, en la adolescencia temprana, en la que se produce el inicio del consumo (Luengo, Romero, Gómez, García & Lence, 1999).

Los adolescentes son más vulnerables porque los cambios propios de esta etapa les colocan frente a varios factores de riesgo que Laespada, Iraurgi y Aróstegi (2004) clasifican en:

- Factores de riesgo individuales, que hacen referencia a la edad, a características internas, a la personalidad, a sus valores, actitudes, autoestima, etc. Por ejemplo, la pubertad temprana en las chicas y la pubertad tardía en los chicos es considerado como un factor de riesgo. Toro (2010) recoge en su libro sobre el adolescente una investigación (Tobin-Richards, Boxer & Peterson, 1983) en cuyos resultados se puede observar que los compañeros suelen evaluar de forma más negativa a estos chicos y chicas que a las chicas con pubertad media y a los chicos con pubertad temprana.
- Factores de riesgo relacionales, constituidos por la relación con aspectos del entorno más próximo que influyen de forma decisiva en la vida del adolescente como la interacción con la familia, con amigos y amigas, con el entorno escolar.

- Factores de riesgo sociales, como la estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social, costumbres y tradiciones.

Queda de manifiesto que son muchos los factores socioculturales, familiares y personales que interaccionan dando lugar a una mayor o menor probabilidad de que aparezcan determinados problemas de salud mental. Es cierto, que los adolescentes y las adolescentes se enfrentan a una serie de acontecimientos y cambios que pueden resultar estresantes. Hauser y Bowlds (1990) establecen tres categorías para diferenciar este tipo de acontecimientos:

- Acontecimientos normativos: que incluyen circunstancias comunes a muchos adolescentes, como por ejemplo, el cambio de centro educativo entre los 11 y 13 años, la presión de los iguales, etc.
- Acontecimientos no normativos: se pueden producir en cualquier momento y en adolescentes concretos, por ejemplo, una enfermedad grave, la ruptura con un amigo íntimo, el divorcio de los padres, etc.
- Enfados cotidianos: aunque, en principio, parecen ser de menor gravedad, si estos acontecimientos se van sumando y además se combinan con otros sucesos normativos o no normativos pueden generar un efecto acumulativo.

El número de acontecimientos, el momento en que se presentan y su sincronía son rasgos que van a ser determinantes en la vida del adolescente pues van a influir en el proceso de afrontamiento. Un chico que tenga que asimilar al mismo tiempo el divorcio de sus padres, el cambio de colegio y la pérdida de sus amigos junto con los cambios físicos y psicológicos propios de su edad será mucho más vulnerable a la hora de conseguir una adaptación saludable o presentar un problema de salud mental.

Otra contribución interesante sobre este tema es la que aporta Compas (1995). Este autor considera que el estrés varía en función de diversas dimensiones, a saber, si es normativo o atípico, el grado de magnitud y su naturaleza crónica o aguda,

clasificando en tres categorías los factores generadores de estrés: estrés normativo, estrés agudo grave y estrés crónico grave. Todos los adolescentes pasan por cierto nivel de estrés normativo propio de esta etapa de cambios y transiciones. Un ejemplo de estrés agudo grave sería el fallecimiento de uno de los padres o un accidente de importancia en la familia. Factores de estrés crónico grave serían la situación de pobreza, los problemas de salud mental de los padres y el racismo, por ejemplo. Compas (1995) argumenta que los distintos tipos de factores estresantes tendrán un efecto diferencial sobre la salud mental de los adolescentes. En la Figura 3.1 se presenta un ejemplo de la Teoría de Compas.

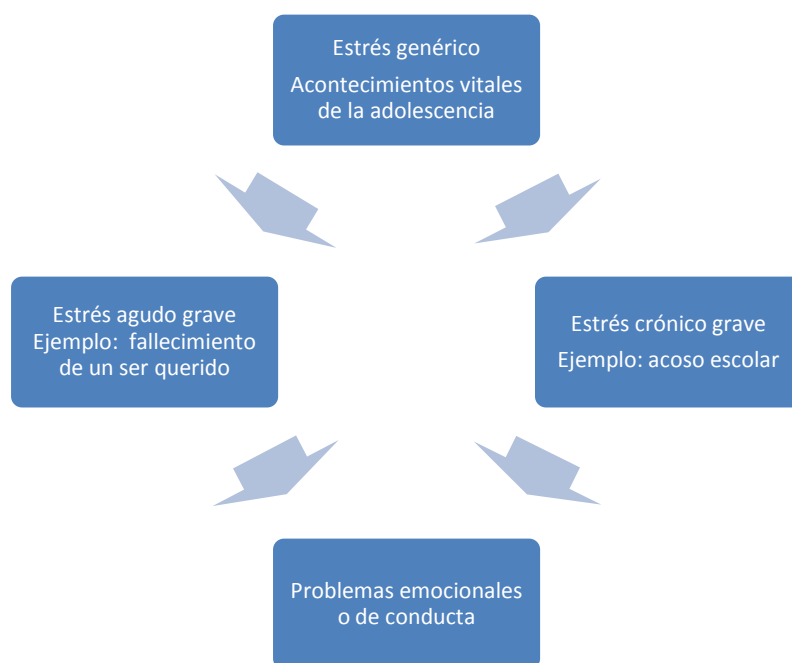


Figura 3.1. Teoría Subtipos de Estrés de Compas

Fuente: Adaptado de Coleman y Hendry, 2003

Teniendo en cuenta el tema central de la tesis que se presenta, a estos factores estresantes, podría añadirse el estrés que surgiría ante el efecto de la *amenaza de estereotipos*, esto es, el temor que, con gran probabilidad, sentirán los adolescentes frente a los estereotipos que pueden tener otros compañeros respecto a ellos por padecer un problema de salud mental y que les conduciría a actuar de acuerdo a dichas creencias malogrando, de este modo, la consecución de una más saludable adaptación y superación tanto de sus circunstancias como de los retos evolutivos.



Continuando en esta línea, se podría añadir un nuevo factor de estrés generado por el *estigma percibido* por parte de los adolescentes con problemas psicológicos de sus propios compañeros, familia, profesionales de la salud, profesores y sociedad general (actitudes de marginación, rechazo y discriminación social). Y, por último, se sumaría el estrés derivado del propio *autoestigma o estigma internalizado* que se produce cuando la persona con problemas de salud mental interioriza las etiquetas negativas que la sociedad le aplica, creyendo de sí misma que es, realmente, una persona débil, peligrosa o inferior a los demás a causa de sus problemas de salud mental (Muñoz et al., 2011).

Cuando se valoran los acontecimientos estresantes es importante que se tengan en cuenta los *parámetros de acontecimiento*. Los parámetros que se suelen mencionar con más frecuencia son: la *frecuencia*, la *predictibilidad*, el *control* y la *incertidumbre*. Dichos parámetros influirán en cómo el adolescente o la adolescente vivirá el acontecimiento. Por ejemplo, si un adolescente que vive en una ciudad tranquila sufre un atraco en plena calle, este acontecimiento será considerado bastante imprevisible y generará en la joven una sensación de poco control sobre el suceso, y ello, a su vez, podrá contribuir a la aparición de un alto nivel de estrés. Cuanto más imprevisible es un acontecimiento más estrés genera, pues no se pueden poner en marcha conductas de afrontamiento anticipadoras. Eso es lo que sucede, por ejemplo, con la muerte trágica de uno de los padres en un accidente. Con respecto a una situación de acoso escolar, el adolescente no sabe cuándo va a ser atacado, humillado o violentado y tampoco puede anticiparse y planificar un modo de afrontar la situación. Además, tiene poco control sobre el suceso, pues el acosador, generalmente, no suele ir solo, va acompañado por su camarilla, el *gang* que hostiga, margina, agrede o excluye a la víctima. En estas circunstancias “la víctima” se ve en inferioridad de condiciones para poder defenderse, lo que genera un estrés crónico grave y suele dejar secuelas psicológicas que traspasan la adultez (Piñuel & Oñate, 2012).

Como ya se expuso en un apartado anterior sobre la adolescencia como etapa de desarrollo (Ver apartado 3.1), sufrir un problema de salud mental cuando hay que salvar algún hito importante, es un obstáculo que dificulta la resolución saludable de dicho hito (Graber & Brooks-Gunn, 1996). Por ejemplo, si un adolescente tiene un

trastorno de ansiedad, tiene que cambiar de centro educativo y se halla al inicio de su adolescencia, este momento de transición se convertirá en una de las etapas más estresantes que quizás haya sufrido en su vida, complicándose la resolución de todas estas cuestiones.

Los factores protectores, por otro lado, son aquellas circunstancias externas y características internas del propio adolescente que reducen la probabilidad de que aparezca un problema de salud mental, en este caso (Pérez-Gómez & Mejía, 1998). La familia es uno de los factores protectores más importantes. Cuando existe un buen ajuste familiar es más fácil que se produzca un buen ajuste personal, pues los factores externos estresantes vean reducido su impacto al contar con el apoyo de los padres.

También influye positivamente en la salud mental, como factor interno, el logro de los retos evolutivos inherentes a la transición adolescente -la definición de sí mismo y la salud mental van de la mano-, la elevada autoestima, un buen funcionamiento intelectual, factores incluidos dentro de las características de niños y adolescentes con resiliencia (Mastern & Coatsworth, 1998), así como factores externos, entre ellos y como más significativos, los contextos familiar y escolar (Eccles, Flanagan, Lord, Midgley, Roeser, & Yee, 1996). Tener un buen grupo de pares con los que poder contar para compartir sus sentimientos es otro factor de protección.

### **3.2.2 Actitudes y Preocupaciones de los Adolescentes**

Los adolescentes no sólo están preocupados por el peso, la nutrición, el acné, la sexualidad y el deporte, también se preocupan por los problemas de relación y su influencia en el bienestar emocional y psicológico. Si bien es cierto que en la adolescencia temprana (11-13 años), al ser una etapa en la que resaltan los cambios físicos y psicológicos, existe una preocupación mayor en torno al aspecto físico junto con una comparación continua entre los ideales de belleza y la propia realidad corporal y la búsqueda de una identidad que agrade a los demás a través del aspecto físico. En esta etapa, además, los chicos prefieren la compañía de otros chicos y las chicas de otras chicas que posiblemente adopten un estilo similar de vestir y comportarse en su búsqueda de una nueva identidad. En la adolescencia intermedia (14-16 años), aunque todavía continúan los cambios físicos, las preocupaciones giran

en torno a ese descubrimiento de la propia identidad. Comienza una etapa filosófica, en la que se plantean preguntas sobre la realidad, la política, la religión, los valores, la familia. Se valora de manera especial la libertad y autonomía, les molestan los límites y controles parentales y sociales y aunque el grupo de iguales sigue siendo fundamental, las relaciones de pareja cobran una mayor importancia. En la etapa de la adolescencia tardía (17-19 años), los adolescentes, que pueden ser ya consideramos jóvenes adultos, han descubierto quiénes son y han generalizado su identidad a todas las facetas de su vida, se preocupan por seleccionar mejor a amigos y amigas (Vargas-Trujillo & Barrera, 2002) y las relaciones de pareja tienden a ser más estables en el tiempo y normalmente más orientadas al compromiso y al compañerismo. A este respecto, es interesante tener en cuenta que en los últimos años, según un estudio (Centre for Disease Control and Prevention, 2014), al que remiten las autoras del libro *Violencia en el noviazgo*, Muñoz-Rivas, González-Lozano, Fernández-González y Fernández (2015), se ha detectado un aumento de la violencia física, psicológica y sexual en las parejas de jóvenes y adolescentes.

En España, la prevalencia de la agresión física se sitúa entre un 20-30%, la prevalencia de la agresión psicológica va del 50-90% y la violencia sexual, en torno a un 30%. En otro estudio realizado con chicos y chicas de entre 15 y 29 años de edad para analizar la percepción de la igualdad existente y describir el alcance de la violencia de género en su entorno (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015), se ha comprobado que el 29% de las personas encuestadas afirman conocer alguna víctima de violencia de género en su contexto más próximo, y a medida que aumenta la edad, el porcentaje de conocidos con este tipo de experiencia también se incrementa. El vínculo más frecuente entre la persona encuestada y la mujer que ha sufrido malos tratos es el de amistad (38%), seguido por el vínculo familiar (26%) y el de vecindad (20%). Un dato curioso es que respecto a su opinión sobre cómo ayudar a esas personas que sufren maltrato, un 25% opina que la medida más efectiva es el apoyo psicológico.

Otro tema referente a la violencia que preocupa a los adolescentes y las adolescentes es el del acoso, ya sea en el entorno escolar o a través de las redes sociales en internet. En su libro sobre adolescencia, Toro (2010) presenta los datos aportados por varios estudios (Defensor del Pueblo-UNICEF, 2007; Del Barrio,

Martín, Montero, Gutiérrez, Barrios & De Dios, 2008) que fueron llevados a cabo con una muestra de 3.000 adolescentes de 12 a 16 años de edad.

Éstas son algunas de las conductas y situaciones de acoso a las que se enfrentan los adolescentes:

- Agresión verbal: Insultar (víctimas, 27,1%; agresores, 32,4%); Poner mote ofensivos (víctimas, 26,7%; agresores, 29,2%).
- Difundir rumores negativos: víctimas, 31,6%; agresores, 36,6%.
- Agresión física indirecta: Ocultar pertenencias (víctimas, 16%; agresores, 10,9%); Dañar y sustraer pertenencias (víctimas, 9,8%; agresores; 2,9%).
- Exclusión social: Ignorar (víctimas, 10,5%; agresores, 32,7%); No permitir participar (víctimas, 8,6%; agresores, 10,6%).

Respecto al acoso a través de teléfono móvil o internet, en una encuesta británica realizada por la National Children's Home en 2002, se descubrió que uno de cada cuatro adolescentes de 11 a 19 años de edad habían sido acosados a través de internet. En España, Ortega, Calmaestra y Mora-Merchán (2008), en un estudio realizado con 830 adolescentes de 12 a 18 años de edad, encuentran que un 4% de adolescentes están implicados de forma severa en el cyberbullying y el 23% de forma moderada u ocasional.

En referencia a si los adolescentes se preocupan por la salud mental, en una serie de entrevistas realizadas por Aggleton, Whitty, Knight, Prayle, y Warwick (1996) a niños y adolescentes de 8 a 17 años de edad, se concluye que una de las áreas de preocupación por la salud en los adolescentes es, precisamente, el dominio de la salud mental o emocional. En otro estudio realizado por Hendry, Glendinning, Reid y Wood (1998), los adolescentes expresaron que los adultos (padres, profesores y adultos en general) no comprenden sus inquietudes acerca de la salud, ni la importancia de ciertas experiencias para fortalecer o dañar la autoestima y se recogieron datos sobre la importancia de favorecer actitudes y comportamientos saludables, así como facilitar información sobre la depresión y otros trastornos afectivos, recibir una educación emocional que les ayude a reconocer y afrontar

ciertas emociones como la ira, ciertos estados de ánimo, como la tristeza, y que les proporcione estrategias para superar el dolor emocional y la pérdida de un ser querido.

Millon (1993), en su estudio de la personalidad del adolescente, da relevancia a ciertas cuestiones que tienden a preocupar a chicos y chicas con problemas; éstas son algunas de las más frecuentes:

- La identidad: quién soy, hacia dónde voy, son preguntas que el adolescente se hace con frecuencia y necesita resolver.
- La valoración de uno mismo: la adolescencia temprana es un período de comparación de sí mismo con los ideales.
- El desagrado por el propio cuerpo: los cambios físicos que se producen en chicos y chicas en la adolescencia temprana y media son autoevaluados en función de las normas sociales y de las reacciones del grupo de iguales. En la adolescencia tardía, el proceso de cambio ya ha terminado y el o la adolescente puede haberse quedado insatisfecho con su imagen facial y corporal.
- Incomodidad respecto al sexo: una nueva tarea para el adolescente, integrar creencias aprendidas y el despertar sexual.
- Inseguridad en la relación con sus iguales: el grupo es muy importante para equilibrar las necesidades de dependencia con sus deseos de independencia. En una primera etapa, no suelen ser muy selectivos, pero, a medida que van creciendo comienzan a serlo y desarrollan amistades más íntimas. Sin embargo, los adolescentes y las adolescentes con baja autoestima se sienten atrapados por esa necesidad de aprobación, aceptando incluso, el bajo estatus que se les concede en el grupo, pudiendo ser blanco fácil de burlas o someterse y comprometerse con ideales o valores que van, incluso, en contra de los propios.

- Discordancia familiar: los adolescentes perciben a sus padres como contrincantes en su lucha, más que por la existencia de una diferencia de valores y creencias, por afirmarse a sí mismos como personas mayores capaces de tomar sus propias decisiones.

Respecto a las actitudes hacia la salud, éstas se pueden clasificar en función de si el adolescente cree que tiene algún control sobre su salud o si ésta es fruto del azar. El llamado 'locus de control de la salud' interno o externo (Norman & Bennet, 1996) influirá en los comportamientos y la asunción de riesgos. A los adolescentes les gustaría disponer de habilidades sociales que les permitieran llevarse bien con sus iguales. Méndez, Inglés e Hidalgo (2002) exponen en un artículo sobre el estrés en las relaciones interpersonales que, según algunos autores (De Armas & Kelly, 1989; Porteus, 1979), una preocupación bastante relevante para los adolescentes es la que hace referencia al tema de las relaciones interpersonales y que, entre el 10 y el 60%, consideran la timidez, la ansiedad social y la inhibición social como los problemas más importantes (Arkowitz, Hinton, Perl & Himadi, 1978; Byrant & Trower, 1974; Heimberg, Madsen, Montgomery & McNabb, 1980). Otro dato interesante que se encontró es que una de las relaciones interpersonales más difíciles es la de pedir ayuda (Fodor, 1992). En el ámbito de la salud mental es decisivo, para evitar el empeoramiento de los síntomas y lograr la recuperación, saber pedir ayuda, sea al grupo de iguales a la familia o a los profesionales. En el apartado siguiente se aborda este tema en relación a la conciencia de enfermedad y a la actitud de autosuficiencia defensiva.

### 3.2.2.1 Autosuficiencia vs Conciencia de Enfermedad

La conciencia de los problemas de salud mental, denominada en el ámbito psiquiátrico como *insight*, comprende, en su acepción más amplia, la percepción y aceptación de los trastornos y sus síntomas, sus consecuencias y la actitud hacia el tratamiento y su cumplimiento (Lysaker & Buck, 2007).

Se pueden plantear varias preguntas: ¿Son los adolescentes conscientes de sus problemas psicológicos? ¿O, guiados por las creencias culturales asimiladas, creen

más bien que sus problemas son dificultades y vivencias propias de la etapa por la que atraviesan? ¿Es el factor de autosuficiencia defensiva el que dificulta el reconocimiento de la existencia de dificultades en el ámbito de la salud mental?

¿Cuál es el peso de la conciencia de enfermedad en los procesos de búsqueda de ayuda profesional, adherencia al tratamiento, recuperación y calidad de vida? ¿Tener conciencia o insight de la enfermedad alivia o aumenta el sufrimiento? Por ejemplo, un adolescente con Síndrome de Ásperger que no sabe que sus compañeros le rechazan por su falta de empatía, ¿podría sentirse mejor siendo consciente de los síntomas que presenta?

La adaptación personal es esencial, los adolescentes y las adolescentes con competencia personal pueden reconocer y definir sus problemas, hacer un análisis de las alternativas a la situación conflictiva y escoger la más adecuada. El adolescente o la adolescente con un buen nivel de adaptación personal posee capacidad para buscar los medios adecuados para llevar a cabo la solución escogida y pedir ayuda si es necesario (López, Garrido & Ross, 2001; Rodríguez & Grossi, 1999). Lógicamente, si se encuentra en una situación que le desborda a nivel emocional, le resultará más difícil tomar conciencia real de lo que le está sucediendo, pues su nivel de adaptación personal, que supone un ajuste o equilibrio con uno mismo, disminuirá, apareciendo preocupaciones y una bajada de autoestima. Este desajuste emocional puede manifestarse como inadaptación con uno mismo o con la realidad a través de miedos e inseguridades, pero también puede ocultarse bajo una “aparente” adaptación o pseudoadaptación, resaltando de forma desmedida la propia valía y adoptando posturas autodefensivas y prepotentes que suelen ser molestas para los otros y, a largo plazo, poco constructivas para la persona. Este es el factor de *Autosuficiencia Defensiva* que lleva a que el adolescente no reconozca la existencia de problemas psicológicos y muestre atribuciones externalistas, pensando que la culpa de lo que le sucede la tienen los demás (a él o ella no le pasa nada; lo que le ocurre es problema de los padres o de los amigos). Cuando no se es capaz de asumir la realidad por falta de seguridad, satisfacción, equilibrio emocional o autenticidad de realización, adoptar una postura de autosuficiencia defensiva en la que se reafirman y justifican los propios fallos, ocultando las debilidades, puede resultar una salida superficialmente “exitosa” (Hernández-Guanir, 2009).

No ser consciente de que se tienen problemas, o negar la existencia de dificultades es un mecanismo de defensa que las personas utilizan no sólo en la etapa de la adolescencia, también en cualquier otro momento de la vida, por ejemplo, cuando hay que afrontar la pérdida de un ser querido o una enfermedad grave como el SIDA (Arranz & Carrillo, 1994) o el cáncer (Font & Cardoso, 2009). Tanto la negación o ausencia de conciencia, como la conciencia de tener un problema de salud mental, implican riesgos y pueden obstaculizar la recuperación de la persona (Calveti, Kvrjic, Beck, Rüsich & Vauth, 2012; Lysaker & Buck, 2007; Lysaker, Roe & Yanos, 2007; Staring, Van der Gaag, Van den Berge, Duivenvoorden & Mulder, 2009). La ausencia de insight fue estudiada por Kraepelin (1919) como un tema relevante en la psicosis, sin embargo, es, realmente, un factor decisivo ante la presencia de cualquier psicopatología como una condición necesaria para anticipar las necesidades y desarrollar metas realistas respecto a la recuperación.

Frankel and Myatt (1996) realizaron un estudio en el que evaluaban las relaciones entre autoestima, competencia social y psicopatología en chicos sin amigos. Uno de los resultados más sorprendentes fue el que ponía de manifiesto que los chicos con problemas con los compañeros, que eran percibidos como agresivos por sus madres y que no tenían amigos mostraban un alto nivel de autoestima. Según estos autores, la interpretación más acorde con el resto de resultados obtenidos en dicha investigación, es la de que estos chicos no son conscientes de sus problemas de relación social. Con frecuencia recuerdan lo que ellos interpretan como intercambios amistosos (ver la televisión, jugar a videojuegos) encuentros que, generalmente, están desprovistos de interacción.

Hay estudios que confirman que si se tienen altos niveles de insight asociados a creencias autoestigmatizantes los resultados respecto al tratamiento y la recuperación son negativos (Lysaker et al., 2007; Staring et al., 2009) por lo que aconsejan la preparación de programas de intervención psico-educativos que incluyan la normalización de los problemas de salud mental y la lucha contra el estigma, para mejorar el insight sin correr el riesgo del deterioro del estado de ánimo, de la autoestima y de la calidad de vida.

Lysaker y Buck (2007) han sugerido que quizás el paradójico efecto del insight sobre el impacto de presentar un problema de salud mental esté mediado por



el significado asociado a dicho problema. Ello explicaría por qué para unas personas ser conscientes de lo que les sucede facilita su recuperación y, sin embargo, para otras, esa consciencia les lleva a la desesperanza, a una pobre autoestima e incluso en los casos más graves, en adolescentes con esquizofrenia, cuando dicho insight es elevado y va unido a depresión post-psicótica, las probabilidades de intento y de conducta suicida aumentan (Schwartz-Stav, Apter & Zalsman, 2006).

La salud percibida es uno de los indicadores indirectos de los trastornos no graves de salud mental. La percepción que los adolescentes tienen de la propia salud suele ir, en general, muy unida al entorno familiar, al estilo de vida, al rendimiento escolar, a las relaciones sociales y a las condiciones de vida. La mala calificación de su salud y la percepción de síntomas coinciden con modos de vida arriesgados, especialmente el consumo de drogas, la soledad, un ambiente escolar que se percibe de forma negativa y una gran cantidad de problemas vividos en relación con el colegio o el trabajo. El estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC, 2006), en el que también participó España, aportó los siguientes datos respecto a la percepción de la salud y el malestar psicológico:

- Un 90,2% de los adolescentes y las adolescentes valoran su salud como excelente o buena. No obstante, esta valoración disminuye con la edad.
- El 12,3% se ha sentido nervioso “casi todos los días” durante los últimos 6 meses, siendo superior el porcentaje en las chicas (14,8%) que en los chicos (9,5%).
- Durante el mismo período, el 7,2% ha tenido dificultades para dormir todos los días y un 8,4% más de una vez a la semana.
- A la pregunta “En la última semana, ¿te has sentido triste?”, el 41,6% responde “algunas veces”, un 6,5% “casi siempre” y un 2,2% “siempre”.
- Los valores de las chicas son superiores a las de los chicos en las distintas variables estudiadas: experimentar nerviosismo, dificultad para dormir y sentimiento de tristeza.

Dada la importancia y el interés que suscita este tema por sus implicaciones tanto a nivel de prevención como de intervención en el área de la salud mental, en el presente proyecto de investigación uno de los objetivos propuestos es comprobar el nivel de conciencia que los adolescentes y las adolescentes tienen acerca de sus problemas psicológicos.

### **3.2.3 Prevalencia de Problemas Psicológicos en la Adolescencia**

No cabe duda de la utilidad científica y clínica de la epidemiología infanto-juvenil, pues nos permite conocer qué tipo de problemas son los más frecuentes en este período de transición de la infancia a la adolescencia en el que cristaliza la identidad y se van conformando los valores e ideales personales. Con los apoyos familiares y sociales necesarios, esta etapa suele ser superada con un buen nivel de adaptación.

En la actualidad, se ha producido un aumento de diversos problemas de salud mental en la etapa adolescente. Entre un 10% y un 20% de los jóvenes presenta problemas de salud mental (UNICEF, 2011; Williams, 1996). En un estudio presentado por Stephens, Dulberg y Joubert (2000), se encontró que los adolescentes, entre 12 y 19 años, eran los que mostraban una mayor prevalencia de problemas de salud mental y se prevé que para el año 2020, dicha prevalencia aumentará en niños y adolescentes hasta un 50% (Comisión Europea, 2004). Coleman y Hendry (2003), en su excelente manual sobre adolescencia, recogen las interesantes ideas de Rutter y Smith (1995) sobre los motivos del aumento de los problemas psicosociales entre los adolescentes. Estos autores explican dicho aumento como el resultado de la combinación de dos factores, por un lado, una cultura adolescente más aislada en la que se potencia una mayor confianza en los pares y una menor confianza en los adultos, y, por otro, la presencia en la sociedad actual de valores más individualistas.

En el capítulo que Coleman y Hendry (2003) dedican a la salud mental del adolescente presentan datos sobre la prevalencia de la depresión mayor, que aparece en torno a un 2% y un 8% de los jóvenes. Por otro lado, un 25% de los jóvenes manifiestan preocupaciones relacionadas con síntomas depresivos y otros problemas emocionales. Respecto a las tasas de suicidio y daño auto-infligido, se ha comprobado que es la razón más común de ingreso hospitalario agudo en jóvenes; es

más frecuente en chicas de 15 a 19 años y los motivos suelen ser problemas en las relaciones interpersonales, abuso de sustancias y/o trastornos de conducta alimentaria.

Las conductas auto-lesivas deliberadas son cada vez más frecuentes en chicas adolescentes desde los 12 años. Sin embargo, el suicidio ocurre con mayor frecuencia entre varones jóvenes, aunque suele ser poco frecuente entre los menores de 15 años. Según un informe realizado por el Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (2008), el suicidio, a nivel mundial, es una de las cinco causas de mortalidad en la franja de edad de 15 a 19 años. De todos modos, el suicidio es un problema subestimado porque en algunos casos no es posible determinar la causa de la muerte. En general, los adolescentes cometen suicidio más a menudo que las adolescentes, aunque ellas presentan una tasa de intentos de suicidio dos o tres veces mayor que los chicos.

Las chicas sufren depresión más a menudo que los chicos, pero también se comunican con más facilidad y solicitan ayuda, hecho que, en algunos casos, facilita la prevención del suicidio. España cuenta con una de las tasas de suicidio más bajas de Europa (8,7/100.000), pero según los datos ofrecidos por el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto Nacional de Estadística se ha producido un aumento en dichas tasas. Durante el año 2006, se suicidaron en España 373 jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 29 años. De ellos, 302 eran chicos y 71 chicas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

También se recogen en este punto, como referencia para el estudio de la tesis, las cifras de prevalencia presentadas por Del Barrio (2010), en las que se estima que un alto porcentaje, entre el 30,2% y el 50%, de la población infanto-juvenil de 9 a 17 años de edad tiene alguna alteración psicológica en su vida, siendo más frecuentes los problemas exteriorizados (27% - 35%), como los problemas de conducta, por oposición, adicciones, etc., que los interiorizados (6%-7%), como problemas de ansiedad y depresión. Los problemas de ansiedad aumentan su frecuencia con la edad, alcanzando un 27%. A partir de la pubertad, presentan una mayor incidencia en mujeres. Los trastornos psicóticos tienen una baja incidencia en la infancia (1 por 10.000) pero se incrementan de forma alarmante en la adolescencia tardía (17-18 años; 17 por 10.000) y en los varones son el doble de frecuentes que en las mujeres.

Otro dato a tener en cuenta es el elevado grado de comorbilidad que existe entre los diferentes problemas psicológicos, llegando a alcanzar entre el 20% y el 60%. Las cifras más altas de comorbilidad se han encontrado en problemas de ansiedad y depresión (Del Barrio, 2010).

En un estudio (Bragado et al., 1995) realizado con una muestra formada por 236 niños de 6 a 17 años y por sus padres que acudían por vez primera a consulta de los servicios de salud mental de la Comunidad Autónoma de Madrid, se concluyó que los trastornos conductuales (27%) eran los diagnósticos más prevalentes, seguidos de los de ansiedad (26%) y los de eliminación (13%) y los depresivos (7,2%). También son interesantes los datos aportados respecto a las diferencias según las variables sexo y edad. Los análisis estadísticos realizados pusieron de manifiesto que los chicos y chicas diagnosticados con trastornos depresivos tenían más edad (14 años) que los de las siguientes categorías diagnósticas en las que las edades resultaron ser inferiores. Comentar también que todos los sujetos diagnosticados con trastornos de alimentación tenían más de 14 años y que los trastornos de ansiedad presentaban una ligera tendencia a aumentar a lo largo de la adolescencia, dado que entre los 14 y los 17 años eran más frecuentes (31%) que los conductuales (24%), los depresivos (16%) y los de alimentación (6%).

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) constituyen en la actualidad cuadros de gran relevancia social, especialmente en población de más alto riesgo: mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo. En esta población, se ha producido un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia del TCA en las últimas tres décadas, aceptándose un porcentaje de 0,5-1% de anorexia nerviosa (AN), de 1-3% de bulimia nerviosa (BN) y de aproximadamente un 3% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), según el protocolo de los TCA del Instituto Nacional de la Salud (Insalud, 1995), la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR; APA, 2000) y revisiones de estudios epidemiológicos de TCA (Hoek & van Hoeken, 2003). Dichas fuentes establecen una ratio de prevalencia de TCA de 1 a 9 varones respecto a mujeres (Peláez, Labrador & Raich, 2007).

En la Región de Murcia, durante el año 2012 se han atendido un total de 5.438 pacientes en el área infanto-juvenil (con edades comprendidas entre los 0 y los

16 años de edad). Como se puede apreciar en la Tabla 3.4, respecto a las patologías detectadas, sin tener en cuenta las que no están especificadas (categorías de otros trastornos y resto códigos CIE-10), son los trastornos emocionales y sociales los que han sido diagnosticados con mayor frecuencia (Fundación Alicia Koplowitz, 2014).

*Tabla 3.4*

*Datos estadísticos sobre patología infanto-juvenil en la Región de Murcia*

<b>Patología</b>	<b>Casos</b>	<b>Ratio/100.000 hab*</b>	<b>Porcentaje</b>
T.G.D.	660	238,19	12,14%
T. Hipercinéticos	1.054	380,39	19,38%
T.Emocional/Sociales/tics	1.185	427,66	21,80%
Otros trastornos	553	199,58	10,17%
Resto de Códigos CIE-10	1.986	716,74	36,52%
Total	5.438	1.962,55	100%

Fuente: Fundación Alicia Koplowitz (2014)

\*Nota: población menor de 16 años obtenido del Instituto Nacional de Estadística Enero, 2012

Los problemas de ansiedad y depresión en población infanto-juvenil son los que se presentan con mayor frecuencia a esta edad y los que suscitan una mayor demanda asistencial en los servicios de salud mental. Existen estudios que confirman que los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) son más frecuentes entre las mujeres, en especial durante la adolescencia y que el riesgo de depresión se incrementa con la edad (Bragado et al.,1999). Los problemas de ansiedad también aumentan su frecuencia con la edad alcanzando un 27% (Del Barrio, 2010).

El estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC, 2006), en el que España participa con una muestra de 21.811 adolescentes escolarizados y de edades

comprendidas entre los 11 y 17 años, proporciona datos sobre otros problemas de conducta:

- Sobre violencia y maltrato entre iguales. Pelea física: en los últimos 12 meses un 14% de los adolescentes (11-17 años) indican haber tenido dos o más peleas físicas. En el estudio anterior (año 2002) esta cifra era del 19,5%. La participación en peleas físicas disminuye claramente con la edad, siendo más frecuentes entre los chicos que entre las chicas en todas las edades.
- Maltrato entre iguales. En los 2 últimos meses han sido maltratados en el colegio una o más veces el 12% de los adolescentes encuestados. Los valores de los chicos son superiores a los de las chicas. Se observan también diferencias en función de la edad: los episodios de maltrato disminuyen con la edad.
- Tirar, romper o quitar cosas: a la pregunta “¿Con qué frecuencia, en tu colegio o instituto, otros estudiantes te han tirado, roto o quitado algunas de tus cosas en los dos últimos meses?”, un 85,1% contesta que no le ha ocurrido nunca, y un 12%, que una o más veces.

Y, también, sobre otro tipo de trastornos como:

- Problemas de ansiedad. Afectan de 8 a 10 de cada 100 niños y adolescentes.
- Depresión. Afecta a 6 de cada 100 niños y adolescentes.
- Trastorno Bipolar. 1 de cada 100 adultos. A veces, aparece en la adolescencia.
- Déficit de Atención/Hiperactividad. 5 de cada 100 niños y adolescentes.
- Déficit de Aprendizaje. 5 de cada 100 niños y adolescentes.
- Desórdenes de Conducta. De 4 a 10 de cada 100 niños y adolescentes.
- Desórdenes de Alimentación. 1 de cada 100 a 200 adolescentes chicas (Anorexia) y de 1 a 3 de cada 100 adolescentes chicos y chicas (Bulimia)

- Autismo y otros trastornos relacionados. De 7 a 14 de cada 10.000 adolescentes.
- Esquizofrenia. 3 de cada 1000 adolescentes.

El estudio cualitativo “Las concepciones de la salud en los jóvenes” (Instituto de Salud Pública, 2005), realizado con jóvenes madrileños de entre 13 y 21 años de edad, indica que la violencia constituye una realidad cada vez más común entre esta población; además, ésta no es percibida como problema sanitario, a pesar de que, a veces, puede generar importantes problemas de salud. Por último, cabe señalar el problema del consumo de drogas por los graves problemas de salud mental que está generando; entre los admitidos a tratamiento menores de 18 años, las admisiones por abuso o dependencia de cannabis (59,9%) fueron las más numerosas, seguidas de cocaína (19,9%) y heroína (8,15%) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

En resumen, habría que destacar los problemas de acoso escolar, los conflictos familiares, las decepciones con amistades íntimas, la depresión, el suicidio, los cuadros de ansiedad, los trastornos de alimentación y el consumo de sustancias, entre otros, como problemas frecuentes en la adolescencia. Y, entre todos ellos, los más frecuentes son los problemas de ansiedad y la depresión.

Es evidente que en nuestra sociedad actual, un número significativo y cada vez mayor de adolescentes experimenta problemas de salud mental y se dispone de pocos apoyos para hacerles frente. Por ejemplo, en los centros educativos, se cuenta con pocos recursos, por un lado, porque el elevado número de alumnos y la multitud de tareas a realizar por el departamento de orientación -que con suerte cuenta con un profesional en horario completo- impide una atención adecuada al alumnado con problemas de salud mental, y, por otro, porque la falta de preparación de los profesores en el ámbito de los problemas de salud mental más frecuentes en esta etapa de la vida tampoco facilita la detección temprana de los chicos y chicas que pueden necesitar apoyo psicológico.

Uno de los objetivos de esta tesis es comprobar la prevalencia de sintomatología ansiosa, depresiva y el nivel de autoestima negativa en población general infanto-juvenil en la Región de Murcia. Si se obtiene una elevada

prevalencia, se hará más evidente la necesidad de llevar a cabo estudios sobre el estigma en estas etapas del desarrollo evolutivo, a través de los que se pueda conocer y comprender mejor el proceso de estigmatización y preparar programas educativos de sensibilización hacia los problemas de salud mental adaptados a las necesidades reales de niños y adolescentes.

### 3.2.3.1 La importancia del género

¿Por qué es importante tener en cuenta el género en una investigación centrada en el área de la salud mental de los adolescentes?

Los factores que pueden contribuir a la existencia de diferencias en función del género en psicopatología pueden iniciarse en diferentes momentos de la vida. Hay estudios que señalan la pubertad como momento clave para el incremento en la frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en las mujeres.

Son muchos los autores que recomiendan la creación de un marco de trabajo para evaluar el género y la cultura en las investigaciones en el campo de la salud mental, ya que dichos estudios se verán enriquecidos al incluir estas variables (Alarcón et al., 2002; Wisner, 2004). El sexo y el género pueden influir en todos los aspectos de la fenomenología de la enfermedad incluyendo las exposiciones a los tóxicos ambientales, la vulnerabilidad a los trastornos, la sintomatología, las características de la expresión de los síntomas, la historia natural de la enfermedad, la selección y respuesta al tratamiento, el apoyo social y la capacidad funcional. Hoy en día, en ocasiones, se utilizan los términos sexo y género como sinónimos. El sexo va más allá del sistema reproductor; las diferencias de género están estrechamente relacionadas con variables culturales y socioeconómicas que abrigan una gran importancia tanto en la práctica asistencial como en la investigación de Wisner y Dollan-Sewell (2009), el género hace referencia a un complejo conjunto de procesos biológicos, psicológicos y conductuales; es la autorrepresentación de una persona como hombre o mujer, también la expresión psicosocial del hecho de vivir como un hombre o como una mujer. El enfoque de la transcendencia de los roles sexuales representado por la Teoría de Block (1973) fundamentada en los estadios del desarrollo del yo de Loevinger (1976) se centra en el desarrollo de los roles de género entendidos como constelaciones de cualidades que un individuo reconoce que



caracterizan a los varones y mujeres de una cultura. Así pues, las bases determinantes del desarrollo de la identidad de rol sexual o de género van a ser tanto de tipo biológico como de tipo histórico-cultural. Estas bases están estrechamente relacionadas con el desarrollo de la madurez personal y el desarrollo cognitivo del ser humano.

Sin embargo, el aspecto más importante del término género es la consideración de que es fruto de una construcción social. El sexo y el género, se van configurando en contacto con el entorno cultural creando diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres (Coll-Planas, 2013) a diferentes niveles, también en el ámbito de la salud. Y no sólo respecto al tema de que la prevalencia de problemas de salud mental, como se expone a continuación, sea mucho mayor en mujeres que en hombres, sino, además, respecto a que las percepciones y actitudes que la sociedad adopta ante las personas con problemas mentales es diferente en función de su género. Dolphin y Hennessy (2014) en un estudio que hicieron en Irlanda con 401 adolescentes de entre 15 y 17 años, encontraron estas diferencias de género tanto en las respuestas de los participantes según fuesen chicos o chicas ante los personajes de las viñetas (adolescentes con depresión) como en las respuestas de los participantes en función del sexo del personaje con depresión que se presentaba. Uno de los datos más curiosos es que cuando los chicos tenían que responder ante el personaje masculino con depresión, opinaban que tenía más control y más responsabilidad sobre su problema y reaccionaban con ira o enfado. Sin embargo, cuando el personaje con depresión era una chica, los participantes varones, aunque también opinaban que ella tenía control y responsabilidad de su depresión, no mostraban ira ni enfado.

Las diferencias respecto a la influencia del género en la salud mental se explicarían por la conjunción de variables constitucionales, genéticas y/o endocrinas, y socioculturales (Wisner & Dolan-Sewell, 2009). El género tiene una importancia clave en la psicopatología. Así, para las mujeres de todo el mundo, la depresión es la causa mayor de discapacidad. En EEUU un 12% de mujeres presenta depresión frente a un 6% de hombres, es decir el doble y se estima que para el año 2020, la causa principal del problema presentado por la enfermedad en las mujeres será la depresión mayor (U.S. Department of Health and Human Services, 1999).

Además, como refiere Altemus (2009), se ha demostrado la existencia de diferencias sexuales en múltiples dimensiones de la respuesta neurobiológica comportamental al estrés, hecho que apoya la importancia del género en la determinación de la vulnerabilidad al estrés. Los acontecimientos vitales estresantes, el estrés sostenido y el trauma emocional son factores de riesgo a tener en cuenta en muchos problemas de salud mental, en especial, cuando aparecen en fases tempranas de la vida. Esta autora expone la hipótesis de que las mujeres presentan una mayor frecuencia de problemas de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos somatomorfos debido a una mayor exposición al estrés y a una respuesta biológica al estrés también más elevada que la observada en los hombres.

Por otra parte, los niños presentan mayor probabilidad que las niñas de sufrir enfermedades de carácter evolutivo, como el autismo, también de presentar trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno disocial (Rutter, Caspi & Moffitt, 2003).

En diferentes estudios comunitarios realizados en España en las últimas décadas, se observa que las mujeres presentan mayor prevalencia de morbilidad psiquiátrica que los hombres. Este exceso de morbilidad psiquiátrica se debe a que las mujeres presentan cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos con mayor frecuencia que los hombres. Entre los hombres aparecen tasas más elevadas de trastornos de personalidad y problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas. La Encuesta Nacional de Salud (2006) señala que el 11,5% de los varones de 16-24 años presentan “riesgo de mala salud mental”; para este mismo grupo de edad, el “riesgo de mala salud mental” en mujeres se eleva al 22,2%.

Silverio y García (2007), en un estudio que realizan sobre la influencia del género en la autopercepción de la adaptación y la tristeza en una muestra de 226 adolescentes de 3º y 4º curso de Educación Secundaria, encuentran que las chicas manifiestan sentir mayor frecuencia e intensidad de tristeza (más insatisfacción consigo mismas, más timidez, más sentimientos de pena, angustia, vergüenza, autocompasión o desdicha) que los chicos, mientras que ellos presentan mayor indisciplina y agresividad social que las chicas. Los autores sugieren como causa de estas diferencias las distintas actitudes educadoras y estereotipos transmitidos en la familia, en el entorno escolar y social, refiriendo las interesantes conclusiones de

Fivush (1991) acerca de los estilos educativos de las madres que refuerzan las manifestaciones de tristeza y corrigen las manifestaciones de ira en las chicas, y a la inversa con los chicos. Esto conduce a que las chicas identifiquen los sentimientos de tristeza con más facilidad que los chicos y a que éstos se muestren más capaces de mostrar ira y, a veces, confundir ambas emociones. Por otro lado, como estos estereotipos de género son transmitidos en general a todos los adolescentes, los chicos que manifiestan tristeza son rechazados por sus iguales mientras que los que manifiestan ira son valorados. Por este motivo, comentan Siverio y García (2007), se llega a las conclusiones extraídas de algunos trabajos (Fuchs & Thelen, 1988; Zeman & Garbol, 1996) acerca de que los adolescentes que manifiestan tristeza anticipan las consecuencias negativas en su relación con los compañeros.

Méndez et al. (2002) en su estudio sobre las diferencias de género y edad en la etapa de la adolescencia en cuanto a las dificultades interpersonales, ponen de relieve que existen autores (Inderbitzen, 1992; Inglés, Hidalgo, Méndez & Inderbitzen, 2001) que han constatado, en relación a los compañeros, niveles más elevados de conducta prosocial en el género femenino que en el masculino, y niveles más elevados de conducta antisocial en los chicos, señalando como posible factor determinante de dicha diferencia el aportado por los teóricos del proceso de socialización: chicos y chicas presentan patrones diferentes de desarrollo social en función de los estereotipos sexuales (en los chicos se fomenta la aserción negativa, el comportamiento competitivo/agresivo, mientras en las chicas se enfatiza el modelo de ayuda, de ceder ante los deseos de los demás) y de pautas educativas adaptadas a dichos estereotipos (Fodor, 1992; Merrell & Gimpel, 1998; Osborn & Harris, 1975). Existen otros estudios (Ashmore, 1990; Costa, Terracciano & McCrae, 2001; Eagly & Steffen, 1986; Feingold, 1994) que, en opinión de Shear, Halmi, Widiger y Boyce (2009), también apoyan la existencia de diferencias de género constantes respecto a rasgos de personalidad, evaluados con diferentes escalas y en una gran variedad de culturas. En dichos estudios, las mujeres obtuvieron puntuaciones más elevadas que los hombres en *Neuroticismo* (tendencia a la depresión, a la ansiedad y una mayor vulnerabilidad al estrés), pero también en *Aceptabilidad* (confianza, altruismo y conformidad). Mientras las mujeres puntuaban alto en empatía y ayuda, los hombres lo hacían en afirmación y agresión. Mason, Hart, Rossetto y Jorm (2015) también encontraron en su estudio con adolescentes que ser mujer y creer que la persona

objetivo está enferma predice de forma consistente una actitud de ayuda y entrega hacia ella.

Estos datos resultan interesantes para la presente investigación, ya que resulta fundamental la inclusión de la variable género en el estudio empírico, siendo uno de los objetivos comprobar si las actitudes de las chicas hacia los compañeros con problemas de salud mental son menos estigmatizantes que las de los chicos, es decir, si muestran más actitudes empáticas y prosociales hacia los compañeros con problemas. Otro objetivo de esta investigación es comprobar la prevalencia de sintomatología ansiosa, depresiva y autoestima negativa en función del género.

### 3.2.3.2 Ansiedad

Como se expuso en el apartado anterior, los trastornos de ansiedad y la depresión son dos de los problemas de salud mental que, junto con la autoestima negativa, se dan con mayor frecuencia durante la adolescencia. Ansiedad y depresión, aún compartiendo ciertos aspectos comunes, son dos cuadros clínicos diferentes. El modelo tripartito sobre ansiedad y depresión de Clark y Watson (1991), sugiere que ambos problemas de salud mental poseen componentes compartidos (el afecto negativo generalizado) y específicos (anhedonia e hiperactivación fisiológica). Ambos problemas aparecen englobados dentro de los trastornos emocionales.

La ansiedad puede definirse como una respuesta anticipatoria de alguna amenaza (externa o interna) que se caracteriza por sensaciones afectivas de nerviosismo, tensión, aprensión y alarma acompañadas de manifestaciones conductuales visibles y cambios fisiológicos como taquicardia y sudoración. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (Sandín, 1997).

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es, incluso, deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es

cuando se convierte en patológica, provocando un malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

Una distinción clásica dentro de los trastornos de ansiedad consiste en separar los problemas de ansiedad que aparecen ante estímulos muy concretos como ocurre en el caso de las fobias, de los problemas en los que son múltiples los estímulos que provocan la ansiedad. Según el DSM-IV-TR, dentro de los trastornos de ansiedad encontramos:

- El trastorno de ansiedad por separación (TAS). La ansiedad por separación, que constituye una forma de protección en las primeras etapas evolutivas del niño, se convierte en un trastorno superado ese primer nivel de desarrollo. Suele comenzar a los 9 años y se considera que es de inicio temprano si tiene lugar antes de los 6 años y consiste en un malestar recurrente cuando el niño se separa de forma real o supuesta de las personas que le cuidan. Este trastorno afecta en torno al 3-4% de niños y adolescentes.
- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG). También conocido como trastorno por ansiedad excesiva cuando se presenta en niños y adolescentes. Consiste en una ansiedad excesiva y no realista que aparece ante diferentes acontecimientos o estímulos. Suele comenzar en torno a los 12-14 años y tiende a cronificarse con exacerbaciones ante situaciones de estrés. Su prevalencia se sitúa en torno al 3% y se presenta más en chicas que en chicos.
- Trastornos de pánico. Se trata de la aparición de un miedo o malestar intenso de inicio brusco que llega a su máxima intensidad en los primeros diez minutos y presenta síntomas somáticos como palpitaciones, parestesias, sensación de ahogo, náuseas, sudoración y temblores, entre otros, y síntomas cognitivos como desrealización y despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco y miedo a morir. Suele comenzar después de los 12 años y es un trastorno con muy baja prevalencia en población infanto-juvenil.

Respecto a los miedos y fobias, Sandín (1997) hace una clasificación de miedos comunes en la adolescencia:

- En los preadolescentes (11-13 años) se mantienen e incrementan los miedos sociales y escolares, se inician miedos sobre economía y política y aparecen miedos en relación al autoconcepto (autoestima, imagen personal).
- En la adolescencia (13-18 años) continúan los miedos de la preadolescencia y adquieren relevancia los miedos respecto al rendimiento personal, la autoidentidad y las relaciones interpersonales (amigos, amigas, personas del sexo opuesto, etc.).

Los miedos se consideran fobias cuando son desproporcionados, irracionales, están fuera del control voluntario y llevan a respuestas de evitación. Dentro de las fobias encontramos distintas categorías diagnósticas:

- Fobia Escolar. Consiste en un intenso temor en relación con la asistencia al centro educativo, lo que da lugar a prolongadas ausencias del centro. Se trata de un fenómeno distinto al TAS, aunque, a veces, aparezcan de forma simultánea (Echeburúa, 1993; Méndez, 1999). La fobia escolar presenta dos picos, uno al inicio del colegio a la edad de 3-4 años y otro a la edad (11-12 años) en que se cambia de ciclo y/o de centro educativo.
- Fobia Social, Inhibición Conductual y Timidez. Son tres categorías o conceptos englobados dentro de la Ansiedad Social y que guardan estrecha relación con el miedo a los extraños y a la evaluación social. La inhibición conductual genera un gran sufrimiento y conlleva un retraso en la adquisición de habilidades sociales, dificulta la integración social y predispone a la aparición de fobia social, depresión, trastorno de la personalidad por evitación y consumo de tóxicos. La timidez es el miedo a ser evaluado de forma negativa en situaciones sociales y la fobia social hace referencia a los casos intensos de timidez en los que se genera un intenso malestar y dificulta el funcionamiento cotidiano. Entre un 5 y un 10% de niños y adolescentes presentan fobia social. Tanto la timidez

como la fobia social es más prevalente en el género femenino. Tiende a aparecer en torno a los 12-16 años de edad y puede cronificarse en forma de ansiedad social específica, generalizada o trastorno de personalidad por evitación. En un estudio realizado por Inglés, Méndez e Hidalgo (2001), se puso de manifiesto que las dificultades interpersonales influyen como un factor de riesgo en el cuadro clínico de la fobia social generalizada y que los adolescentes con fobia social generalizada presentaban dificultades mayores para hablar en público, relacionarse con el otro sexo y mostrarse asertivos.

Otros trastornos de ansiedad incluidos en el DSM-IV-TR son el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y los trastornos por estrés agudo (TEA).

### 3.2.3.3 Depresión

Durante la adolescencia predomina una tendencia emocional general más hacia el desánimo que hacia la euforia y ello se acrecienta a medida que se va siendo más consciente de la imagen corporal, de las exigencias académicas y de las críticas de sus iguales (Berger, 2007). Silverio y García (2007) afirman, que la tristeza forma parte del mundo adolescente por varias razones, entre las que destacan el romanticismo propio de la edad, la inseguridad que supone el reto de formar su identidad y los diferentes duelos que tiene que afrontar (pérdida del cuerpo infantil, renuncia a la dependencia y protección parental) que pueden aumentar su tristeza, inseguridad, miedo y culpa por las rupturas que ha de hacer por el logro de la autonomía. Estos autores también encuentran en su artículo que la depresión es mucho más frecuente en la adolescencia que en la infancia. Durante la pubertad la tasa de depresión clínica aumenta más del doble, alrededor de un 15% y afecta a 1 de cada 5 mujeres adolescentes y a 1 de cada 10 varones adolescentes (Graber, 2004).

Son muchos los psicólogos del desarrollo que defienden la multidimensionalidad de la depresión. Diversos factores sociales y culturales relacionados con los padres y los grupos de iguales pueden conducir a la

desesperación. Los *intentos de suicidio, suicidio fallidos o parasuicidios* son más frecuentes entre los adolescentes que entre los adultos. Estos actos potencialmente mortales deben ser tomados con seriedad porque es probable que el adolescente o la adolescente lo vuelva a intentar y en esta segunda o tercera ocasión no tenga la suerte de ser salvado. Las tasas internacionales de parasuicidio oscilan entre el 6% y el 20%, en función de la cultura, de la edad y también de la definición del concepto parasuicidio, término introducido por Kreitman y Philip (1969) con el que se hace referencia a todas aquellas conductas suicidas que no tienen un desenlace fatal, con independencia del grado de letalidad de las mismas. Al tratarse de un concepto amplio que abarca desde conductas autolesivas leves hasta las más graves (suicidio frustrado) e incluso, a veces, ser utilizado como sinónimo de suicidio, es lo que puede alterar las tasas establecidas (Lozano et al., 2004). Es muy importante que los adolescentes con depresión reciban el apoyo firme de padres, adultos y sus pares para que pueda superarla con éxito y evitar en la medida de lo posible el suicidio (Berger, 2007).

Los trastornos depresivos y los trastornos bipolares son trastornos del estado de ánimo que se engloban dentro de los trastornos emocionales de la psicopatología infantil y adolescente. Resulta difícil definir los trastornos depresivos en una etapa en la que se producen tantas variaciones del estado de ánimo. Nissen (1971) clasifica la sintomatología depresiva en función de la edad y en las etapas de la preadolescencia y de la adolescencia incluye síntomas como los sentimientos de inferioridad, abatimiento, ideación suicida, cefaleas y otros síntomas psicósomáticos.

El DSM-IV-TR incluye dentro de los trastornos depresivos:

- El trastorno depresivo mayor, que se caracteriza por una alteración en el estado de ánimo ya sea en forma de tristeza o de irritabilidad que afecta casi a diario la mayor parte del día al menos durante dos semanas. Aparece también una pérdida de placer o de interés por las actividades cotidianas, pérdida de peso importante, alteración del sueño, del funcionamiento cognitivo, psicomotriz (agitación o enlentecimiento), sentimientos de culpa, bajo autoconcepto, ideas de muerte o ideación suicida.
- El trastorno distímico es un trastorno del ánimo o afectivo de menor intensidad que el trastorno depresivo mayor, pero superior en duración, más



de un año. El estado de ánimo es disfórico, deprimido o irritable y se acompaña de síntomas somáticos, cognitivos y emocionales.

- Trastorno depresivo no especificado. Estado depresivo que no coincide en tiempos ni cumple todos los criterios diagnósticos de los otros dos cuadros clínicos.

Los factores personales que se asocian con la depresión son la existencia de un temperamento difícil (retramiento, humor negativo, inflexibilidad), baja autoestima, neuroticismo, introversión y déficit en habilidades sociales y el género femenino. Se estima que a partir de los 12 años, la depresión aparece con mayor frecuencia en chicas que en chicos. El trastorno depresivo mayor se sitúa en una prevalencia del 2 al 5% y el trastorno distímico en torno al 10-14%.

Se incluyen también en este punto, los trastornos bipolares que se caracterizan por la presencia de episodios maníacos y/o depresivos. Los episodios maníacos consisten en la aparición de un estado de ánimo elevado o irritable que dura al menos una semana en la que el niño o adolescente puede presentar ideas de grandeza o un aumento excesivo de autoestima, poca necesidad de dormir, fácil distracción, alegría injustificada, negativismo, hostilidad, fuga de ideas, etc. La prevalencia del trastorno bipolar en población infanto-juvenil se sitúa en torno al 0,24-1,2%. Dentro de los trastornos bipolares encontramos:

- El trastorno bipolar tipo I. Se caracteriza por presentar un solo episodio maníaco o mixto y en el que el adolescente o la adolescente puede no haber presentado nunca un episodio depresivo.
- El trastorno bipolar tipo II. En algún momento se ha presentado un episodio hipomaníaco o un episodio depresivo.
- La ciclotimia. Es un trastorno de al menos un año de síntomas hipomaníacos (estos síntomas son como los maníacos pero de menor intensidad) y numerosos periodos de síntomas depresivos pero sin llegar a cumplir los criterios diagnósticos de depresión mayor.

#### 3.2.3.4 Autoestima

Maslow (1943) en su teoría de la motivación humana considera la autoestima como una necesidad básica para la autorrealización que se consigue cuando uno se conoce a sí mismo y se valora. Rogers (1961) desarrolló su teoría centrada en el concepto de sí mismo y la valoración del mismo, la autoestima como núcleo de la personalidad. Branden (1987) definió la autoestima como el componente evaluativo del concepto de sí mismo. También expresó con claridad la importancia de este concepto que consta de dos sentimientos, uno que hace referencia a la capacidad personal y otro a la valía personal y que está en la base de numerosos problemas de salud mental (ansiedad, depresión, abuso de sustancias, bajo rendimiento laboral o escolar, disfunciones sexuales, etc.). Pelechano (2000) también diferencia en el concepto de autoestima dos componentes: un componente afectivo, que hace referencia a los sentimientos de satisfacción en el polo positivo y a los de desprecio en el negativo; y un segundo componente de la autoestima que es el valorativo y se interpreta como resultado de la valoración de los aspectos positivos y negativos. Según Marsh (1986), la autoestima es una organización multidimensional del autoconocimiento que permite a la persona poseer una imagen de sí mismo a través de las situaciones.

Una importante contribución, a la que se dedicó amplia atención en el capítulo 1, es a la de Tajfel y Turner (1979) que incluyeron, dentro de su definición de la identidad social, la tendencia que manifiestan los individuos a mantener o aumentar la estima de sí mismos, intentando conseguir un autoconcepto y una identidad social positiva. Y ello en base a la realización de comparaciones favorables entre el grupo de pertenencia y otros grupos pertinentes. De modo que, cuando la identidad social resulta insatisfactoria, con el fin de subir la propia autoestima, se intentará dejar el grupo uniéndose a un grupo más valorado y/o valorar de una forma más positiva su propio grupo.

Coopersmith (1967), tras una revisión de estudios clínicos y experimentales llegó a la conclusión de que las personas con alta autoestima eran más felices que las que tenían baja autoestima. Fierro (1998) recoge los resultados que obtuvieron Simmons, Rosenberg y Rosenberg (1973) en una investigación en la que participaron 1.917 escolares de 8 a 18 años. Son interesantes los datos hallados en la transición de

la adolescencia, de los 12 a los 13 años, en los que se observa una elevación de la conciencia de sí mismos, un ligero descenso del nivel de autoestima y una mayor inestabilidad del autoconcepto. Los autores atribuyen la causa de esta inestabilidad más que al desarrollo evolutivo, al entorno, ya que se comprobó que las personas significativas para ellos tenían peores opiniones sobre los adolescentes que sobre los niños más pequeños. Encontraron que a partir de los 13 años se mejora tanto la estabilidad del autoconcepto como la de la autoestima.

Wessman y Ricks (1966, citados en Fierro, 1998, p.120) relacionan la baja autoestima con la presencia de depresión y ansiedad en una muestra de 500 adolescentes de 17-18 años. Sin embargo, los resultados encontrados en la mayor parte de los estudios realizados en población infanto-juvenil son confusos en cuanto a cuál es la causa y cuál el efecto de una baja autoestima. McKay y Fanning (1991) explican que la autoestima es un elemento esencial para la supervivencia psicológica (juzgarse de forma negativa y rechazarse a sí mismo produce un dolor enorme) y hacen referencia a la relevancia de los estilos de crianza de los padres durante los cuatro primeros años de la vida sobre el nivel inicial de autoestima en el niño.

Desde hace unas décadas, el estudio de la autoestima está cobrando una gran relevancia y se están realizando estudios que analizan las relaciones existentes entre autoestima y variables como rendimiento académico, ansiedad, depresión y otros problemas de salud mental, estigma social, autoestigma, género, cooperación y conducta prosocial, entre otras muchas; de algunos de estos estudios se hace mención a continuación.

Una relevante aportación es la realizada por Crocker y Major (1989) que han estudiado los efectos del estigma social (estereotipos, prejuicios y discriminación) sobre la autoestima. Las autoras reconocen que, aunque son muchos los estudios realizados sobre la autoestima como aspecto central del funcionamiento psicológico y como factor estrechamente asociado a otras variables que incluyen la satisfacción con la propia vida (Diener, 1984; Taylor & Brown, 1988; Wylie, 1979, citados en Crocker & Major, 1989), los resultados aportados respecto a la influencia del estigma social sobre la autoestima son objeto de controversia. Ellas definen la autoestima, en la línea de Rosenberg (1965), como un sentimiento global de autovaloración o de auto-aceptación, calidad, mérito y auto-respeto, distinguiendo en esta autoestima

global varias dimensiones específicas como autovaloración, autoconfianza y autoestima colectiva o racial.

- Autovaloración. Las habilidades académicas, las habilidades sociales, o la apariencia física tienden a correlacionar con el sentimiento general de autovaloración. Una persona puede tener un concepto de sí mismo negativo en una dimensión concreta, por ejemplo habilidad lectora, pero tener una alta autoestima global.
- Autoconfianza. Se refiere a la consideración de la competencia o capacidad en general o en un dominio concreto. Está más relacionado con criterios objetivos y resultados obtenidos anteriormente en dicho dominio que la autoestima.
- Autoestima Colectiva. Mientras que la autoestima global hace referencia a los sentimientos de autovaloración personal, la autoestima colectiva se refiere a los méritos o valores del grupo social (racial, étnico, religioso) a los que uno pertenece. Aunque a nivel conceptual, uno puede tener baja autoestima colectiva por pertenecer a un grupo estigmatizado, puede presentar altos sentimientos de autoestima personal. Empíricamente las medidas de autoestima colectiva y autoestima personal correlacionan sólo moderadamente (Luhtanen & Crocker, 1989).

Las autoras pretenden aclarar los procesos por los que puede aparecer la confusión ya que, a pesar de la existencia de varias teorías psicológicas que predicen que los miembros de los grupos estigmatizados deberían tener baja autoestima global, la investigación empírica no apoya esta predicción. Y encuentran tres formas en que las personas que pertenecen a dichos grupos consiguen mantener una buena autoestima con respecto a la identidad personal, ya expuestas en el capítulo 2 de esta tesis.

Fredericks y Eccles (2002) llevaron a cabo una investigación en la que se puso de manifiesto el inicio de una bajada en el nivel de autoestima a partir de los 12 años que también comprobó Rosenberg (1986), aunque según este autor el nivel descendía sólo en los chicos que pasaban de 6º a 7º grado y cambiaban de centro

educativo, sin embargo, en el alumnado de idénticas edades que permanecían en el mismo centro educativo, el nivel de autoestima subía. Otros estudios han mostrado que la autoestima es vulnerable a contextos sociales y fuerzas situacionales (ver Wood, 1989, para una revisión, en Crocker & Major, 1989). Los adolescentes que carecen del apoyo de su familia, amigos o profesores y compañeros del entorno escolar y no ven con claridad su futuro sufren una bajada de autoestima que les puede llevar a la depresión clínica y la ideación suicida (esta última bastante común entre los adolescentes).

Autoconcepto y autoestima son conceptos dinámicos, es decir, se hallan en continuo cambio a lo largo de la vida y la adolescencia es una etapa decisiva para la formación de los mismos. Ambos están relacionados con el bienestar y el ajuste psicológico del sujeto. El sentimiento de autoestima será mayor en la medida en que este ajuste sea mejor. Laespada, Iraurgi y Aróstegi (2004) citan a algunos autores (Kaplan, 1996; Simons, Conger & Withbeck, 1988) que han señalado que una baja autoestima se halla en la base de las conductas desviadas.

También se han realizado estudios analizando las diferencias de género en autoestima obteniendo resultados divergentes que pueden ser atribuidos a la utilización de diferentes instrumentos de medida, diferentes metodologías de investigación o diferentes edades de los participantes de las muestras utilizadas. En gran parte de ellos, se han encontrado diferencias significativas, siendo las chicas las que obtienen puntuaciones más bajas (Chabrol et al., 2004; Robison et al., 2001). El hecho de que existan diferencias de género en niveles de autoestima se explica por el proceso de socialización en el que se asignan, incluso desde antes del nacimiento (Eagly, 1987), roles sociales diferentes que conducen a chicos y chicas a desarrollar capacidades diferentes y a utilizar diferentes lugares, conductas o situaciones donde lograr autoestima y autovaloración.

El estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC, 2006), en el que España participa con una muestra de 21.811 adolescentes escolarizados de edades comprendidas entre los 11 y 17 años, proporciona los siguientes datos acerca de la autoestima:

El 20% de las chicas expresan sentirse frustradas con su apariencia física frente al 13,8% de los chicos. Las chicas consideran en mayor medida que los chicos que su cuerpo es “un poco gordo” (34,4% y 28,4%, respectivamente). Ambos colectivos también difieren en el deseo de “sentir más aprecio por mí mismo/a”: el 62,6% de las chicas así lo declaran frente al 47,2% de los chicos. Finalmente, el 84,6% de los adolescentes y las adolescentes se sienten satisfechos consigo mismos, no existiendo apenas diferencia entre sexos.

En un interesante trabajo realizado por Garaigordobil y Durá (2006) sobre las relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, la estabilidad emocional y la responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años de edad (en total 322 adolescentes con edad media de 14,7 años) se encontraron los siguientes resultados:

Respecto a la autoestima, los chicos ( $M = 31,65$ ) puntúan significativamente más alto que las chicas ( $M = 28,21$ ). Respecto a los rasgos de personalidad, los chicos tienen puntuaciones significativamente superiores en desajuste emocional y tolerancia al estrés que las chicas. Y las chicas obtienen puntuaciones significativamente superiores en ansiedad ( $M = 13,78$ ) y depresión ( $M = 13,36$ ) que los chicos (ansiedad,  $M = 12,12$ ; depresión,  $M = 11,99$ ).

Resumiendo los resultados de los análisis realizados, se puede considerar que los adolescentes varones tienen puntuaciones significativamente superiores en autoestima, asertividad inapropiada, sobreconfianza, desajuste emocional y tolerancia al estrés, mientras que las adolescentes muestran puntuaciones superiores en cooperación, habilidades sociales apropiadas, adaptación a los cambios, disponibilidad hacia las nuevas tareas, capacidad para trabajar en equipo, ansiedad y depresión. Se encuentran relaciones positivas significativas entre autoestima y cooperación y negativas entre autoestima y ansiedad y depresión.

Los resultados sugieren que los chicos y chicas de 14 a 17 años que obtienen altas puntuaciones en autoestima tienen mayor probabilidad de mostrar conductas cooperativas, baja asertividad inapropiada, baja impulsividad, pocos celos y sentimientos de soledad, bajo nivel de desajuste emocional y poca ansiedad o depresión. Los adolescentes con altas puntuaciones en autoestima tienen mayor probabilidad de ser estables a nivel emocional, sociables y responsables.

No obstante, en el estudio llevado a cabo por Cardenal y Fierro (2003) con 175 adolescentes, se obtiene una correlación negativa entre autoestima y conducta de ayuda. Los adolescentes con mayor autoestima en popularidad y satisfacción resultaron ser los que menos colaboraron y durante un tiempo menor. Los autores interpretan estos paradójicos resultados planteando la reflexión de que quizás el proceso del desarrollo moral que conduce al altruismo y al comportamiento prosocial requiera, en esta etapa de la adolescencia, un periodo de intenso egocentrismo para consolidar la identidad personal.

También se han encontrado algunos trabajos acerca de la autoestima, el estigma público y el estigma internalizado (autoestigma) en población adolescente con problemas de salud mental que se comentarán en el epígrafe dedicado a dicho tema. Es importante volver a mencionar el extenso, enriquecedor e innovador trabajo que las autoras Crocker y Major (1989) llevaron a cabo al explicar cómo las personas pertenecientes a grupos sociales estigmatizados podían manifestar altos niveles de autoestima y cómo el propio estigma puede aportar propiedades protectoras del self y de la autoestima.

### **3.2.4 El Apoyo Social en la Adolescencia**

En población adolescente gran parte del comportamiento adaptativo que se observa, se explica por las influencias sociales que sirven de referencia al adolescente. Estas influencias son experiencias de aprendizaje base del desarrollo de futuras relaciones interpersonales, del desempeño académico y de la propia autoestima una vez finalizada esta etapa. Una de las fuentes de apoyo en la adolescencia, aparte del contexto familiar, el escolar y el de las relaciones de pareja, es el que aporta el grupo de iguales. Las relaciones con los amigos facilitan la transición a través de la etapa de la adolescencia. Los adolescentes necesitan a sus iguales para que les ayuden a crecer.

En el ámbito de la salud mental, Mason et al. (2015) han descubierto, en la literatura científica revisada, que los adolescentes, ante problemas de salud mental, también prefieren utilizar fuentes informales de ayuda como sus propios compañeros, aunque en la evidencia obtenida por los autores en el estudio realizado en el área de Melbourne (Australia), con 518 adolescentes de entre 14 y 17 años de edad, se

sugiere que la ayuda que proporcionan los iguales suele ser insuficiente y que sus habilidades en primeros auxilios en salud mental son algo débiles.

#### 3.2.4.1 Teorías del Conocimiento Social

El desarrollo del conocimiento social es un tema de gran relevancia que guarda estrecha relación con el objetivo del presente proyecto de investigación. El área del conocimiento social hace referencia a cómo niños y adolescentes conceptualizan a las personas y cómo comprenden las ideas, los sentimientos y emociones y las diferentes perspectivas que adoptan los demás.

El desarrollo socio-cognitivo implica que tanto el niño como el adolescente conocen el mundo social a través de las interacciones que mantiene con sus iguales, con otras personas y con diversos grupos sociales. Dichas interacciones aportan un feedback sobre las conductas que se esperan de él o ella, sobre las respuestas afectivas y sobre las normas sociales. El conocimiento social se va construyendo a través de las actividades y experiencias, a través de la comunicación, imitando conductas de los otros, estableciendo relaciones de amistad, aplicando las reglas morales y reflexionando sobre las consecuencias que las conductas de uno generan en otras personas.

Marchesi (1984) recoge tres de los modelos teóricos utilizados con mayor frecuencia en los estudios sobre el desarrollo del conocimiento social: la Teoría de la Atribución, los Modelos basados en el *Role Taking* y la Teoría de los Esquemas.

- La Teoría de la Atribución parte de la concepción del ser humano como un científico intuitivo que trata de comprender las razones de las conductas de uno mismo y de los demás, la atribución de emociones, actitudes a otros y a uno mismo. Los precursores más importantes de esta teoría son Kelly (1955) y Heider (1958), como ya es expuesto de manera más exhaustiva en el capítulo 1 de esta tesis. Ross (1978) afirma que los teóricos de la atribución se han centrado en el estudio de varios fenómenos, entre ellos el del *juicio causal*, según el cual, el sujeto atribuye a una o varias causas un acontecimiento concreto. Dicha atribución puede ser realizada sobre una disposición interna del sujeto o sobre características propias de la situación externa. Otro proceso



estudiado ha sido el de la *inferencia social* por el que el observador atribuye a ciertos rasgos de personalidad/o sentimientos la explicación de lo ocurrido. Y por último, analizado por los teóricos de la atribución, es el proceso de la predicción de la conducta y de sus resultados.

Una aportación que debe mucho a Heider, pero que amplía la información, es la realizada por Weiner (1985) con su Teoría Atributiva de las Emociones, en la que su autor analiza cómo las personas realizan inferencias causales sobre los acontecimientos, distinguiendo dos fases en el proceso emocional-cognitivo. En una primera fase se produce una evaluación primaria tras la situación que provoca una emoción general ya sea positiva o negativa. En una segunda fase, se intenta buscar una explicación a la situación que acaba de ocurrir y utiliza para ello tres dimensiones bipolares: estable-inestable, externa-interna y controlable-incontrolable. En función de la valoración secundaria, aparecerán las emociones específicas vinculadas al tipo de atribución realizada: Gratitud ante la atribución externa, Esperanza ante la atribución estable y Compasión ante la atribución incontrolable.

Todos estos procesos son complementarios y están relacionados. En ellos se distinguen dos tipos de herramientas cognitivas que, según Nisbett y Ross (1980), se pueden englobar, por un lado, en estructuras de conocimiento que permiten realizar el proceso de categorización, interpretar datos y comprender de forma rápida el mundo social y, por otro, en estrategias intuitivas que facilitan una interpretación más sencilla y asequible de situaciones sociales complejas que conduce a una mayor rapidez en la realización de inferencias y predicciones. La cara negativa de una excesiva utilización de ambas herramientas es que conduce a errores y sesgos en dichas predicciones e inferencias sociales. El *error fundamental de atribución* es uno de los sesgos más estudiados y hace referencia a la tendencia a sobrevalorar el papel de los factores internos personales en el control de la conducta, subestimando el papel de los factores de las situaciones externas. Otros dos sesgos hacen referencia a las estrategias utilizadas en los juicios de predicción: el de *accesibilidad*, por el que los sujetos juzgan la probabilidad de los sucesos no por su frecuencia real sino por la facilidad con la que están presentes en los

procesos de percepción, memoria e imaginación; y el de *representatividad*, por el que se tiende a realizar un juicio intuitivo si las características de una situación se consideran representativas de cierta categoría.

- Situarse en la perspectiva de los otros, *Role Taking o Social Perspective Taking*. Se trata de un constructo utilizado para explicar los cambios que se producen en la amistad y en las relaciones sociales respecto a la moral. Marchesi (1984) nombra como precursores de este tipo de investigaciones a Mead, a Werner y, especialmente, a Piaget por su influencia posterior. Sus conceptos de egocentrismo y centración-descentración están directamente relacionados con el role-taking: el egocentrismo, como ese proceso por el que niños y adolescentes son, en determinadas etapas del desarrollo socio-cognitivo, incapaces de comprender la perspectiva de los otros; y la centración, como el fenómeno por el que se es incapaz de coordinar diferentes dimensiones de un objeto. Higgins (1981) afirma que hay tres dimensiones en el desarrollo de la habilidad de situarse en la perspectiva social de los otros (role-taking): la habilidad para comprender que los otros tienen sus propios puntos de vista, la habilidad para relacionar dos o más elementos y la habilidad para relativizar el propio punto de vista cuando hay que tener en cuenta el punto de vista de los demás.

Selman et al. (1986), obtuvieron resultados que demostraban la existencia de una progresión en la adopción de perspectivas sociales relacionada con el paso de la edad. La teoría de Selman se aplica a cuatro dominios diferentes: individual, de la amistad, del grupo de iguales y dominio padres-hijo. El campo de aplicación más importante de esta teoría es el del desarrollo social y el tratamiento de adolescentes con dificultades en el área de las habilidades sociales, que permanecen aislados o carecen de amigos y que son más vulnerables en situaciones sociales.

En la Tabla 3.5, vemos una aplicación práctica de adopción de perspectivas que Coleman y Hendry (2003) han realizado y en la que quedan ilustrados los seis temas que Selman considera centrales para el dominio de la amistad.

Tabla 3.5

*Teoría de las perspectivas sociales de Selman. Dominio de la amistad*

- 
1. La formación de amistades. ¿Cómo y por qué se establecen? y ¿Cómo es un amigo ideal?
  2. La intimidad de las amistades. ¿Cuáles son los diferentes tipos de amistad? ¿Qué es la intimidad en la amistad?
  3. El papel de la confianza en la amistad. ¿En qué circunstancias hacemos algo por un amigo? y ¿cuál es el papel de la reciprocidad en la amistad?
  4. Los celos en la amistad. ¿Cuáles son los sentimientos que una persona experimenta en relación con la intrusión de otros en una relación de amistad establecida?
  5. Resolución de conflictos. ¿Cómo resuelven los amigos sus conflictos cuando existe un desacuerdo?
  6. Terminación de las amistades. ¿Cómo y por qué acaban?
- 

Fuente: Coleman y Hendry, 2003

Posteriormente, Selman amplió sus ideas y las aplicó en el campo de la psicología clínica desarrollando el modelo de la terapia de pares, gracias a la cual los adolescentes que están en dificultades pueden adquirir destrezas que les permiten regular la amistad sin llegar a la ruptura y sin la necesidad del apoyo de un adulto.

- Una tercera teoría que recoge Marchesi (1984), como otro de los marcos teóricos que aportan una mayor influencia en los trabajos de investigación efectuados sobre el tema del conocimiento social de niños y adolescentes, es la Teoría de los Esquemas, Scripts e Interacción Social. Los esquemas son considerados como bloques de conocimientos y funcionan como hipótesis e inferencias que facilitan la búsqueda de información. Son muy importantes en el ámbito del conocimiento social. Hay esquemas sociales de sucesos o

*scripts* que contienen secuencias de acciones relacionadas causal y/o temporalmente que se producen en contextos sociales, surgen a partir de experiencias sociales previas y se aplican posteriormente en situaciones sociales parecidas. Otro tipo de esquemas son los de las personas que contienen información sobre las características personales de uno mismo y de los demás. Un tercer tipo de esquemas hace referencia a los roles sociales de personas o grupos.

#### 3.2.4.2 El Apoyo Social en la Adolescencia: Identidad Social

Durante la adolescencia el contexto social es determinante para explicar ciertos aspectos del desarrollo, siendo el apoyo social recibido y percibido por el adolescente una fuente importante de experiencias y aprendizaje (Musitu y Cava, 2003). Los adolescentes se sienten inseguros ante sus iguales, se comparan con ellos y a menudo se infravaloran. Unas veces se sienten el centro del universo porque creen que todos les miran, pero muchas veces interpretan que esas miradas son de menosprecio y entonces se sienten lo peor del mundo, los más feos, los menos divertidos. Los adolescentes contrastan sus ideas, sus valores con los de los demás y van aprendiendo a ser ellos mismos. Para la gran mayoría de chicos y chicas, la imagen corporal es muy importante, ocupa un primer plano en su relación con los demás. Antes de salir con los amigos dedican mucho tiempo a mirarse frente al espejo, observando cada detalle de su cara, su peinado, su vestuario. Algunos adolescentes se obsesionan con el deporte, otros con la alimentación o con la estética corporal, se tintan el pelo de colores, se hacen rapados y cortes de pelo atrevidos y diferentes, se colocan aretes y piercings y se tatúan la piel. Mención especial hay que hacer en este apartado a chicos y chicas transexuales que anticipan con angustia la llegada de los cambios físicos propios de la pubertad y para los que es mucho más difícil atravesar esta transición sin ser aceptados por sus iguales y, muchas veces, ni por sus familiares, teniendo en la mayor parte de las ocasiones que ocultar su identidad de género (Missé y Coll-Planas, 2010).

En el proceso de búsqueda de sí mismos, son mayoría los adolescentes que se comparan con otros pasando de la euforia al decaimiento en función de cómo resulte la comparación y de si son o no aceptados y valorados por sus iguales e integrados en

el grupo al que ellos conceden más valor. Aunque buscan un estilo propio que les diferencie y defina, acaban integrándose en una pandilla en la que todos sus miembros son bastante homogéneos en cuanto a estética corporal, estilo de comportamiento, ideas y creencias, gustos musicales o literarios, etc.

Con la pubertad se empiezan a experimentar nuevas competencias, nuevas fuerzas, surge un deseo de emancipación que Ausubel (1952, citado en Fierro, 1998, p.125) define como un proceso de *desatelerización*, por el que el adolescente sale de la tutela paterna e ingresa en otra órbita de influencia, la del grupo de iguales. El deterioro de las relaciones y los vínculos familiares provoca un vacío en el adolescente que intentará llenar con los amigos.

Frente a la soledad y el aislamiento, los adolescentes sienten una imperiosa necesidad de sentirse integrados en una pandilla o grupo de iguales. Los amigos pueden ser tan constructivos como destructivos. Por lo general, favorecen conductas aceptadas socialmente, como hacer deporte o avanzar en los estudios, además, facilitan la transición desde la infancia y las conductas de dependencia de los padres hacia la adolescencia y una mayor independencia. Sin embargo, también es cierto que existe una presión de grupo destructiva que lleva a que los adolescentes admiren a los compañeros agresivos, respeten a los estudiantes rebeldes, a los que prueban drogas o a los que presentan cambios físicos notables propios de la pubertad. Los procesos de *selección* (los pares se eligen unos a otros en función de valores e intereses compartidos) y de *facilitación* (los pares se estimulan unos a otros para hacer cosas que no harían ellos solos) pueden funcionar para bien o para mal. Los amigos permiten que se practiquen con los "yo" posibles y que vayan forjando su identidad manteniendo un sentido de pertenencia a un grupo (Berger, 2007).

Poco a poco, los adolescentes van adquiriendo una autonomía más completa que les permite ser selectivos con sus amistades y con las conductas -sean positivas o negativas- que van a realizar ante ciertas *presiones de grupo*. La conformidad con el grupo de amigos va disminuyendo gradualmente, a medida que el adolescente va clarificando su sentido de la identidad, los roles sociales y la posición social. Además, comienzan a dar más importancia a las relaciones de pareja y pequeños grupos de amigos más íntimos. Esto les hace ser también más críticos con otros

grupos, fortaleciendo y afirmando su estilo de vida y su identidad (Shucksmith & Hendry, 1998).

Los grupos de amigos se dan apoyo, compañía y reafirman la identidad del yo. En la adolescencia, ser popular es una de las facetas más valoradas de los chicos. A una gran mayoría de adolescentes les gustaría ser populares o al menos formar parte del grupo de los o las populares, pues son adolescentes con éxito, atractivos, deportistas o visten a la moda. La otra cara de la moneda, es el miedo a ser rechazado o excluido. Los adolescentes que suelen ser rechazados por sus iguales suelen ser vistos como "diferentes", "raros" o tímidos, con pocas habilidades sociales. Otros son vistos como agresivos o bruscos. Los que se sienten excluidos o ignorados pueden intentar integrarse en un grupo esforzándose en demasía por llamar la atención y ser aceptados por el resto de adolescentes. Algunos, al ser rechazados, se enfadan y reaccionan con demasiada energía. Otros, se aíslan directamente y, a menudo, son víctimas de acoso escolar.

Los adolescentes sin amigos tienen pocas oportunidades de aprender las destrezas sociales necesarias para establecer relaciones íntimas. Una vez que son etiquetados es muy difícil que mejoren su situación social, a no ser que intenten cambiar de centro educativo y comenzar de cero (Evans & Eder, 1993). Y esto es debido, en gran medida, a que su identidad social ha quedado dañada (Goffman, 1963), y no han podido desarrollar un sentido de pertenencia y afiliación. En el proceso de formación de la identidad, los grupos a los que se pertenece sirven de marco de referencia, la identidad se sitúa en la articulación de lo individual y lo colectivo, es el resultado de la interacción entre las dimensiones sociológicas y psicológicas del individuo, por lo que la identidad emerge de las relaciones entre la persona y la sociedad (Doise, Deschamps & Mugny, 1980). De ahí, la importancia del apoyo social, de sentirse integrado en un grupo para un adecuado y saludable desarrollo.

#### 3.2.4.3 Relevancia del Apoyo Social para la Recuperación de la Salud Mental

La calidad de la relación que se establece entre adolescentes es importante porque de ella van a derivar los beneficios resultantes del apoyo emocional y el aprendizaje social y posiblemente su autoestima (Kirchler, Palmonari & Pombeni,

1995). Los iguales desempeñan un papel muy importante en cómo se afrontan las situaciones de estrés. Los adolescentes recurren cada vez más a sus compañeros a medida que crecen. Según comentan Coleman y Hendry (2003), la táctica "Intentaré resolver el problema con la ayuda de mis amigos" sumada a la de contárselo a los padres, es una de las dos estrategias de afrontamiento más comunes a la edad de los 15-16 años. La dependencia de los amigos se va haciendo mayor a partir de los 17-19 años. No obstante, en los resultados de algunos estudios se sugiere que, en ocasiones, los adolescentes no suelen pedir ayuda (Fodor, 1992).

Kuhl, Jarkon-Horlick y Morrissey (1997) construyeron un cuestionario para medir las barreras que bloquean la solicitud de ayuda. Este tema es más delicado cuando la solicitud de ayuda tiene que ir dirigida a uno de los profesionales de salud mental (psiquiatras, psicólogos), ya que el estigma que recae sobre ellos conduce a que el adolescente se resista a ser etiquetado como "*loco*", evitando esta visita. Y por tanto, la tan recomendada -por la OMS y otras instituciones nacionales e internacionales- detección temprana de los problemas de salud mental y la instauración de los tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos (tan importantes, por ejemplo, en el caso de los trastornos psicóticos) se retrasa, produciéndose una serie de consecuencias negativas que empeoran la salud y el bienestar emocional del adolescente, como el agravamiento de los síntomas, aumento en la frecuencia de embarazos no deseados, fracaso escolar, conductas autolesivas y suicidio (Pinto et al., 2012).

Al margen de que el instituto sea uno de los escenarios más significativos en este momento vital, tanto a nivel de estímulo y desarrollo de competencias individuales, como a nivel de actitudes y estilo de comportamiento interpersonal, en la adolescencia temprana e intermedia, también se valora mucho estar con los amigos fuera del centro educativo, proporcionándose apoyo mutuo en momentos de tensión. Cuando este apoyo no se produce puede ser debido a varios factores: actividades de competición, conflictos en casa, déficit en habilidades sociales y/o preocupaciones morales (Hirsch & Dubois, 1989).

El apoyo social puede ser definido, en un sentido amplio, como ayuda en el afrontamiento de problemas. Y puede tratarse tanto de un apoyo de carácter instrumental o tangible (por ejemplo, llevarle a casa al compañero los deberes de

clase cuando falta por no encontrarse bien de salud), como de un apoyo expresivo o psicológico (por ejemplo, escuchar al compañero cuando está atravesando una crisis de ansiedad, tranquilizarle, darle esperanzas de que se va a recuperar, invitarle a salir con los amigos). El apoyo social, que puede provenir de familiares, amigos o compañeros, genera un sentimiento de pertenencia grupal, y de aceptación y valoración por parte de los demás. Gracias a este sistema de apoyo, las personas mantienen su identidad social. Jung (1990, citado en Rodríguez, 2008, p.110) señala ciertas funciones propiamente específicas de un sistema de apoyo social; entre otras, las que se presentan a continuación:

- Facilitan el poder compartir con los demás los problemas de uno mismo.
- Proporcionan la intimidad necesaria.
- Previenen el aislamiento social y la soledad
- Ofrecen asistencia en las crisis.

Como explica Rodríguez (2008), el apoyo social juega un doble papel, uno como factor antecedente contribuyendo a la prevención de los problemas de salud, y otro como factor amortiguador protegiendo a las personas de las consecuencias negativas de los estresores y moderando los efectos del estrés.

En la etapa intermedia que va de los 14 a los 16 años, las relaciones de pareja se convierten en uno de los principales recursos de apoyo social que mejoran el bienestar psicosocial y el afrontamiento de las situaciones estresantes. Establecer relaciones de intimidad tanto a nivel emocional como sexual ejerce un papel importante para la salud física y mental de los adolescentes. De todos modos, ese apoyo emocional que brinda la pareja es muy importante, pero sobre todo, en el inicio del problema de salud, ya sea física o mental. En la etapa de la recuperación y la vuelta a la normalidad es también muy relevante el apoyo instrumental y emocional de compañeros y amigos (Rodríguez, 2008).

En la adolescencia aparecen tanto conductas antisociales como pro-sociales y solidarias. Ya se comentó en un epígrafe anterior la importancia de la adquisición de una cierta madurez en el sistema de coordinación de las perspectivas sociales dado



que influyen en los cambios que se producen en las relaciones sociales. A partir de los 12 años de edad, según el sistema de Selman (Marchesi, 1984), los adolescentes evolucionan desde el nivel cuatro al nivel cinco, es decir, pasan de ser conscientes de que su perspectiva forma parte de una perspectiva más general dentro de un sistema social y convencional a la adopción de una perspectiva de interacción simbólica (15 años en adelante) y la comprensión de que se pueden asumir perspectivas diferentes a las de una sociedad determinada. Se han realizado investigaciones sobre las relaciones entre los cambios en el sistema de adopción de una perspectiva social y los cambios operados en el desarrollo de la amistad. Marchesi (1984) expone la propuesta de Damon (1977) sobre estas estrechas relaciones que el autor divide en tres niveles. En un primer nivel, los amigos se relacionan con aquellos con los que suelen estar en contacto habitualmente. Esta amistad, que se refuerza con actos positivos, puede terminar de forma rápida y sencilla. En el segundo nivel, la amistad se basa en una relación de reciprocidad y confianza mutua y puede terminar por una acción que rompa con una de estas bases. En el tercer nivel, la amistad es más profunda, los amigos se apoyan, se comprenden, comparten confidencias, sentimientos y para que se produzca una ruptura debe de haber uno o varios motivos de importancia repetidos en el tiempo. Ésta es una de las razones que lleva a que los amigos sean las personas más idóneas para procurar el apoyo cuando se tienen problemas psicológicos. Otros motivos los aportan Aboud et al. (Aboud & Doyle, 1996; Aboud & Fenwick, 1999) que confirmaron la hipótesis de que los pares pueden ser los mejores apoyos porque ellos son, probablemente, menos proclives a censurar opiniones sobre tópicos y porque el estilo cognitivo de comunicación está automáticamente al nivel de amigos y amigas de su misma edad.

### **3.3 ADOLESCENCIA Y ESTIGMA HACIA LA SALUD MENTAL**

Un obstáculo importante para la intervención profesional y el tratamiento psicológico y/o psicofarmacológico de los problemas de salud mental en los adolescentes es el estigma. El estigma, como se recordará del capítulo anterior, puede definirse como un proceso por el cual una persona es etiquetada por la sociedad, por

el hecho de presentar problemas de salud mental, siéndole atribuidas una serie de características y asumiendo una serie de actitudes negativas, creencias, pensamientos y conductas que provocan miedo, rechazo, evitación y discriminación (Pinto-Foltz & Logsdon, 2009). El estigma, por tanto, dificulta la búsqueda de ayuda especializada. En 1999, el Departamento de los Servicios de Salud Mental, identificó el estigma como una barrera para el tratamiento de los problemas mentales. En estudios recientes, se sugiere que los adolescentes estigmatizan los problemas de salud mental (Angermeyer & Matschinger, 1996; Chandra & Minkovitz, 2006, 2007; Mukolo, Helfinger & Wallston, 2010) e interiorizan dicho estigma (autoestigma) haciendo suyas las creencias y prejuicios del estigma social percibido (Corrigan & Watson, 2007; Franke et al., 2011; Moses, 2009, 2010).

### **3.3.1 Desarrollo de la Conciencia Moral en Niños y Adolescentes**

El estudio más completo del desarrollo de los conceptos de moralidad durante la infancia y adolescencia se encuentra en Piaget y después en Kohlberg que, aún compartiendo las formulaciones de Piaget, profundiza un poco más con su teoría de la conciencia moral en la adolescencia y en la adultez. Ambas teorías parten de una orientación cognitivo-evolutiva en la que organizan el desarrollo moral en estadios. En su libro sobre el criterio moral del niño, Piaget (1977), basándose en aspectos socio-afectivos y cognitivos, establece dos estadios principales del desarrollo moral. El primer estadio que Piaget denominó estadio del *realismo moral* es en el que predomina la moral de la presión adulta, el respeto unilateral a las normas impuestas por los adultos. Se trata de un periodo en el que los niños pequeños hacen juicios sobre una base objetiva. Por ejemplo, se censura la cantidad de daño ocasionado, dejando a un lado las circunstancias y las intenciones. El segundo estadio es el de la *moralidad de la cooperación* o *moralidad de la reciprocidad*, del respeto mutuo de los iguales. Según Piaget, esta etapa se puede aplicar desde los 8 a los 12 años de edad y, en ella, las decisiones sobre la moralidad se hacen sobre una base subjetiva que depende más de la estimación de la intención que de la consecuencia. Esta segunda fase supone el paso de una moralidad absoluta y egocéntrica a una moral en la que el adolescente o la adolescente es capaz de situarse en las perspectivas de los otros. El desarrollo cognitivo, la superación de la

presión coercitiva de la autoridad adulta y las relaciones con amigos y amigas basadas en la reciprocidad, la igualdad y la cooperación, señala Piaget, son imprescindibles para el logro de una autonomía moral.

A continuación se expone el desarrollo de los estadios de moralidad de Kohlberg que se corresponden más con la edad adolescente, población objetivo del proyecto de investigación de la tesis.

Kohlberg (1981) diferencia tres niveles de desarrollo moral: el nivel preconvencional, el nivel convencional y el nivel postconvencional. En la Tabla 3.6, podemos ver cómo dentro de cada uno de estos niveles, se incluyen dos estadios diferentes del desarrollo de la conciencia moral. La adolescencia es la edad en la que suele pasarse del nivel convencional al postconvencional. En el nivel convencional, la moral es de sumisión a la regla y en los dos estadios incluidos dentro de este nivel, el 3 y el 4, la moralidad se basa en sustentar el orden social y en la conformidad con las expectativas de otros. El núcleo principal consiste en adherirse a las normas en previsión de la censura o la alabanza de las personas significativas para el adolescente. El estadio 3, propio de la infancia tardía y de la adolescencia temprana, consistiría en la moralidad del buen chico que mantiene excelentes relaciones con los demás. El estadio 4 contiene como núcleo principal la asunción de responsabilidades y valores como la empatía y la justicia. Sin embargo, y, según Kohlberg, la auténtica asimilación de los principios morales se produce en el nivel postconvencional que puede ser alcanzado en la adolescencia, aunque muchas personas no llegan nunca a conseguir dicho nivel de desarrollo moral. En el estadio 5 aparece la moralidad del contrato social y de la ley democráticamente establecida. Se hace hincapié en la definición del derecho y del deber en términos de contrato, no de la conveniencia de los individuos. En el estadio 6, la conducta se halla regulada por un ideal interiorizado de justicia que se mantiene por encima de cualquier circunstancia.

Tabla 3.6

*Teoría del desarrollo moral de Kohlberg*

<b>Preconvencional</b>	
Estadio 1.	Orientación al castigo y la obediencia. Las conductas que se castigan se perciben como malas.
Estadio 2.	Hedonismo instrumental. Aquí, el niño se somete para obtener recompensas, obtener la devolución de favores, etc.
<b>Convencional</b>	
Estadio 3.	Orientación hacia las relaciones interpersonales. La buena conducta es la que agrada o ayuda a los demás y es aprobada por ellos.
Estadio 4.	Mantenimiento del orden social. La buena conducta consiste en cumplir el propio deber, respetar la autoridad y mantener el orden social por sí mismo.
<b>Post-convencional</b>	
Estadio 5.	Moralidad del contrato social. Al comienzo de este estadio, la conducta moral se tiende a concebir en función de derechos y normas generales convenidos por la sociedad como un todo, pero en momentos posteriores existe una orientación creciente hacia decisiones internas de conciencia.
Estadio 6.	El principio ético universal. En este estadio, existe un intento de formular y guiarse por principios éticos abstractos (por ejemplo, la regla de oro, el imperativo categórico de Kant)

Fuente: Kohlberg, 1981

Kohlberg explica que los mecanismos de transición de un estadio a otro son el desequilibrio y el reequilibramiento cognitivo. Dichos mecanismos son estimulados a través de la interacción social en la que, por un lado, los esquemas de razonamiento moral son desafiados al no ver cumplidas las expectativas y, por otro, se pone en acción la empatía, cuando uno es capaz de ponerse en el lugar del otro, intentando comprender las diferentes perspectivas. El diálogo con personas que están en niveles ligeramente superiores de razonamiento moral (Turiel, 1966) y la

influencia social directa (Tracy & Cross, 1973) son destacados por otros autores como mecanismos determinantes en el pasaje hacia estadios más desarrollados de conciencia moral.

Aunque Kohlberg no asocia sus seis estadios de desarrollo moral con edades cronológicas, cabe suponer que para alcanzar un cierto grado de razonamiento moral es necesario haber conseguido un determinado nivel de desarrollo cognitivo, por lo que antes de la adquisición de las operaciones formales que, por regla general, coincide con la adolescencia, no se pueden superar los estadios 5 y 6 del desarrollo moral (Kohlberg, 1973). Pero ni el logro cognitivo ni la experiencia adolescente garantizan la superación de los estadios superiores. De hecho, según una investigación transcultural realizada por Kohlberg (1968) en cinco sociedades diferentes, la mayoría de los adolescentes de 16 años no alcanzaban el estadio 6 y algunos ni el 5. Lo que sí encontró a los 10, 13 y 16 años, fue un decremento de la proporción de sujetos en estadios inferiores y un aumento constante en los estadios superiores a medida del progreso de la edad.

Marchesi (1984) refiere algunas de las críticas que han recibido las teorías de Kohlberg, entre ellas, destaca la que hace referencia a las premisas filosóficas de la teoría, que el propio autor confiesa, y es que la caracterización de los dos últimos estadios está basada en ciertos sistemas ético-filosóficos propios de Occidente. Crítica que, por otra parte, no añade nada especial, porque la moral, aunque vaya enlazada a unas capacidades cognitivas previas, es algo arbitrario cuyo contenido va a depender del tipo de sociedad, de la cultura y del momento histórico en el que se vive. La crítica sería que esta concepción del desarrollo moral de Kohlberg no se puede generalizar a todos los seres humanos ya que se basa en principios filosóficos vigentes sólo en sociedades occidentales. Además, de que no se puede hablar de una consistencia y homogeneidad total en el desarrollo moral de cada estadio y menos en la adolescencia, etapa en la que chicos y chicas adquieren un mayor grado de flexibilidad y relativismo en el tema de los valores.

Turiel (1973) expone una de las críticas realizadas a la teoría de Kohlberg, en la que se pone de relieve que el autor no tiene en cuenta los contenidos concretos, esas actitudes y esos valores que, una vez internalizados, guían la conducta moral. Kohlberg y Gilligan (1972) explican en un artículo titulado "El adolescente como un

filósofo: El descubrimiento del self en un mundo postconvencional", que los estadios del desarrollo cognitivo y moral son estructuras de pensamiento por las que los adolescentes transitan de forma secuencial. Los autores resaltan que estas etapas son estadios de estructuras, no de contenidos y que los cambios más importantes no son los cambios estructurales, sino los cambios de contenido. Piensan que el adolescente es filósofo por naturaleza o por presión contracultural y que la faceta moral del desarrollo del yo es claramente filosófica. Es precisamente la etapa en la que se comienza a tener valores personales. Conceptos y valores epistemológicos, estéticos, religiosos y metafísicos nacen en la adolescencia. Una cara del desarrollo del yo es la estructura del autoconcepto y la otra cara es el concepto que el adolescente tiene sobre la verdad, lo real, la bondad y la belleza. A medida que se va independizando de su familia y va consiguiendo una mayor autonomía, también va interiorizando valores que le guiarán en la construcción de sus metas y proyectos en la vida. Como afirma Fierro (1998), el proceso de conseguir esa identidad personal, esa respuesta a la pregunta adolescente de ¿quién soy yo?, va totalmente unido al desarrollo de unos valores personales definidos como estructuras de creencias y actitudes enlazados a objetos, situaciones y metas que sirven de guía normativa sobre el comportamiento, aportando estabilidad y continuidad incluso en situaciones cambiantes. El adolescente tiende a igualar el contenido del desarrollo del yo con el yo, con la conciencia de uno mismo y con la identidad. Sin embargo, en el otro polo del yo se encuentran la nueva conciencia del mundo y los valores, la conciencia de nuevos significados en la vida. Kohlberg y Gilligan (1972) afirman que si la educación promueve el desarrollo del yo, debe ser contemplado como una de las áreas de la educación que conste del estudio de las artes y las ciencias desde una perspectiva filosófica. El adolescente necesita sentir que la educación le ayuda en su búsqueda de identidad y debe tratar de la vida real. Por tanto, en los institutos y centros educativos, se debería tener en cuenta la filosofía si sus contenidos pretenden ser significativos y valiosos para el adolescente.

### **3.3.2 Desarrollo de los Prejuicios en Niños y Adolescentes**

¿Por qué un niño puede ser prejuicioso? ¿Por qué dice un niño que otro étnicamente diferente es malo y lo rechaza como compañero de juegos?

Si se asume que los niños expresan actitudes negativas de modo tan consistente como para pensar que este comportamiento de rechazo no es un ataque de ira pasajero, sino una reacción generada por su actitud prejuiciosa, entonces ¿Estamos ante un niño que ha nacido con una predisposición a ser agresivo y a odiar a los que son diferentes? ¿O estamos ante un niño al que se le ha enseñado a tener prejuicios contra ciertos grupos? (Aboud, 1988, p.17)

Con estas interesantes reflexiones comienza Aboud (1988) el capítulo dos de su libro, *Children and Prejudice*, en el que aborda las distintas teorías existentes acerca del prejuicio. La mayor parte de los marcos teóricos en el ámbito de los prejuicios han sido desarrollados por la gran preocupación social que generaban los problemas de interacción social relacionados con la diversidad étnica. Posteriormente, estas teorías han ido utilizándose en diversos campos de investigación y aplicándose al estudio de los prejuicios relacionados con otros grupos sociales que históricamente también han sufrido y sufren algún tipo de discriminación como los que hacen referencia a la discapacidad, homosexualidad, enfermedad mental, delgadez y gordura, religión, género femenino e inmigración, entre otros (Friedrich, Morgan & Devine, 1996; Julián, Donat & Díaz, 2013; Martínez, Paterna & Gouveia, 2006; Musher-Eizenman, Holub, Miller, Goldstein & Edwards-Leeper, 2004; Navas, García, Rojas, Pumares & Cuadrado, 2006; Vera & Martínez, 1994).

Aboud (1988) recoge en su obra dos tipos de teorías que aportan diferentes explicaciones sobre el desarrollo de los prejuicios, la Teoría del Reflejo Social que explica el prejuicio como un reflejo de valores y actitudes presentes en la sociedad y que son transmitidos a través de los padres, educadores y otras instancias sociales y pone el énfasis en la propia estructura social, y la Teoría del Estado Interno que considera que el prejuicio es debido a un conjunto de motivaciones, cogniciones o emociones que predisponen a la persona a mostrar actitudes negativas hacia los otros.

A continuación, se exponen varias teorías sobre el origen y desarrollo de los prejuicios en niños y adolescentes.

### 3.3.2.1 Teoría del Estado Interno

Bajo esta denominación Aboud (1988) hace referencia a la Teoría de la personalidad autoritaria de Adorno et al. (1950), también conocida como Teoría del Mal Ajuste Emocional (Nesdale, 2001), que explica el prejuicio en términos de un conflicto interno no resuelto entre el deseo de ser bueno y la realidad de que uno no siempre lo es. Los niños reaccionan con sentimientos de frustración y rabia cuando sus padres no les dejan hacer lo que quieren. Estos sentimientos llevan a conductas agresivas que los padres castigan. Los niños aprenden que su agresividad y hostilidad son malas y se sienten culpables y ansiosos, por lo que aprenderán a reprimir estas emociones hacia las figuras de autoridad y las desplazarán hacia grupos minoritarios que no gozan de estatus ni poder (grupos que serán utilizados como *chivo expiatorio*), tema al que ya se hizo extensa referencia en el capítulo 1 de esta tesis.

Sin embargo, según la teoría psicodinámica que está en la base de la teoría de Adorno, esta secuencia de la frustración, hostilidad, castigo y ansiedad que puede ser el curso natural de los acontecimientos, no tiene por qué ser, en principio y por sí misma, el origen del prejuicio. Deben de confluír para ello ciertos estilos educativos que interfieran en la resolución sana de los conflictos. Según los estudios realizados por Adorno et al. (1965), las personas no prejuiciosas habían tenido padres que aceptaban sus características individuales y les ayudaban a expresar la agresividad canalizándola de un modo controlado. Es decir, aprendieron a expresar la rabia o el enfado hacia los padres y otras figuras de autoridad de una manera adecuada. Por otro lado, las personas prejuiciosas habían sido educadas por padres que les imponían rígidas reglas convencionales, con el fin de mantener o mejorar su estatus social. Se prohibían las manifestaciones de hostilidad a figuras de autoridad que debían ser ante todo respetadas. Los impulsos antisociales eran castigados de forma severa.

Según esta teoría, es el estilo educativo disciplinario y punitivo de los padres el que conduce a que los chicos aprendan la lección de que nunca deben expresar hostilidad ni hacia sus padres, ni hacia ninguna otra figura de autoridad. Estos sentimientos son reprimidos en un primer momento, y de una forma tan profunda que las propias personas prejuiciosas no aceptan la hostilidad como parte de su experiencia y la niegan. Posteriormente, estos sentimientos son desplazados y dirigidos hacia personas que carecen de autoridad y poder, como los miembros de



grupos minoritarios. El prejuicio se genera por esa falta de habilidad para aceptar y expresar de forma adecuada los impulsos agresivos derivados de la utilización de un estilo educativo excesivamente punitivo por parte de los padres.

Aboud (1988) destaca, como fortaleza de esta teoría, que puede explicar las diferencias individuales en los niveles de prejuicio, el porqué unas personas son tan prejuiciosas y otras tan tolerantes y lo hace basándose en los diferentes estilos educativos utilizados por los padres. También explica la persistencia del prejuicio como estado interno y estable de la persona que es prejuiciosa y aunque cambie de lugar de residencia, encontrará otro grupo minoritario sobre el que desplazar sus sentimientos de hostilidad. Esto se explica en términos del importante rol que desempeñan los padres en los primeros años de vida de sus hijos. El prejuicio es considerado como un aspecto de la estructura de la personalidad y no será fácil de cambiar, incluso aunque cuente con la desaprobación de sus iguales.

Una crítica que Aboud (1988) le hace a esta teoría es la de no especificar qué dianas se seleccionan para el prejuicio. Mientras que la teoría del reflejo social sí era capaz de explicar por qué ciertos exogrupos podían ser objeto de actitudes discriminativas, para la teoría del estado interno todos los grupos minoritarios son tratados de forma discriminativa por las personas prejuiciosas. La única condición es que esos grupos minoritarios carezcan de estatus ya que al carecer de poder no podrán ejercer represalias.

Otra crítica es que no proporciona una distinción entre el prejuicio de los niños y el de los adultos, enfatizando la estabilidad y persistencia de estas actitudes negativas. Según Aboud (1988), como la mayor parte de los niños son incapaces de controlar la hostilidad a causa de las limitaciones cognitivas y emocionales propias del desarrollo humano, se podría predecir (de forma compatible con la teoría, mas no como parte de ella), que todos los niños pequeños tendrían prejuicios y que con la edad, y la madurez cognitiva y emocional alcanzada por su desarrollo evolutivo, dichos prejuicios irían disminuyendo.

Brown (1995) considera que esta teoría tiene dos puntos débiles, uno debido a que se basa en el estudio de la personalidad desviada y por ende sólo unos pocos niños, los que hubieran sido educados por padres punitivos y autoritarios, se mostrarían prejuiciosos, por lo que la mayoría de los niños no serían prejuiciosos y,

si lo fueran, esta teoría no podría explicarlo. El segundo de los puntos débiles de esta teoría consiste en la metodología de trabajo, pues a pesar de su interés por la infancia como etapa en la que se origina el prejuicio, la mayor parte de la información (a excepción de los estudios de Frenkel-Brunswik, 1949, 1953) fue obtenida a través de datos retrospectivos de la infancia de los participantes adultos entrevistados en el estudio.

Por otro lado, los estudios empíricos basados en las hipótesis de esta teoría no han sido concluyentes respecto a esta relación entre la personalidad y la formación de personas prejuiciosas (Brown, 1995).

### 3.3.2.2 Teoría del Reflejo Social

Esta teoría parte de que los prejuicios existen en la sociedad y las personas los reproducen. Allport (1963) en su libro *La naturaleza del prejuicio* aporta las ideas principales de este marco teórico. Las personas asumen creencias, estereotipos y actitudes sobre los grupos en función de su poder y estatus. La conciencia de estructura social debe de existir para poder asimilar y desarrollar los prejuicios. Sin embargo, esto no parece tan claro, pues a la edad de los 12 años, que es cuando se supone que los niños alcanzan ese conocimiento sobre lo que es la estructura de su sociedad, todos los niños deberían mostrar estos prejuicios sobre las diferencias de estatus entre grupos, y, según Aboud (1988), esto no es así. Según Allport (1963), lo usual es que los niños imiten, en su deseo de agradarles, las actitudes (etiquetas y emociones asociadas) de sus padres hacia grupos que ni siquiera conocen y cuando más adelante los conocen, su emoción negativa cristaliza en una actitud de rechazo hacia los miembros del grupo, integrándose en la personalidad del niño y siendo entonces muy difícil de cambiar. Como comenta Aboud (1988), se esperaría entonces un aumento de los prejuicios a medida que los niños son mayores y advierte que no queda claro en esta teoría a qué edad los niños comienzan a imitar las etiquetas y emociones en ese proceso gradual en el que median factores como la identificación del niño con sus padres y el deseo de complacerles, como también explicó Allport (1963).

La investigación empírica apoya de forma evidente el hecho de que la mayor parte de los niños blancos entre los 3 y los 5 años ya manifiestan prejuicios hacia las

personas negras (Clark, Hocevar & Dembo, 1980, en Aboud, 1988). Asher y Allen (1969) utilizaron la técnica original de la muñeca, desarrollada por Clark y Clark (1947). Mostraron a niños de 3 a 8 años de edad una muñeca negra con un color de piel medianamente marrón y cabello negro y una muñeca blanca con piel y cabello claros y se les preguntó: ¿Qué muñeca es la muñeca bonita? ¿Con cuál te gustaría jugar? ¿Qué muñeca tiene mal aspecto? ¿Qué muñeca tiene un color bonito? Los resultados indican que el prejuicio estaba presente en niños de 3 y 4 años de edad.

En otras investigaciones en las que se ha utilizado una muestra con participantes de entre 5 y 7 años de edad, los resultados encontrados demuestran que dos tercios del total de los niños afirman que los asiáticos, los negros o los indios nativos son malos o no gustan (Aboud, 1977, 1980, en Aboud, 1988), incluso se encuentra un aumento del prejuicio entre los 4 y los 7 años (Asher & Allen, 1969; Brown & Johnson, 1971, en Aboud, 1988).

Aboud (1980) observa que a partir de los 7 y 8 años de edad, se produce una disminución en el prejuicio. El prejuicio a esta edad fue menor al encontrado en niños más pequeños. Esta disminución resulta extraña pues es contraria a lo que se espera partiendo de los principios de la teoría del reflejo social y contraria a los resultados que, según expone Aboud, encontraron Brand, Ruiz y Padilla (1974) en una revisión sobre las investigaciones realizadas sobre el prejuicio. En cualquier caso, la autora refiere que más de la mitad de los estudios con niños blancos de edades comprendidas entre los 7 y 12 años muestran una caída de actitudes negativas hacia otros grupos, cuya explicación resulta controvertida, pues puede ser debida a un sesgo superficial de respuesta o a un cambio actitudinal profundo.

Aboud (1988) encuentra varios puntos débiles en esta teoría, entre ellos, el tema de que se considere que los niños pequeños tienen un vacío mental y absorben todo lo que sus padres les dicen. Esto no explica porqué los niños que son miembros de grupos minoritarios no imitan y adoptan las actitudes de los padres, prefiriendo a niños del exogrupo, ni tampoco explica el hecho de que niños educados en familias igualitarias en relación al género, adopten actitudes convencionales sobre los roles masculino y femenino. Otra debilidad mayor que encuentra esta autora es la falta de explicación para las diferencias individuales, el hecho de que en una sociedad concreta unas personas muestren más prejuicios que otras.

Sin embargo, Aboud (1988) también reconoce los puntos fuertes de esta teoría del reflejo social, como el hecho de que puede explicar los motivos por los que unos grupos son más rechazados que otros. Los grupos con menor poder y estatus dentro de una sociedad concreta constituirán las dianas para el prejuicio. Otro factor que interviene para que un grupo se convierta en objetivo de actitudes discriminativas es el de que se produzca competición entre los grupos, es decir, en este caso, la sociedad de la que forman parte los grupos debe ser competitiva y estar estratificada. Esta teoría también explica que los prejuicios existen porque se transmiten de generación en generación, de padres a hijos.

### 3.3.2.3 Teoría de la Identidad Social

La idea central de esta teoría propuesta por Tajfel y Turner (1979) consiste en su definición de la identidad social. Por un lado, esta identidad estaría formada por aspectos de la imagen de la persona derivados de las categorías sociales a las que cree pertenecer. Por otro, estaría el núcleo motivacional de la teoría: la tendencia que manifiestan los individuos a mantener o aumentar la estima y la imagen de sí mismos en base a comparaciones favorables entre el grupo de pertenencia y otros exogrupos pertinentes. Como ya se comentó en el primer capítulo de esta tesis y, por ello, el contenido de este epígrafe será breve, cuando la identidad social resulta insatisfactoria, los individuos pueden intentar dejar el grupo para unirse a un grupo más valorado y/o valorar de una forma más positiva su propio grupo. Tajfel y Turner infieren que las personas presentan una marcada preferencia por verse a sí mismas de forma positiva. Brown (1995), en su obra sobre el prejuicio, presenta varios estudios realizados con adolescentes en los que se verifica esta teoría (Cialdini et al., 1976; Zander et al., 1960).

La hipótesis del sesgo de favoritismo endogrupal que ha sido estudiada a través del paradigma del grupo mínimo de Tajfel et al. (1971) pone de manifiesto un presunto vínculo entre la discriminación y la identidad y la autoestima que muestran los miembros del grupo. Kelly (1988) llevó a cabo otro experimento en el que la conexión entre el sesgo del endogrupo y la identificación del grupo se examinaba más directamente y demostraba con pruebas definitivas dicha relación (Brown, 1995).

La teoría de la identidad social explica el motivo por el cual los niños de grupos subordinados se identifican, con frecuencia, con el grupo dominante antes que con el endogrupo. Satisfacer la necesidad de mantener una identidad social positiva explica también las diferencias individuales respecto a los distintos niveles de prejuicios observados en los niños. Estos niveles dependerán de los valores y de las actitudes de los miembros de su endogrupo o del exogrupo con los que logre una identidad social adecuada y se mantendrán estables o podrán aumentar a lo largo de la vida.

Brown (1995) presenta una selección de estudios sobre actitudes intergrupales y discriminación en los niños que vienen a confirmar la temprana edad en la que se pueden observar actitudes y conductas sesgadas en niños y niñas y la existencia de una época crítica entre los 5 y los 8 años de edad, en la que se vuelven más grupocéntricos. A continuación, se exponen algunos de los estudios más relevantes para el tema central de la tesis. Aparte de las categorías de género y etnia, que han sido ampliamente estudiadas en población infanto-juvenil, comenta Brown que existen otras categorías sociales que también suscitan evaluaciones sesgadas, como la de los grupos estigmatizados. Uno de los trabajos que presenta es el de Maras (1993), que verificó a gran escala, en niños de edades entre 5 y 11 años, la existencia de discriminación hacia los pares con discapacidad; también presenta el trabajo de Powlishta et al., (1994) sobre la existencia de prejuicios hacia las personas obesas en niños de 5 a 13 años; y el de Harris et al., (1992), sobre las actitudes y conductas de niños hacia compañeros con TDAH (diagnóstico real) y hacia otros compañeros de los que se informó que también tenían TDAH (pero no era verdad), observándose en los niños el efecto de la profecía autocumplida, al hacerles creer que estaban interactuando con chicos que presentaban estos problemas de salud mental. Al alumnado que fue informado de que iban a interactuar con compañeros con hiperactividad (auténticos y no auténticos) la tarea a realizar les resultó más difícil que a aquellos a los que no se les informó. Además, estuvieron menos dispuestos a ayudar al compañero para que realizase bien la tarea, demostrando poco compañerismo. Otro trabajo que presenta Brown (1995) es el de Vaughan et al. (1981), en el que los autores adaptaron el paradigma de grupo mínimo para su muestra de niños de entre 7 y 11 años de edad. Se observó la habitual discriminación intergrupales en la mayor distribución de recompensas al propio grupo que al resto. Sin

embargo, Wetherell (1982), utilizando un paradigma de grupo mínimo similar, observó diferencias culturales interesantes, descubriendo que los niños de 8 años de edad, polinesios y maoríes, fueron más generosos con los miembros del exogrupo de lo que lo fueron los niños europeos.

#### 3.3.2.4 Teoría Socio-Cognitiva

Dentro de la investigación evolutiva, la teoría que mayor repercusión ha tenido sobre el desarrollo del prejuicio ha sido la Teoría Socio-Cognitiva (Aboud, 1988), influida por la teoría de Piaget sobre el desarrollo intelectual. Este modelo propugna el papel central de los procesos cognitivos tanto en la génesis como el desarrollo de los prejuicios. La propia visión de Aboud (1988) es que los prejuicios pueden desaparecer en función del nivel de desarrollo y madurez del niño. Las limitaciones cognitivas determinan la estructura de las actitudes e incluso filtran y distorsionan la información que llega al niño desde el ambiente, ya que no puede comprender completamente la base de la etnicidad. Cuando los niños llegan a la edad de los 7 años, se produce un cambio en el funcionamiento cognitivo, pasando de la etapa pre-operacional a la etapa de las operaciones concretas (Piaget, 1932). Por ello, destaca Aboud, que el prejuicio entre los 4 y 7 años es cualitativamente diferente al existente entre los 7 y 12 años y que en la explicación del desarrollo cognitivo de Piaget acerca del prejuicio se asume que éste se desarrolla paralelamente a los procesos cognitivos. En una primera etapa, los niños están dominados por un egocentrismo que les impide ser conscientes de los grupos étnicos o nacionales. De los 7 a los 10 años, se distancian de ese egocentrismo y se convierten en sociocéntricos, es decir, se centran más en su propio grupo que en ellos mismos, mas esta nueva focalización también les impide comprender a otros grupos que sólo son reconocidos porque contrastan y ponen de relieve las características positivas del grupo del niño y las negativas hacia otros grupos. En la etapa que comprende de los 10 a los 15 años de edad, los adolescentes experimentan una descentración más amplia y, al mismo tiempo, una mayor integración que les permite distinguir entre otros grupos y aplicar el principio de reciprocidad. Aboud (1988) reconoce que no está claro si a esta edad el prejuicio se reduce o se mantiene constante. Este principio de reciprocidad implica que se puede aceptar la validez de diferentes perspectivas e

incluso reconocer aspectos positivos en miembros del exogrupo, pero dicha reciprocidad entre los grupos, también puede servir para justificar la existencia de sentimientos de odio recíprocos.

About (1988) aprecia varias limitaciones en la teoría de Piaget. Una de ellas respecto al concepto de descentración y el de las preferencias tempranas y propone una versión propia de la teoría del desarrollo socio-cognitivo que explica el desarrollo de las actitudes étnicas en dos etapas que se solapan entre sí. Una etapa implica el proceso que domina la experiencia del niño en la que se pasa desde los estados afectivos a las percepciones y después a las cogniciones. La segunda etapa hace referencia al foco de atención que pasa de uno mismo a los grupos y después a los individuos. En una situación dada, los niños se relacionan con los miembros de otros grupos, en función del proceso y del foco de atención que predomina en ese momento.

En la primera fase del proceso, al estar dominados por sus emociones y preferencias, esto es, por el proceso afectivo, mostrarán un prejuicio determinado por dichas emociones y sus necesidades de satisfacción, no por una identificación con su grupo étnico. En este caso, por ejemplo, a la edad de 3 años, las actitudes están motivadas por el miedo (la desconfianza y el miedo aparecerán ante extraños con un aspecto físico diferente e imprevisibles) y la felicidad (que surge ante personas que satisfacen sus necesidades).

Según la segunda fase del proceso, las percepciones de los otros se realizan en relación con uno mismo, por lo que el prejuicio viene determinado por las percepciones de disimilitud. Los niños en esta edad confían más en lo que ven que en las cualidades internas, por lo que las personas que son diferentes, por ejemplo, en cuanto al color de la piel, el lenguaje y /o la forma de vestir, son percibidas del modo más saliente como diferentes. Los niños se identifican percibiendo a quienes son similares, poco a poco van modificando sus autopercepciones que previamente han podido verse distorsionadas para ajustarse a sus preferencias. Después, en su evolución cognitiva comienzan a ser capaces de entender la categorías y las características específicas de cada persona, también comienzan a comprender que la etnicidad se basa en criterios más permanentes y objetivos como es el linaje y que las diferencias étnicas son reconciliables (mayor flexibilidad cognitiva), factores por los

que, de 8 a 10 años, el prejuicio puede verse reducido, aunque se seguirían utilizando los estereotipos cuando la información personal no esté disponible o no pueda ser procesada de forma adecuada.

Aboud (1988) encuentra que el proceso de desplazamiento del foco de atención desde el yo, al grupo y finalmente al individuo, ha sido utilizado por Kohlberg (1976) en su teoría del desarrollo moral y por Block (1973) en su teoría del desarrollo del rol sexual. Refiere esta autora, que la teoría de Block, que cuenta con algunos puntos interesantes sobre identidad étnica y actitudes, es en efecto una teoría de la identidad de rol sexual en la que uno alcanza una identidad de género madura cuando se es capaz de adoptar atributos o estereotipos que son socialmente considerados apropiados para el sexo opuesto, o, en su propia teoría del prejuicio, apropiados para el grupo étnico al que no se pertenece.

Se han realizado algunas críticas a la teoría de Aboud, una de ellas es la que hace Brown (1995) en referencia a la aplicabilidad de un modelo de desarrollo cognitivo a niños de grupos minoritarios o subordinados, ya que los niños de dichos grupos muestran patrones mucho más diversos que van desde el favoritismo hacia el exogrupo, pasando por la igualdad y el favoritismo hacia el endogrupo. Brown considera que sería importante introducir en este modelo de desarrollo cognitivo, el proceso de la comparación social basado en la teoría de la identidad social de Tajfel y Turner (1986), ya que puede facilitar la comprensión de los cambios en las respuestas de niños de grupos subordinados durante periodos históricos concretos como los del advenimiento del *Black Power* en Estados Unidos o el *Brown Power* en Nueva Zelanda a finales de los años sesenta (Vaughan, 1987, en Brown, 1995).

Los principios de la teoría socio-cognitiva de Aboud, han servido de base para que otros autores, como Corrigan et al. (2007) aplicasen el modelo sociocognitivo al estudio del estigma de la enfermedad mental, desarrollado en un primer momento para explicar el proceso de estigmatización en adultos, y, posteriormente, en población infanto-juvenil. El desarrollo del modelo teórico de Corrigan, se expone en el capítulo 4 del presente estudio.



### 3.3.3 Estigma hacia la Salud Mental en Adolescentes

El estigma hacia la enfermedad/salud mental existe en todas las culturas y en todos los grupos de edad, incluido el grupo de los adolescentes (Logsdon, 2009; Pescosolido, 2009).

Según la revisión bibliométrica realizada por Link et al. (2004), tan sólo un 4% de estudios tenían, hasta ese momento, como diana la población adolescente. En la actualidad y, a pesar, de las continuas peticiones de que se realicen más investigaciones sobre este tema por parte de organismos oficiales nacionales e internacionales y de los propios investigadores que sugieren la realización de más trabajos que aporten luz al campo de la lucha contra el estigma en niños y adolescentes, la producción científica continua siendo escasa.

#### 3.3.3.1 Revisión de la Literatura

De todos modos, en la revisión bibliométrica, realizada con motivo de la preparación de esta tesis, centrada en los trabajos publicados acerca del estigma de los problemas de salud mental en población infanto-juvenil (6-18 años) en los últimos diez años, es decir, en el período comprendido entre los años 2003 y 2014 (ambos inclusive), se observa un interés creciente en este tipo de estudios, en especial desde el 2008 al 2014, años en los que se duplica el número de publicaciones (pasando de 15 a 29).

La información recabada se estructura en dos tipos de análisis de indicadores bibliométricos unidimensionales y se centra en los aspectos más relevantes respecto al desarrollo de esta tesis:

- Análisis de la productividad: se analiza la producción anual, la productividad de los países, la productividad de los autores y una breve exposición de las líneas principales de investigación de los autores más productivos de las publicaciones revisadas.
- Análisis de materias: se analizan las áreas temáticas predominantes en los trabajos revisados.

La búsqueda de los trabajos publicados sobre el estigma de la enfermedad mental en población infanto-juvenil (en lengua española e inglesa) se realizó en diciembre de 2014, consultando las siguientes bases de datos computarizadas de psicología: PsycINFO, PsyCRITIQUES, PsyARTICLES, PSICODOC, Pubmed, Dialnet y Psyke. De un total de 903 artículos, se seleccionaron 196. A continuación, se presenta el análisis bibliométrico de los artículos seleccionados.

### 3.3.3.1.1 Productividad Anual

En la Figura 3.2, se puede observar que los años 2011, 2013 y 2014 son los de mayor productividad. En general, hay un aumento gradual y uniforme en todo el periodo evaluado. A partir del año 2008, el aumento de la productividad comienza a ser más significativo, aunque durante algunos años (2010 y 2012) se observa un despunte en negativo con respecto a resultados anteriores. A partir de 2012, la tendencia vuelve a ser creciente y significativa.

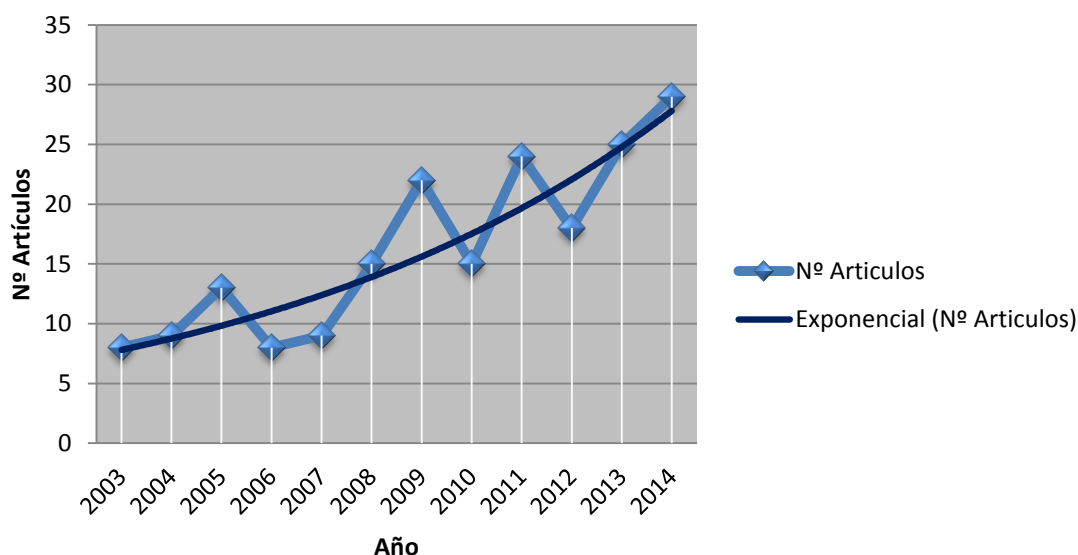


Figura 3.2. Productividad Anual de Publicaciones

### 3.3.3.1.2 Productividad por Países

Teniendo en cuenta el país donde se realiza la investigación, como se aprecia en la Figura 3.3, sorprende el amplio número de países en el que los científicos abordan el tema del estigma en población infanto-juvenil. De un total de 19 países encontrados, 5 publican más de 8 artículos en el periodo evaluado. Entre los 196 documentos analizados, destacan por índice de mayor productividad: Estados Unidos (47%), seguido por Reino Unido (24%), Países Bajos (11%), Alemania (8%) y Canadá (4%). Australia y China tienen un 2% de productividad y España, con dos artículos, se encuadra entre los 12 países que representan un 1% de la productividad.

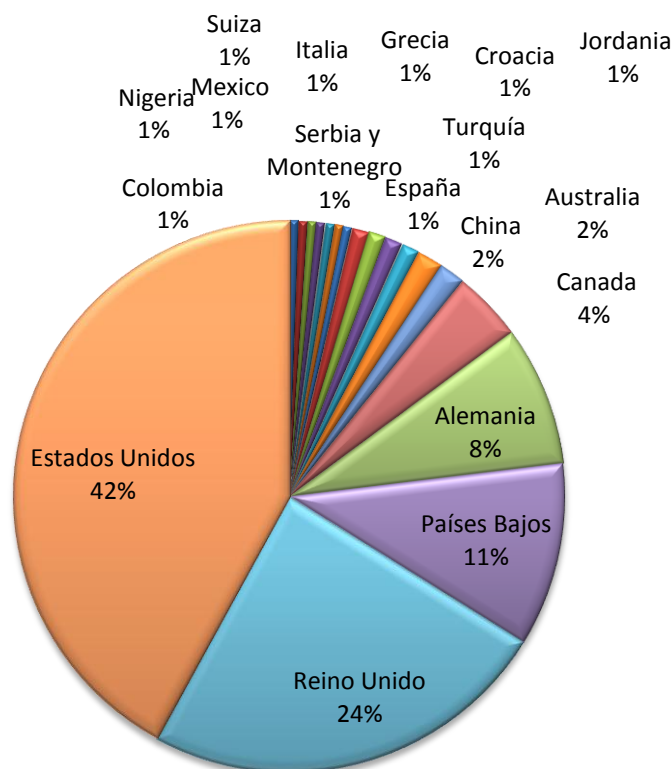


Figura 3.3 .Productividad por Países

### 3.3.3.1.3 Autores más Productivos y Líneas de Trabajo

Atendiendo a los criterios de clasificación de Crane (1969), se han agrupado a los 156 autores en distintas categorías, en función del número de publicaciones. En el

período estudiado 2003-2014, se observa una mayor presencia de científicos que sólo han publicado 1 trabajo, en concreto, el 88% que serían considerados autores “transeúntes o esporádicos”. Sólo el 12% de los autores serían autores aspirantes (entre 2 y 4 publicaciones) y el resto serían productores moderados, ya que ninguno ha superado el número de 10 publicaciones. En la Tabla 3.7, se presentan los autores más productivos junto con sus afiliaciones y el número de artículos publicados.

*Tabla 3.7*

*Autores más productivos*

<b>Autores</b>	<b>Artículos</b>	<b>Afiliación</b>
Economou, M.	3	Univ. Atenas, Grecia
Jackson, D.	3	Univ. Miami, Estados Unidos
Masuda, A.	3	Univ. State Georgia, Estados Unidos
Pinto-Foltz, M.	4	Univ. Case Western Reserve, Ohio, EEUU
Reavley, N.	5	Univ. Melbourne, Australia.
Kranke, D.	5	Univ. Case Western Reserve, Ohio, EEUU
Moses, T.	5	Univ. Wisconsin-Madison, Estados Unidos
Yap, M.	5	Univ. Melbourne, Australia

A continuación, se presentan los ocho autores y autoras más productivos y se detallan sus principales líneas de investigación:

1. Economou, Marina. Profesora en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Atenas e investigadora en el Instituto de Investigación en Salud Mental de la Universidad (UMHRI). En el análisis bibliométrico se han encontrado un total de 3 artículos (Economou, 2006, 2012 y 2014). Sus trabajos en el campo del estigma de la enfermedad mental en población infanto-juvenil están centrados en el estigma de la esquizofrenia. En este

sentido, las dos líneas principales de su trabajo consisten en conocer las creencias y las actitudes que los adolescentes tienen sobre la esquizofrenia y en evaluar la efectividad de los programas anti-estigma llevados a cabo en las aulas con el objetivo último de mejorar los resultados de estas intervenciones de sensibilización en torno a la salud mental.

2. Jackson Williams, Dahra. Trabaja en el Departamento de Psicología de la Universidad de Miami, Estados Unidos. Tiene un total de dos artículos (Jackson, 2006, 2012) y su tesis doctoral (Jackson, 2007). Sus trabajos están centrados en la población adolescente jamaicana. En uno de sus artículos (Jackson, 2006), el objetivo es evaluar la actitud de los jóvenes jamaicanos hacia la enfermedad mental y para ello utiliza el visionado de un video, en el que se muestra a una persona con problemas de salud mental en una entrevista de trabajo. En otros proyectos de investigación (Jackson, 2007, 2012) relaciona el estigma de la enfermedad mental con la búsqueda de ayuda psicológica, en concreto, cómo las opiniones y actitudes negativas hacia la enfermedad mental dificultan la búsqueda de ayuda profesional.
3. Masuda, Akihiko. Trabaja en el departamento de Psicología de la Universidad del Estado de Georgia, Estados Unidos. En la revisión se han encontrado un total de 3 artículos (Masuda, 2009a, 2009b, 2011). Una de las líneas que sigue este autor consiste en medir el estigma en estudiantes universitarios de distintas áreas geográficas (Japón y Estados Unidos, entre otras) para comprobar si existen diferencias en función de la cultura. Estudia además la relación entre el estigma, la búsqueda de ayuda y el uso del secreto como mecanismo de protección por parte de las personas con problemas de salud mental. Otra de las líneas que sigue es bastante innovadora pues trata el estigma desde el punto de vista de la persona que estigmatiza, investigando si existe relación entre las actitudes hacia las personas con problemas mentales y los niveles de estrés psicológico del propio individuo.
4. Pinto-Foltz, Melissa. Trabaja en la Facultad de Enfermería, Case Western Reserve University, en Cleveland, Ohio, USA. En la revisión, se han encontrado un total de 3 artículos (Pinto-Foltz, 2009, 2011, 2012) y su tesis doctoral (Pinto-Foltz, 2010). Sus líneas de investigación están centradas en

los programas de intervención que se llevan a cabo con adolescentes en los institutos para reducir el estigma de la enfermedad mental en este grupo de edad. Tanto en su tesis, como en uno de los artículos, estudia la efectividad del programa de intervención *En Nuestra Propia Voz*. Además ha comprobado la validez del cuestionario Revised Attribution Questionnaire (r-AQ) de Watson et al. (2004) que mide el nivel de estigma hacia las enfermedades mentales en población adolescente. Otro de sus trabajos consiste en elaborar un modelo conceptual que pueda ser fácilmente evaluable y que pueda conducir las intervenciones anti-estigma con adolescentes. Actualmente, a pesar de la existencia de programas anti-estigma que han demostrado su eficacia como es el caso de *En Nuestra Propia Voz*, no existe un modelo conceptual que refleje el progreso científico en el campo de la reducción del estigma.

5. Reavley, Nicola. Trabaja en el Centro de Investigación Juventud y Salud Orygen, Centro de la Juventud de la Salud Mental y en el Centro de Salud Mental de la Universidad de Melbourne, Australia. Tiene un total de 5 artículos (Reavley, 2011a, 2011b, 2011c, 2012, 2014). Los trabajos de Reavley se centran en estudiar los resultados de una encuesta nacional realizada a la población australiana de más de 15 años. Estudia las creencias que la población tiene sobre las causas y los tratamientos de problemas de salud mental como la esquizofrenia, el trastorno por estrés postraumático, la fobia social, la depresión, etc., con el fin de relacionarlos con actitudes de estigmatización hacia personas con enfermedades mentales. También investiga si estas actitudes han cambiado después de 8 y de 16 años. En otros artículos publicados en los que aparece como colaborador, el autor continúa trabajando en la misma línea de investigación, prestando mayor atención a aspectos como el estereotipo de peligrosidad asociado a las personas con enfermedad mental.
6. Kranke, Derrick. Trabaja en la Facultad de Ciencias Sociales Aplicadas Mandel en la Universidad de Case Western Reserve en Cleveland, Ohio, USA. Tiene un total de 4 artículos (Kranke, 2009, 2010, 2011, 2012) y su tesis doctoral (Kranke, 2009). La principal línea de investigación que sigue

este autor tiene como objetivo el estudio del auto-estigma que experimentan los adolescentes con un diagnóstico de trastorno mental y que están tomando medicación. Refiere este autor que existen pocos estudios al respecto y que debe hacerse una distinción a la hora de abordar el tema entre población adulta y adolescente, ya que la interiorización del estigma se experimenta de forma distinta en función de la edad. Kranke propone que es necesaria la creación de un modelo conceptual del auto-estigma en adolescentes, teniendo en cuenta el contexto educativo, cómo los adolescentes experimentan el estigma en el colegio y las implicaciones que alberga para los orientadores de los centros educativos. Otra de sus líneas de investigación explora el origen de las actitudes estigmatizantes entre adolescentes afroamericanos con trastornos psiquiátricos.

7. Moses, Tally. Trabaja en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Wisconsin-Madison, en Madison (Estados Unidos). En esta revisión se han encontrado un total de 5 artículos publicados en solitario (Moses, 2009a, 2009b, 2010a, 2010b, 2011). La línea central de sus trabajos está relacionada con la percepción que el adolescente con problemas de salud mental tiene sobre el estigma, cómo lo experimenta y cómo influye en su vida. Pretende identificar factores individuales y contextuales que se relacionen con el estigma que experimenta el adolescente. Para ello, en diferentes artículos relaciona el estigma percibido con múltiples variables (clínicas, demográficas, auto-concepto, afrontamiento, percepciones de los padres, autoetiquetas). También realiza un estudio sobre la percepción que tienen los adolescentes sobre qué grupo de personas (compañeros, familiares, profesores) muestra más estigma hacia ellos.
8. Yap, Marie Bee Hui. Trabaja en el Centro de Investigación de Salud de Jóvenes Orygen, Centro de la Salud de la Juventud, en la Universidad de Melbourne, Australia. Tiene un total de 5 artículos (Yap, 2011a, 2011b, 2013a, 2013b, 2014). Una de sus líneas de investigación consiste en examinar en población adolescente con problemas de salud mental, la influencia del estigma sobre la intención de búsqueda de ayuda y la creencia de si ésta será eficaz. Otra línea de trabajo está basada en la importancia de la ayuda que la

gente joven puede ofrecer a las personas con problemas mentales que se encuentren en su círculo cercano. Sin embargo, tras detectar que estas habilidades de ayuda suelen ser inadecuadas, la autora refiere que sería conveniente investigar sobre la mejora de dichas habilidades entre los adolescentes. Además afirma que para reducir el estigma y mejorar la búsqueda de ayuda, es necesario entender la estructura del estigma y, por ello, investiga acerca de los diferentes elementos que lo componen teniendo en cuenta trastornos específicos como la depresión, la esquizofrenia, la fobia social y el trastorno de estrés postraumático, entre otros.

#### 3.3.3.1.4. Análisis de las Áreas Temáticas.

En la Tabla 3.8, se presentan los códigos y las categorías establecidas para analizar las materias que guardan relación con la línea de investigación de esta tesis.

*Tabla 3.8*  
*Códigos de Categorías Temáticas*

<b>Categoría Temática</b>	<b>Código</b>
Estigma y Autoestigma	EA
Estigma y Actitudes	EAC
Estigma y Búsqueda de Ayuda	EBA
Estigma sobre Problemas Específicos	EE
Estigma y Experiencias Personales	EEP
Estigma y Etiquetas	EET
Estigma y Medición	EM
Estigma	EO
Estigma y Programas Anti-estigma	EPA
Estigma y Prevención Salud Mental	EPSM



A continuación se expone el contenido incluido dentro de cada categoría temática:

- a) *Estigma y Autoestigma (EA)*. En esta categoría se agrupan los documentos que tienen que ver con el autoestigma (estigma internalizado) y su relación con el estigma social (conjunto de estereotipos, creencias, prejuicios y conductas de rechazo y discriminación), el percibido y/o experimentado por adolescentes con problemas de salud mental. Guarda estrecha relación con el autoconcepto y la autoestima.
- b) *Estigma y Actitudes (EAC)*. Esta categoría incluye las publicaciones que hablan de actitudes, prejuicios, creencias y opiniones acerca de las personas con problemas de salud mental.
- c) *Estigma y Búsqueda de Ayuda (EBA)*. Agrupa los documentos que relacionan estos términos y los que abordan el tema de cómo el estigma influye sobre la búsqueda de ayuda y sobre el uso de servicios de salud y/o sobre la utilización del secreto y ocultación de los problemas psicológicos a las personas cercanas.
- d) *Estigma en Problemas Específicos (EE)*. En esta categoría se incluyen todos los documentos que hablan del estigma en torno a un problema de salud mental específico: la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión, los trastornos de alimentación, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los trastornos del desarrollo como el autismo y el síndrome de Ásperger (TEA).
- e) *Estigma y Experiencias Personales (EEP)*. En esta categoría se agrupan las publicaciones que tratan sobre las experiencias que los adolescentes afectados por el estigma tienen a nivel personal y son relatadas o analizadas en estos documentos.
- f) *Estigma y Etiquetas (EET)*. Los documentos clasificados hacen referencia tanto a las categorías diagnósticas y psiquiátricas que se usan en el área de salud mental, como las marcas o etiquetas sociales con las que las personas con problemas mentales tienen que lidiar.

- g) *Estigma y su Medición (EM)*. Bajo esta denominación se agrupan las publicaciones sobre escalas, encuestas y otras técnicas que se usan para medir el estigma de la enfermedad mental en población infanto-juvenil.
- h) *Estigma y Programas Anti-estigma (EPA)*. En este grupo se incluyen todas las publicaciones sobre intervenciones o estrategias que son dirigidas hacia la erradicación o reducción del estigma en población infanto-juvenil y, en especial, las que se realizan en contextos escolares.
- i) *Estigma y Prevención en Salud Mental (EPSM)*. Esta categoría está centrada en las publicaciones enfocadas al estudio del estigma y la necesaria prevención de los problemas de salud mental.
- j) *Estigma (EO)*. Bajo esta denominación se incluyen todos los documentos que no han podido asociarse a ninguna de las categorías anteriores o que tratan el estigma de forma general sin asociarlo a categoría específica alguna.

A lo largo del 2014 (año más productivo con un total de 29 artículos), 7 de los artículos publicados se incluyen en la categoría de programas anti-estigma y 8 en la categoría de estigma en problemas específicos (3 artículos sobre el estigma en problemas de depresión, 2 en esquizofrenia, 2 en autismo y 1 en anorexia).

En la Figura 3.4, se observa que las áreas temáticas de estudio que más han predominado en la revisión realizada (periodo 2003-2014) son el estigma en problemas de salud mental específicos (EE) que aparece en un 21% de publicaciones y el estigma y los programas anti-estigma (EPA) que también aparece en un 21%. Le siguen los estudios sobre estigma en general (E) con un 19%. Tan solo un 7% de publicaciones han focalizado su atención en la medición del estigma en población infanto-juvenil. Link et al. (2004), en su revisión, sólo encontraron un 4%, podría decirse que, casi se ha duplicado, el interés por el estudio de esta área.

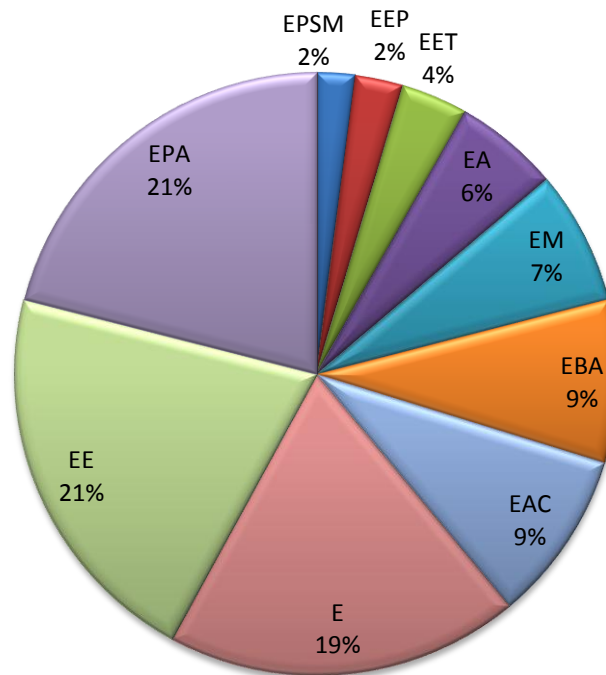


Figura 3.4. Productividad por Categorías Temáticas

Dada la importancia que, en el estudio del estigma, tienen los diferentes tipos de problemas de salud mental en relación a las creencias, prejuicios y conductas asociados a ellos, a continuación, se exponen las categorías diagnósticas que más se han estudiado en relación al estigma en población adolescente. En la revisión bibliométrica realizada, el análisis del total de 41 artículos encontrados sobre este área temática, pone de relieve una serie de categorías asociadas a los porcentajes de artículos que han versado sobre ellas:

- Trastornos de la Conducta Alimentaria: Un 8% de las publicaciones se centran en el estudio del estigma en adolescentes con este tipo de problemas.
- Esquizofrenia: Un 29% de artículos abordan el estigma y auto-estigma en adolescentes con esquizofrenia.
- Depresión: El 33% de las publicaciones tratan el tema del estigma asociado a chicos y chicas con depresión y sus consecuencias.

- TDAH: El 14% de los artículos aborda las repercusiones sociales en el entorno escolar y en el grupo de iguales del estigma asociado a adolescentes con trastornos de atención e hiperactividad.
- Trastorno Bipolar Tipo I: Un 4% de las publicaciones se centra en el estudio de los procesos de estigmatización de adolescentes con crisis maníacas.
- TEA: El 6% de las publicaciones aborda el estigma asociado al autismo y el 2% el estigma asociado a los adolescentes con síndrome de Ásperger.
- TEPT: Se ha encontrado 1 artículo (2%) que trata sobre el estigma en adolescentes diagnosticados con trastorno por estrés postraumático.
- Retraso del Aprendizaje: Se ha encontrado 1 artículo (2%) en el que se estudia el estigma en relación con adolescentes que presentan retraso en el aprendizaje.

A continuación se exponen otros temas que también han demostrado su relevancia en el campo del estigma y la salud mental en adolescentes, en diferentes investigaciones que ahora se comentan.

### 3.3.3.2 Otras Investigaciones Relevantes en el Estudio del Estigma

El estigma ha sido identificado como un factor clave en el *acceso y la utilización de los servicios de salud mental*. Niños y adolescentes han puesto de manifiesto en diversas investigaciones su tendencia a estigmatizar a los compañeros con problemas comunes de salud mental. A pesar de que la gran parte de las publicaciones abordan el estigma en adolescentes con problemas o trastornos mentales graves (TMG) (Corrigan & Watson, 2007; Kranke, Floersch, Kranke & Munson, 2011; Moses, 2011; Schwartz-Stav, Apter & Zalsman, 2006), el estigma no está relacionado exclusivamente con problemas como la esquizofrenia o el trastorno bipolar (Mukolo, Heflinger & Wallston, 2010), como se comentará a continuación.

En una revisión de artículos sobre el estigma de los problemas mentales en niños, Mukolo et al. (2010) descubren que son muchos los autores que reconocen que

tanto los marcos teóricos como la investigación realizada sobre el estigma y el autoestigma en población infantil son escasos. El modelo de búsqueda de ayuda FINIS (Pescosolido, Martin, Lang & Olafsdottir, 2008) reconoce explícitamente el rol del estigma en el acceso y la utilización por parte de los niños de los servicios de salud mental. Los contextos de estigmatización en niños son diferentes a los de los adultos, por lo que resulta imprescindible la creación de un marco conceptual que incluya las experiencias de estigma que guardan relación causal con el modo en que padres y cuidadores abordan los problemas conductuales y emocionales de los niños. Es probable que el estigma acreciente la carga del cuidado y afecte al comportamiento de búsqueda de ayuda de los cuidadores. Hay estudios sobre el cansancio de los cuidadores que indican una asociación entre la depresión del cuidador y la sintomatología del niño y además se ha encontrado que la depresión del cuidador está relacionada con la infrautilización de los servicios de salud mental (Brannan & Heflinger, 2001; Nadeem, Lange, Edge, Fongwa, Belin & Miranda, 2007).

Éstas son otras de las áreas temáticas sobre las que diferentes investigadores han centrado sus estudios:

- a) Relaciones con los iguales con problemas de salud mental: Se ha informado en varios artículos sobre el hecho de que niños y adolescentes con problemas de salud mental tienen dificultades en las *relaciones entre pares*. O'Driscoll, Heary, Hennessy and McKeague (2012), conscientes de la escasez de estudios que exploran este tema, por un lado, y de las dificultades para medir el estigma de los problemas mentales entre pares, por otro, llevaron a cabo una investigación en la que utilizaron instrumentos de evaluación de actitudes explícitas (Cuestionario de Estigma r-AQ, Corrigan et al, 2007; SDQ, Goddman, 1997; SAQ, Morgan, Walker, Bieberich & Bell, 1996) e implícitas (versión del Test de Asociación Implícita, IAT) con los que exploraron los patrones de estigmatización explícita e implícita de los compañeros con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y con depresión. La muestra estuvo formada por 385 niños y niñas (edad media de 10 años) y adolescentes (edad media de 15 años). Los resultados obtenidos en los cuestionarios de estigma indican que los pares con TDAH son percibidos de

forma más negativa que los pares con depresión en todas las dimensiones del estigma, excepto en miedo y peligrosidad. En contraste, los hallazgos conseguidos con el IAT, sugieren que los participantes tenían puntos de vista más negativos de los pares con depresión que de los pares con TDAH. Otro dato interesante de cara a la discusión de la tesis que se presenta es que los adolescentes varones muestran una evaluación negativa más fuerte de los compañeros con depresión, en comparación con las chicas adolescentes y los niños y niñas. Muy importante, es que marca la evidencia de la necesidad de utilizar medidas implícitas y explícitas del estigma.

Dolphin and Hennessy (2014) han llevado a cabo un estudio que pone de relieve la importancia de conocer y comprender las percepciones, evaluaciones y reacciones conductuales de los pares ante los adolescentes con depresión, para intentar hacer frente a actitudes de exclusión y disminuir la estigmatización. De acuerdo con investigaciones anteriores sobre el estigma basadas en la aplicación de la Teoría de la Atribución (Corrigan et al., 2003; Juvonen, 1991; Weiner, 1993), estos autores plantean la hipótesis de que la atribución de no control, ni inferencia de responsabilidad sobre la conducta deprimida, suscita compasión (pena) y la voluntad de aceptación por parte de los pares. Por el contrario, cuando dicha conducta es percibida como controlable y se infiere responsabilidad, se suscita la emoción de enfado, ira o irritación y ello conduce a la exclusión del adolescente con depresión por parte de sus pares. Los resultados de este estudio realizado con 401 adolescentes de entre 14 y 17 años confirmaron las hipótesis planteadas, comprobando que la aceptación por el grupo de pares de un adolescente con depresión se predijo por las bajas atribuciones de control personal, bajas inferencias de responsabilidad y las reacciones emocionales de simpatía y compasión en lugar de ira o irritación. Y un dato interesante que, quizás pueda explicarse por efecto de la deseabilidad social, es que, en contra de los principios de la Teoría de la Atribución, ninguno de los modelos probados encontró una relación significativa entre las emociones de ira o enfado y la exclusión social de los pares con depresión.

- b) El estudio del papel del género: Un tema relevante sobre el que existen pocas investigaciones es sobre el papel del género en el estigma de los problemas de salud mental. Socialmente, los estereotipos, las creencias, las actitudes y los comportamientos ante una persona con problemas de salud mental son diferentes. No se reacciona de la misma forma ante un hombre con depresión que ante una mujer con depresión. El género es un factor a tener en cuenta en el ámbito del estigma, porque ya por sí mismo implica el estigma de ser mujer. Los resultados de investigaciones centradas en los modelos de atribución y aceptación social, indican que la edad, el género y la responsabilidad percibida del problema mental son los tres predictores más importantes de la aceptación de los pares. En una reciente investigación (Swords, Heary & Hennessy, 2011) realizada con 595 participantes de 6 a 16 años, a los que se les presentaban en unas viñetas personajes femeninos y masculinos con depresión y con TDAH, se ha puesto de manifiesto que los chicos que responsabilizan a otros chicos por su depresión o su TDAH muestran una menor aceptación de ellos. Las chicas participantes en este estudio dieron calificaciones más altas de aceptación tanto para personajes masculinos como femeninos con TDAH y para el personaje femenino con depresión, mas no para el personaje masculino con depresión. Los resultados indican que cuando se trata de aceptar al personaje masculino, la responsabilidad percibida es el predictor de aceptación más importante. Estos autores son conscientes de que se requiere una investigación más exhaustiva para explorar los motivos de porqué las atribuciones de control tienen en chicos y chicas una mayor influencia en los juicios sobre los niños con problemas psicológicos en comparación con los realizados sobre las niñas con idénticos problemas.

En otra investigación realizada por Dolphin and Hennessy (2014), los resultados van en la línea del anterior estudio comentado. Los participantes masculinos perciben al adolescente varón con depresión con mayor control personal sobre las causas de su comportamiento que las mujeres participantes. Al responder a la viñeta que presenta el personaje de una adolescente con depresión, existe una mayor probabilidad de que las mujeres participantes la

incluyan socialmente que sus homólogos masculinos. Un dato curioso sobre el tema del género es que el modelo teórico que asocia la atribución de control y responsabilidad a la respuesta de ira o enfado no es significativo cuando el personaje con depresión es una chica. ¿Por qué sucede esto? ¿Está mediando el estereotipo de que las mujeres son débiles y no se les debe mostrar enfado? Habría que estudiar este tema en profundidad, pues respecto a la mujer con problemas de salud mental hay que tener en cuenta la coexistencia de dos estigmas: ser mujer y tener problemas mentales.

- c) La necesidad de un marco conceptual: Es otro de los temas que destacan en sus publicaciones diferentes autores. Mukolo et al. (2010) tras revisar el estado de la bibliografía sobre el estigma y los trastornos mentales infantiles, destacan la existencia de lagunas en el trabajo empírico y proponen un *marco teórico* para operacionalizar la experiencia del estigma en el área de los problemas mentales infantiles destacando tres constructos: dimensiones del estigma (estereotipos negativos, devaluación y discriminación); contexto del estigma (self/niño, población general e institucional); y *objetivos* del estigma (el niño, la familia y los servicios).

Según estos autores, este enfoque es necesario para desarrollar mediciones e incrementar la relevancia de modelos teóricos que evalúen la relación entre el estigma asociado a los problemas conductuales y emocionales de los niños y la búsqueda de ayuda para el niño por parte de los cuidadores. El marco teórico propuesto por Mukolo et al. (2010) ayuda a enlazar conceptualmente las esferas públicas y privadas de los problemas de salud infantiles, por ejemplo, estudiar cómo las actitudes negativas de la población pueden tener un impacto en las respuestas personales de los padres, el cansancio y las decisiones sobre los cuidados.

- d) El papel de los padres en la búsqueda de ayuda profesional: Por otra parte, se sabe del importante papel que los padres tienen respecto a la solicitud de ayuda profesional en adolescentes (Gearing, MacKenzie, Ibrahim, Brewer, Batayneh & Schwalbe, 2015) y respecto al compromiso con el seguimiento del tratamiento. Y, sin embargo, al ser ellos también estigmatizados por asociación con el denominado *estigma de cortesía* (Angermeyer, Schulze &



Dietrich, 2003; Corrigan & Miller, 2004), el impacto recibido influye en los padres respecto a esta búsqueda de ayuda para sus hijos (Moses, 2008, 2009) pues piensan que será una experiencia muy estigmatizante para niños y adolescentes. Entre el 36% y el 57% de los estadounidenses expresaron la creencia de que niños y niñas que reciben tratamiento de salud mental pueden ser tratados mal por los demás si se les identifica como que están recibiendo tratamiento (Pescosolido, Perry, Martin, McLeod & Jensen, 2007).

- e) El estigma en los profesionales de la salud mental: Se han observado actitudes discriminatorias de los profesionales hacia los pacientes que varían en función de las condiciones o características de las personas con problemas de salud mental. Por ejemplo, se discrimina más a personas con esquizofrenia y con trastornos por consumo de sustancias. Si la condición o el estado del paciente se atribuye a irresponsabilidad (carácter débil, un defecto moral o que compromete los estándares de higiene), las actitudes son más discriminatorias (Luty, Umoh, Essay & Sarkhel, 2007). Muñoz et al. (2009) exponen algunas de las actitudes estigmatizadoras de los profesionales de la salud ante los pacientes, que han encontrado en su revisión de la literatura (Angell, Cooke & Kovac, 2005), con la salvedad de que estos datos hacen referencia a psiquiatras y a personas con trastorno mental grave: actitudes estigmatizadoras basadas en el paternalismo, por ejemplo, tomando decisiones por ellos; actitudes deshumanizadas por las que los profesionales no ven a los pacientes como personas con sentimientos, deseos, ilusiones, esperanzas y capacidad de decisión; actitudes negativas de cara al futuro, al transmitir mensajes desmoralizadores respecto al difícil curso y mal pronóstico respecto a la recuperación de la salud. A pesar de la existencia de estas actitudes estigmatizadoras, el 95% de los psiquiatras considera que las personas con un trastorno mental grave son menos peligrosas de lo que la población general supone (Muñoz et al., 2009).
- f) Estigma y medios de comunicación: Otro tema al que también se le concede cierta importancia es al estudio de la influencia que los medios de comunicación ejercen sobre el estigma de la población, reforzando los estereotipos negativos y promoviendo un temor infundado y conductas de

evitación y rechazo. Slopen, Watson, Gracia y Corrigan (2007) descubrieron que los medios de comunicación eran mucho más estigmatizantes ante noticias referentes a adultos con problemas de salud mental que ante noticias referentes a niños, en las que seguían criterios de responsabilidad periodística. Mas no cabe duda que, aunque el comportamiento de los periodistas sea más ético en las comunicaciones sobre niños, el resto de las noticias sesgadas sobre adultos continúa influyendo en las mentes de las personas mayores, de los niños y de los adolescentes y el resultado es que se siguen manteniendo creencias y actitudes de rechazo hacia la enfermedad mental que conducen a la ocultación de los problemas y a la evitación de la búsqueda de ayuda profesional (Morgan & Jorm, 2009). De todos modos, sería importante destacar que los medios de comunicación podrían desarrollar un excelente papel constructivo y positivo de sensibilización, normalización, apoyando el reto de erradicar el estigma de los problemas de salud existente en la sociedad actual.

- g) Concepto de problemas de salud mental: Un hallazgo clave de algunos estudios (Swords et al., 2011) es que los adolescentes y las adolescentes no poseen una *concepción unitaria de los problemas de salud mental*. Sus percepciones, juicios, atribuciones, reacciones emocionales e intenciones de conducta hacia el compañero o amigo con problemas de salud mental varían en función de los diferentes tipos de patologías. Según estos autores habrá que dirigir los esfuerzos de investigación a la comprensión de los factores que median en esta variedad de reacciones, con el objetivo final de promover las interacciones positivas dentro del grupo de pares.
- h) Atribuciones causales: Otro tema interesante derivado de los modelos de estigma basados en la teoría de la atribución, se centra en la discusión sobre la aplicabilidad de las conclusiones encontradas en las verificaciones empíricas de dichos modelos. En concreto, el punto que más se ha debatido, pues tiene tanto defensores como detractores, es el de la *atribución de control sobre la enfermedad* o problema de salud mental y su utilización en *campañas de sensibilización* y lucha contra el estigma dirigidas tanto a población general, como específica. ¿Es realmente desestigmatizante pensar

que una persona no es “culpable” de su enfermedad porque la causa de su depresión, de sus crisis de ansiedad o de su esquizofrenia es orgánica? ¿La sociedad le rechazará menos por ello? ¿Y qué efectos tiene esta atribución de no control en la persona que tiene el problema de salud mental? Los resultados encontrados en diferentes investigaciones son controvertidos (Corrigan & Watson, 2004; Hinshaw & Stier, 2008). Hay autores que han comprobado que el uso de esta atribución de no control, de no responsabilidad sobre la causa de la enfermedad en campañas de sensibilización tiene efectos negativos y los propios pacientes se sienten mal cuando se compara su condición con la de otras enfermedades físicas como la diabetes, por ejemplo. Ellos argumentan su malestar diciendo que si esto es así, entonces no es posible la recuperación, no hay esperanza, es algo para toda la vida, sin solución, como la mencionada diabetes. La aplicación de esta idea en las intervenciones realizadas que, en un primer momento, podría intuirse que tendría un efecto liberador para la persona con problemas y ejercer una influencia sobre el cambio de actitudes de rechazo social, consiguió una evitación y mayor distanciamiento social de las personas con problemas de salud mental porque se las consideró irrecuperables (Kvaale, Gottdiener & Haslam, 2013). Es importante reflexionar sobre este tema para la creación e implantación de campañas anti-estigma. En principio, y a nivel de investigación, cabría preguntarse: ¿Por qué adultos y adolescentes atribuyen la responsabilidad de la enfermedad mental al paciente? ¿Sucede igual cuando se trata de enfermedades físicas? Y, dado que es cierto que socialmente se tiende a responsabilizar a las personas de sus problemas de salud mental, es necesario trasladar a la sociedad la idea de que uno no tiene control sobre su enfermedad, mas esa atribución no debería basarse en argumentos genéticos o bioquímicos, sino en un compendio de factores bio-psico-sociales y culturales que están en la base, en la psicopatología de los problemas mentales. Y también añadir que la falta de responsabilidad sólo está en la causa, en el origen de la enfermedad, pero que adolescentes y adultos sí pueden ejercer su responsabilidad y mantener un cierto control en el proceso de recuperación de la salud, desde el momento en que se decide la búsqueda de ayuda profesional, pasando por la adherencia y seguimiento del

tratamiento (psicológico, y psicofarmacológico, si es necesario) hasta la auténtica y profunda implicación en la puesta en marcha de las soluciones.

- i) Familiaridad o contacto: Otra variable importante en el estudio del estigma, es la *familiaridad*. En un estudio que llevaron a cabo Agermeyer y Matschinger (1996), a través de dos encuestas realizadas en Alemania, una en el año 1990 y otra en 1993 (2045 entrevistas y 4237 entrevistas respectivamente), se llegó a la conclusión de que la familiaridad o contacto con personas que tienen problemas de salud mental ejerce una influencia positiva sobre las actitudes hacia dichas personas, en el sentido de que presentan menos ansiedad y una tendencia mayor a realizar conductas prosociales. Las personas con más tendencia a la ayuda son las que han tenido o tienen un problema de salud mental. Sin embargo, Angermeyer y Matschinger (1996) han encontrado en este mismo estudio datos curiosos que van en contra de la hipótesis de selección (los amigos se eligen, la familia y los vecinos, no). Así, el deseo de distancia social es mayor en las personas que tienen contacto con alguna persona con problemas mentales en su círculo de amigos o conocidos que entre los que lo tienen en su familia, vecindario o en el trabajo. Otra hipótesis sobre este tema de la familiaridad es la planteada por Dolphin y Hennessy (2014). Los autores relacionan familiaridad, género y problema psicológico y plantean que dado que la depresión es más común en las mujeres durante la adolescencia, es muy probable que las respuestas a las mujeres con depresión se vean influenciadas por la familiaridad con los síntomas depresivos. Yap, Reavley, MacKinnon y Jorm (2013), en una investigación sobre el estigma asociado a la depresión entre jóvenes de 15 a 25 años de edad, comprobaron que el contacto con personas con problemas de salud mental en el entorno de la familia o en el grupo de amigos conlleva bajos niveles de estigma que van asociados a un menor deseo de distancia social. Las investigaciones futuras en este ámbito deben tener en cuenta el contacto previo o la familiaridad de los adolescentes con los distintos problemas de salud mental (Dolphin & Hennessy, 2014; Swords et al., 2011).

### **3.3.4 Consecuencias del Estigma hacia la Salud Mental en la Adolescencia**

La investigación realizada durante las cuatro últimas décadas en población adulta muestra el estigma asociado a los trastornos mentales graves como un fenómeno psico-social complejo con importantes consecuencias en diferentes facetas, y que, en líneas generales, afectarían a las siguientes: autoconcepto y autoestima, calidad de vida y oportunidades económicas (Link & Phelan, 2001; Rüsçh, Angermeyer & Corrigan, 2005). Aspectos más concretos resultado de la conciencia de estigma en la población, hacen referencia al secretismo y al aislamiento social como mecanismos que utiliza la persona con problemas mentales para afrontar de dicho estigma (Mukolo et al., 2010).

La Teoría Modificada del Etiquetado desarrollada por Link, Cullen, Struening, Shrout & Dohrenwend (1989) para explicar las consecuencias de los efectos de la exposición al proceso de estigmatización en adultos, postulaba que:

- Las personas con enfermedad mental grave son etiquetadas con estereotipos, consideradas como inferiores y discriminadas en la sociedad.
- Todos los individuos interiorizan los prejuicios sociales sobre los problemas de salud mental.
- Las personas que son etiquetadas porque reciben servicios de salud mental, son devaluadas socialmente de una manera muy relevante para ellas.
- Las personas con problemas mentales sufren consecuencias negativas adicionales tras ser etiquetadas como la disminución de la autoestima y el aumento del aislamiento social por las estrategias de afrontamiento del estigma utilizadas (secreto y evitación del contacto social, laboral).

Sin embargo, se sabe muy poco sobre las consecuencias del estigma asociado a ser etiquetado y tratado por un problema de salud mental en la adolescencia (Pescosolido, 2007). Y resulta paradójico, si se tiene en cuenta la preocupación expresada con frecuencia en el área de investigación de la salud mental acerca de que la mayoría de los niños o de los adolescentes con problemas emocionales o de conducta no reciben tratamiento, bien por falta de adherencia y compromiso, bien por no utilizar los servicios disponibles (Moses, 2009).

Moses (2009) aplica en una investigación con adolescentes con problemas mentales graves de entre 12 y 18 años, la Teoría Modificada del Etiquetado cuyos supuestos teóricos postulan que el estigma afecta negativamente al autoconcepto y a la depresión. Supuestos que se confirman en este estudio. Respecto al estigma público, tiene en cuenta dos aspectos, la devaluación por parte de la sociedad (exclusión social, culpabilización, comportamientos injustos de parte de adultos y compañeros) y el rechazo personal (discriminación social y emocional, falta de respeto y evitación por parte de los que saben que el adolescente tiene problemas mentales). Respecto al autoestigma, Moses (2009) tiene en cuenta el sentimiento de vergüenza y la preocupación que los adolescentes pueden sentir respecto a las reacciones de los otros ante sus problemas de salud mental. Y, respecto a las estrategias de afrontamiento, selecciona el secreto y el aislamiento social. En esta investigación, estudia también el autoconcepto y la depresión. Los resultados fueron sorprendentes, al menos respecto al bajo nivel de estigma público percibido respecto a adolescentes con trastornos emocionales o de conducta. Los adolescentes están en desacuerdo con la idea de que los compañeros o los adultos estigmaticen a los chicos con problemas mentales, es decir, que piensan que no se les rechaza, ni se les excluye, ni tampoco se les culpa. Sin embargo, los participantes sí estaban de acuerdo en que los jóvenes menosprecian, se burlan o acosan a compañeros por tener problemas de salud mental. El 55% de los participantes no se sienten respetados por tener problemas de salud mental. El 27% informó de haber sufrido rechazo de parte de los demás por tener problemas mentales. El 25%, informó no haber sufrido ningún tipo de discriminación. Respecto al autoestigma, entre el 25 y el 32% de los adolescentes respondieron que frecuentemente o muy a menudo tuvieron sensación de vergüenza por tener problemas mentales. El 32% tenía miedo de no ser querido si los demás se enteraban de sus dificultades. En cuanto al secreto, es decir, en cuanto a

la necesidad de ocultar sus problemas de salud mental, el 70% de los adolescentes se mostró en desacuerdo con la necesidad del secreto, pero el 60% informó de su preferencia por esperar hasta conocer bien a alguien antes de revelar su condición. Muchos argumentaron su secretismo por un sentido de privacidad, más que por el miedo a las consecuencias sociales negativas.

Otros resultados interesantes de este mismo trabajo de Moses (2009) son:

- La mayor percepción de estigma público y elevado autoestigma correlacionan con niveles más altos de depresión y baja autoestima.
- Ni la sensación de dominio, ni las perspectivas de futuro correlacionaron con ninguno de los estigmas, de lo que se infiere que los efectos de la estigmatización en el autoconcepto de los adolescentes se centra en campos específicos.
- La devaluación societal correlacionó más con la autoestima y el autoestigma con la depresión.
- Los adolescentes no sufren el efecto de la estigmatización sobre sus perspectivas de futuro, quizás porque los jóvenes son más optimistas de cara a la recuperación de la salud, actitud que resulta más difícil de asumir por los adultos que han podido experimentar una historia más larga con la enfermedad y la experiencia de otros problemas en la vida.
- La edad temprana respecto al inicio del problema de salud mental es un factor de riesgo para sufrir el estigma y el autoestigma.
- La atribución de culpa, responsabilidad y peligrosidad es más frecuente en adolescentes diagnosticados de Trastorno por dependencia y abuso de sustancias que en adolescentes diagnosticados con ansiedad, depresión o TDAH.
- A veces, los adolescentes se muestran reacios a etiquetarse a sí mismos como “enfermos mentales”, ya sea porque les resulta difícil distinguir entre conductas o ideas fruto de un cuadro clínico significativo o fruto de una fase temporal sin mayor importancia propia de la edad, ya sea como un modo de

protegerse de las reacciones negativas de los pares y otras personas de su entorno. Sólo el 20% de los adolescentes diagnosticados se aplicaron etiquetas de enfermedad mental a sí mismos

El grupo que más ha aportado a la investigación sobre el estigma es el liderado por Patrick Corrigan, que en distintas publicaciones ha ido proponiendo todo un modelo de funcionamiento del estigma: el Modelo Socio-Cognitivo del Estigma Público hacia la Enfermedad Mental. Corrigan y Watson (2002) contribuyeron al estudio de esta área, estableciendo dos distinciones conceptuales entre el estigma público y el autoestigma. El estigma público hace referencia a las percepciones o experiencias de reacciones negativas de la sociedad hacia la persona con problemas mentales. El autoestigma o estigma internalizado constituye la interiorización de los estereotipos sociales negativos asociados a los problemas de salud mental y el desarrollo del auto-prejuicio. Los autores citados han desarrollado también el Modelo Social-Cognitivo del Estigma Internalizado en el que también se incluyen, al igual que en el modelo del estigma público, los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. El autoestigma se manifiesta a través de consecuencias psicológicas que incluyen sentimientos negativos hacia uno mismo, baja autoestima, depresión, sensación de disminución del control y de la competencia personal y perspectivas de futuro limitadas. Otras consecuencias se ponen de manifiesto a través del secretismo y la evitación del contacto social que conduce a la persona con problemas mentales a una situación de aislamiento social.

El estigma se manifiesta a través de las interacciones sociales con los otros y los adolescentes pueden ser particularmente susceptibles a las consecuencias del estigma por su estado de desarrollo, provocando graves daños en su autoestima (Staring et al., 2009). Como ya se expuso en un epígrafe anterior, es en esta etapa de la vida cuando se consolida la formación de la identidad personal (Erickson, 1980) y se busca la independencia y la autonomía. También comienzan a compararse con sus iguales e interiorizan el resultado de estas comparaciones influyendo en su autoconcepto. Las relaciones con los amigos son cada vez más importantes y sus opiniones provocan un impacto positivo o negativo sobre las conductas de salud. Cuando las actitudes hacia los compañeros con problemas mentales son negativas,



afectan al adolescente con problemas, que ya no tendrá libertad para hablar con naturalidad de lo que le sucede o preocupa y tampoco se sentirá libre para la búsqueda de tratamiento (Corrigan, Watson, Byrne & Davis, 2005; Pinto-Foltz & Logsdon, 2009).

Una revisión de la literatura existente sobre autoestigma llevada a cabo por Livingston y Boyd (2010) que presentan Garay et al. (2014) ha puesto de relieve que ninguna de las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, económico, etnia, trabajo, estado civil) analizadas obtiene relación significativa con el estigma internalizado. Sí encuentran variables psicosociales como empoderamiento, esperanza, autoestima, calidad de vida, autoeficacia y variables sociales como apoyo e integración social que correlacionan de forma significativa con el autoestigma. Respecto a variables psiquiátricas como adherencia al tratamiento y gravedad de la sintomatología, también se comprueba la existencia de relación con el autoestigma, la primera en sentido negativo y la segunda, en sentido inverso.

### **3.3.5 Programas de Sensibilización y Promoción de la Salud Mental**

Hace varias décadas, los investigadores comenzaron a descubrir los problemas derivados del estigma hacia la enfermedad mental y a estudiar las distintas formas de disminuir dicho estigma (Corrigan, 2005). Con frecuencia, los niños y niñas son identificados como población objetivo importante en la lucha contra el estigma (Wahl, 2002). Además, como ya se expuso en otro epígrafe de este mismo capítulo, el estigma, las actitudes y creencias acerca de los trastornos mentales se desarrollan durante la infancia y la adolescencia (Wahl, Hanrahan, Lasher, y Swaye, 2007). Por lo tanto, es probable que las intervenciones a principios de la edad de crecimiento y desarrollo destinadas a la lucha contra la estigmatización y las actitudes y creencias negativas acerca de los problemas de salud mental, contribuyan a la mejora de la salud de los adolescentes a través de dos vías. En primer lugar, la intervención temprana es probable que aumente la búsqueda del tratamiento de salud mental en adolescentes que lo requieren, pero que no lo han recibido. En segundo lugar, la intervención temprana es probable que aumente el cumplimiento y la adherencia al tratamiento, en los adolescentes que lo reciben actualmente o que lo necesitan.

Niños y adolescentes son identificados muy a menudo como un importante sector de la población para luchar contra el estigma. Los procesos cognitivos durante las etapas de educación infantil y primaria pueden favorecer la asimilación de información de modo que no se llegasen a desarrollar o se pudiesen detener los prejuicios y conductas discriminativas hacia sus iguales con problemas de salud mental (Corrigan & Watson, 2007). Por otro lado, según Schulze et al. (2003), existen rasgos de personalidad que no se desarrollan hasta la adolescencia y que están en la base de la formación de los estereotipos sobre los grupos. Refieren los autores que esta idea apoyaría la idoneidad de intervenir en edades tempranas. Pinfold et al. (2003) ratifican esta hipótesis en un estudio realizado en colegios del Reino Unido al obtener resultados positivos, en cuanto a que las sesiones del programa educativo realizado han conseguido una disminución del estigma. Entre sus datos, cabe destacar que las chicas adolescentes obtuvieron una disminución mayor del estigma que los chicos adolescentes.

Corrigan y Penn (1999) refieren que los programas educativos disminuyen el estigma. En concreto, comentan estos autores, que los programas que incluyen casos sobre problemas mentales con discusión entre iguales tienen una mayor probabilidad de ser recordados por los adolescentes, facilitando el reconocimiento de la información correcta y la identificación y rechazo de las falsas creencias en torno a los problemas de salud mental. Sin embargo, O'Mara et al. (2009) advierten que para mejorar la salud mental de los jóvenes, poner el foco de atención en la disminución del estigma sólo en población infanto-juvenil no es suficiente. Puesto que el estigma es un fenómeno complejo que se produce a nivel societal, será necesario poner el foco de las intervenciones en distintos niveles. Las estrategias a utilizar en los programas de sensibilización y promoción de la salud mental han de implementarse en el entorno escolar y con la implicación de padres y profesores (Adlaf et al., 2005, en O'Mara et al, 2009). Existe una enorme evidencia científica de que la infancia es un momento óptimo para realizar intervenciones educativas con el objetivo de favorecer el desarrollo saludable, conseguir un bienestar emocional positivo y prevenir problemas específicos de salud mental. También existe evidencia de la efectividad de dichas intervenciones (Licence, 2004; Maxwell et al., 2007; McEwan et al., 2007) y, aunque queda demostrado que los programas que se han desarrollado

de forma continua durante al menos un año han sido efectivos, sobre los más breves se indica que es probable que su eficacia haya sido menor (Wells et al., 2003).

En España, la Junta de Andalucía (Bono, Toro, Ruiz & Carrasco, 2012) presentó un informe de evaluación sobre los resultados positivos obtenidos con un programa de sensibilización en las aulas llamado *Lo hablamos* aplicado en 11 Centros Educativos (186 participantes de 14 a 16 años). Se utilizó la validación al castellano del Cuestionario AQ-8-C (Corrigan et al., 2007) para medir el estigma en población adolescente. Las conclusiones son bastante alentadoras a pesar de la brevedad de la intervención. El programa fue llevado a cabo en una sesión educativa de dos horas y media con una evaluación inicial y otra final para detectar la efectividad de la intervención respecto a la disminución del estigma hacia sus iguales con dos diferentes problemas de salud mental (trastornos psicóticos y trastornos del estado de ánimo) para así comprobar también la existencia de estos dos tipos de estigma. El objetivo general de esta investigación consistió en la valoración de los cambios respecto a la reducción de estereotipos, prejuicios y la propensión a mostrar conductas discriminatorias hacia las personas con problemas de salud mental, a través de la mejora de los conocimientos sobre la enfermedad mental. El análisis de los datos previos a la intervención ponen de manifiesto un nivel de estigma moderado, aunque mayor frente al trastorno psicótico que frente al trastorno del estado de ánimo. Los porcentajes de respuesta muestran conductas que favorecen la ayuda y la empatía y que asumen la integración, a pesar de la presencia de los estereotipos de que estas personas son impredecibles y peligrosas. Tras la intervención de normalización y reflexión sobre los problemas de salud mental, se observan cambios positivos en términos de mejora de conocimientos sobre los problemas de salud mental, eliminación de estereotipos y disminución de la propensión a mostrar conductas discriminatorias. Respecto a los cambios observados en los componentes cognitivo, emocional y conductual del estigma, se encontró que la falta de previsibilidad (estereotipo, dimensión cognitiva), es decir, el hecho de no poder saber con antelación cómo va a reaccionar una persona con problemas mentales, provoca miedo (componente emocional, prejuicio), pues se anticipa un comportamiento agresivo de parte de esa persona con problemas. En cuanto al componente conductual, los datos no fueron significativos, aunque en las entrevistas, los adolescentes seleccionados para participar en esta fase de la investigación,

verbalizaron que se comportarían rodeándose de amigos como medida de seguridad. Lo que sí resultó significativo fue la relación existente entre los componentes del estigma, es decir, entre lo que pensaban, lo que sentían y la conducta de los participantes del estudio. A nivel cognitivo, se identificó también la idea de que a las personas con problemas de salud mental, les afectan más las cosas, informando de la respuesta emocional de pena y, a nivel conductual, la propensión a la ayuda, que es, por otra parte, la respuesta que con mayor frecuencia se observa en el alumnado participante. Y respecto a las diferencias en función del género, el análisis revela diferencias mínimas, no siendo significativas.

Otras intervenciones internacionales como el programa *Verruckt? NaUnd!* (“¿Loco? ¡Y qué!”) desarrollado en Alemania en el año 2001, advierten de la escasa información acerca del interés que los adolescentes muestran por adquirir conocimientos sobre salud mental. Sin embargo, se sugiere, que dado que en la etapa de la adolescencia chicos y chicas comienzan a preocuparse por su bienestar y por el desarrollo de una identidad y una personalidad propia, es importante programar intervenciones en esta población, mediante una metodología adecuada que les pueda motivar para que aumente su interés por aprender sobre salud mental y sobre las personas que presentan algún tipo de psicopatología.

A estas edades, estos programas de sensibilización contra el estigma facilitan la promoción y protección de la salud, objetivos fundamentales para prevenir la aparición de enfermedades en el adulto (Catalá-López, Gènova-Maleras, Álvarez-Martín, Fernández de Larrea-Baz & Morant-Ginestar, 2013).

En la Tabla 3.9, se presentan las publicaciones de los programas de sensibilización y promoción de la salud mental en población infanto-juvenil revisadas en el trabajo de análisis bibliométrico realizado para el desarrollo de esta tesis (periodo 2003-2014), junto con algunas características de la muestra de participantes en la investigación, la metodología, los instrumentos de medida utilizados y un breve resumen de algunos de los resultados obtenidos tras la intervención educativa. Como se puede apreciar, Estados Unidos y Reino Unido son los países que han llevado a cabo más investigaciones respecto a este tema.

Tabla 3.9

*Programas de Sensibilización y Promoción de la Salud Mental en Población Infanto-Juvenil (2003-2014)*

FECHA PAÍS	TÍTULO DEL ARTICULO Y AUTORES	MUESTRA	MÉTODO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
2011 Australia	<b>The Effects of a School- Based Educational Intervention on Preadolescents' Knowledge of and Attitudes towards Mental Illness.</b>  Ventieri, Clarke y Hay	N=228  Alumnado de 9 a 12 años. Escuelas de Primaria. Estado Australiano de Victoria	<b>Cuestionario actitudinal hacia la enfermedad mental y hacia las personas con enfermedad mental.</b> Consta de 35 ítems con dos escalas. Aspereza y Benevolencia. Autoevaluación diseñada para la investigación. Basado en cuestionarios existentes (Bufe, 1997; Chu et al, 1996; Cohen & Struening, 1962; Schulze et al, 2003; Struening & Cohen, 1963; Watson et al, 2004) La mayoría de los ítems se adaptaron de una medida de adultos (OMI) (Cohen & Struening, 1962; Struening & Cohen, 1963) y otras dos versiones del OMI modificadas para niños y adolescentes (Bufe, 1997; Chu et al, 1996).  <b>Escala de Distancia Social de Schulze et al (2003) diseñada para adolescentes.</b>	Un programa breve de intervención educativa sobre enfermedad mental es suficiente para provocar cambios en el conocimiento y las actitudes de los chicos hacia la enfermedad mental en poco tiempo y estos cambios persisten al menos 4 meses después.

FECHA PAÍS	TÍTULO DEL ARTICULO Y AUTORES	MUESTRA	MÉTODO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
2004 Estados Unidos	<b>Changing Middle Scholers´Attitudes About Mental Illness Through Education</b>  Watson, Otey, Westbrook, Gardner, Lamb, Corrigan y Fenton	N=1500  Alumnado de 9 a 12 años	<b>Revised Attribution Questionnaire (r-AQ).</b> Basado en el Cuestionario de Atribución (AQ-27) original de Corrigan et al. ( 2002, 2003) y modificado para su uso con niños y adolescentes. Los primeros ocho ítems representan los constructos de los modelos de atribución de responsabilidad y peligrosidad desarrollados por Corrigan et al (2002): responsabilidad/culpa, enfado, pena, ayuda, peligrosidad, miedo, evitación y segregación. Los participantes responden a estos ítems en referencia a la viñeta que muestra a un nuevo estudiante del que se ha escuchado que tiene una enfermedad mental. En esta versión del r-AQ, los autores incluyen un ítem, el número nueve que hace referencia a una cuestión relativa al estigma en los niños: si solicitarían tratamiento a un profesional de salud mental si lo necesitasen.	Las actitudes de estudiantes acerca de las personas con enfermedad mental no son tan negativas como era de esperarse base a resultados de investigaciones previas tanto en niños como en adultos
2008 Estados Unidos	<b>Reducing Stigma by Meeting and Learning from People with Mental Illness</b>  Spagnolo, Murph y Librera	N=426  Alumnado de High School	<b>The Attribution Questionnaire–Short Form for Children (Watson et al., 2004)</b> Este cuestionario está basado en el cuestionario original AQ-27 (Corrigan et al., 2002, 2003). Esta versión evalúa nueve factores: responsabilidad, pena, enfado, peligrosidad, miedo, ayuda, coerción, segregación y evitación.	Tras la intervención, los estudiantes obtienen resultados que informan de unos puntos de vista menos estigmatizadores hacia las personas con enfermedad mental en siete de los nueve factores y en la puntuación total de la escala.

FECHA PAÍS	TÍTULO DEL ARTICULO Y AUTORES	MUESTRA	MÉTODO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
2004 Australia	<b>The SMILES Program: A Group Program for Children with Mentally Ill Parents or Siblings</b>  Pitman yMatthey	N= 25  Alumnado de 5-15 años	<b>Encuesta ad hoc.</b> Se elaboró una encuesta para medir el conocimiento que tienen niños y adolescentes sobre la enfermedad mental. Consistía en nueve preguntas (por ejemplo, ¿Qué causa la enfermedad mental? Y se contesta en unaescala de 1 a 10 puntos.	Al final del Programa de tres días, el alumnado había mejorado de forma significativa en 8 de 9 cuestiones concernientes a los conocimientos sobre enfermedad mental.
2009 Canadá	<b>Does stigma towards mental illness decrease for youth 13-18 years old after participating in school-based Youth Net Hamilton focus groups?</b>  O'Mara, Mueller, Grypstra, Browne, Akhtar-Danes, Hoy, Wentworth yVrkljan	N=294  Adolescentes de 13-18 años	<b>Stigma Scale - Attribution Questionnaire Revised (AQR).</b> Forma Breve para Niños y Adolescentes basada en el cuestionario original AQ-27 que contaba con 27 ítems. Se utilizaban 3 ítems para cada uno de los 9 factores: pena, peligrosidad, miedo, responsabilidad, segregación, enfado, ayuda, evitación y búsqueda de ayuda.	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de control y el grupo experimental en tres de los cuatro cuestionarios del estudio: estigma, salud mental, sentimientos y comportamientos al inicio del estudio. Sin embargo, la prevalencia de problemas de salud mental según el nivel escolar (baja, media o alta necesidad) fue diferente.

FECHA PAÍS	TÍTULO DEL ARTICULO Y AUTORES	MUESTRA	MÉTODO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
2013 Italia	Awareness and education on mental disorders in teenagers reduce stigma for mental illness: a preliminary study  Casale, Manfredi, Kotzalidis ySerata	N=44  Adolescentes de 16-18 años	Haghighat's Standardized Stigmatization Questionnaire (SSQ) Una prueba de autopercepción sobre los procesos de estigmatización completada por personas sin problemas mentales. El cuestionario fue administrado a todos los estudiantes en dos ocasiones, la primera, antes de la primera lección y la segunda, al final de la última lección. Consta de 13 preguntas de opción múltiple. La respuesta se da en una escala de Likert de 4 puntos. Cada artículo tiene una clasificación de 4.1 en una escala de Likert de 4 puntos, que van desde absolutamente sí a ninguna. El cuestionario investiga las creencias que se tienen acerca de las actitudes de la gente sobre una persona se ve en una presentación de diapositivas mientras que los adolescentes rellenan el cuestionario.	Los adolescentes muestran una reducción significativa del estigma atribuido a los problemas mentales por otros miembros de la comunidad tras adquirir nuevos conocimientos e información sobre salud mental.
2011 Estados Unidos	<b>Feasibility, Acceptability, and Initial Efficacy of a Knowledge Contact Program to Reduce Mental Illness Stigma and Improve Mental Health Literacy in Adolescents</b>  Pinto-Foltz, Logsdon y Myers	N=156  Adolescentes de 13-17 años	<b>Revised Attribution Questionnaire (r-AQ)</b> de Watson et al. (2004). Se evaluó el estigma utilizando la subescala de 5 ítems. Esta subescala enriquece la respuesta emocional del estigma que ha sido descrita e identificada como emociones agresivas (ira), la reacción pro-social (ayuda, simpatía), y los sentimientos de ansiedad (miedo) por Angermeyer y Matschinger (1996) y Link (2004) (Pinto-Foltz et al., 2011). Estos cinco elementos describen situaciones asociadas con la viñeta: "un nuevo estudiante en su clase acaba de llegar de otra escuela ... has escuchado que el estudiante tiene una enfermedad mental". <b>Programa de Alfabetización de la Salud Mental</b> que evaluó por el Programa En Nuestra Propia Voz, desarrollado por Wood y Wahl (2006)	La intervención, en una primera evaluación, no provocó ningún cambio. Sin embargo, en la evaluación realizada 4 y 8 semanas después de la intervención, los adolescentes obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en alfabetización de la salud mental.



FECHA PAÍS	TÍTULO DEL ARTICULO Y AUTORES	MUESTRA	MÉTODO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
2012 Reinounido	<p data-bbox="434 347 667 592"><b>A randomised controlled feasibility trial for an educational school-based mental healthintervention: study protocol</b></p> <p data-bbox="434 624 667 719">Chisholm, Patterson, Torgerson, Turner y Birchwood</p>	Adolescentes de 12-13 años	<p data-bbox="920 347 1704 408"><b>The Reported &amp; Intended Behaviour Scale (RIBS)</b>.Evalúa la conducta relacionada con el estigma de la enfermedad mental.</p> <p data-bbox="920 504 1704 679"><b>The Mental HealthKnowledgeScale (MAKS)</b> El conocimiento de la enfermedad mental es evaluado de dos formas. La intervención propuesta presenta el potencial de aumento de la participación debido a su combinación de la educación y el contacto con una persona joven con la experiencia vivida de la enfermedad mental</p>	<p data-bbox="1727 347 2018 1257">El contacto como técnica para reducir la discriminación ha sido evaluado previamente en la investigación con los adultos, pero ha sido utilizado solo en una minoría de los proyectos de investigación que analizan el impacto en la juventud. Antes de este estudio, el efecto del contacto en la alfabetización de la salud mental, resistencia y bienestar emocional no había sido evaluado. Se evalúa si la intervención eficaz podría proporcionar un método fiable y rentable para reducir el estigma en los jóvenes, aumentando los conocimientos de la salud mental y el bienestar emocional.</p>

FECHA PAÍS	TÍTULO DEL ARTICULO Y AUTORES	MUESTRA	MÉTODO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	RESULTADOS
2003 Reino Unido	Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools  Pinfold, Toulmin, Thornicroft, Huxley, Farmer y Graham	N= 472  Adolescentes de 14-15 años	The questionnaires were based on an instrument piloted in the World Psychiatric Association's anti-stigma schools project in Canada (World Psychiatric Association, 2000) e incluyen: declaraciones como, por ejemplo, una de cada cuatro personas desarrollará problemas de salud mental en el transcurso de sus vidas y cinco declaraciones de actitud  Escala de distancia Social que se utilizan como indicadores indirectos de la conducta planificada informada  Pre-tests que incluyen preguntas sobre descripciones de las personas con problemas de salud mental, y las encuestas de seguimiento a los estudiantes para proporcionar calificaciones de evaluación para el programa en general.	Los Talleres Educativos breves (1 hora) pueden producir cambios positivos disminuyendo los estereotipos, y mejorando las actitudes informadas por los participantes hacia las personas con problemas de salud mental.
2013 Reino Unido	<b>Mental Health Workshops delivered by Medical Students in Cambridge Secondary Schools: An evaluation of learning</b>  Bentham, Daunt, Taylor y Simmons	N=230  Adolescentes de 12-13 años	<b>Cuestionarios Pre y Post-Talleres.</b> Se diseñaron estos cuestionarios para reflejar los principales puntos de enseñanza de los talleres. Con el fin de evaluar las opiniones de los alumnos sobre la importancia de la salud mental, se incluyeron cuatro preguntas de opción múltiple que tuvieron que contestar antes y después de los talleres.	Estos cuestionarios proporcionaron indicadores muy útiles para establecer la línea base de los conocimientos sobre cuestiones de salud mental que poseen los adolescentes y para determinar lo que han aprendido.

Como se deduce de los resultados expuestos en la Tabla 3.9, los programas educativos aplicados en el contexto escolar con chicos y chicas adolescentes son bastante prometedores, incluso aquellos de duración breve (Pinfold, Toulmin, Thornicroft, Huxley, Farmer & Graham, 2003; Pitman & Mathey, 2004; Ventieri, Clarke & Hay, 2011), pues han conseguido cambios tanto en el nivel de conocimientos sobre salud mental como en las actitudes hacia las personas con problemas psicológicos.

Las instituciones públicas de salud y los autores (Corrigan & Wassel, 2008; Leckman & Leventhal, 2008; Pinto-Foltz & Logsdon, 2009) que realizan sus investigaciones en el campo de la lucha contra el estigma de los problemas de salud mental, recomiendan que las investigaciones futuras deben centrarse en establecer la eficacia de las intervenciones contra el estigma siguiendo los criterios de que estos programas estén adaptados a población adolescente, que sean accesibles y que puedan tener una rápida difusión y un impacto más amplio.

Es importante tener en cuenta que si estas campañas se dirigen a adolescentes en población general y no sólo específica, la reducción del estigma puede transformar la cultura de los jóvenes, de modo que podrán hablar con normalidad y naturalidad sobre temas de salud mental con sus amigos y a través de sus redes sociales. El cambio de actitudes y comportamientos entre adolescentes puede, en definitiva, favorecer la búsqueda de tratamiento psicológico, cuando sea necesario y con ello, la pronta solución de los problemas y la recuperación del bienestar bio-psico-social.



**CAPÍTULO IV**  
**MARCO TEÓRICO**



#### **4.1 INTRODUCCIÓN**

Comenta Weiner (1993) que los humanos se creen con el poder o el derecho y la legitimidad de emitir juicios sobre otras personas como buenas o malas, culpables o inocentes, responsables o no responsables de un acontecimiento o situación personal. Estas inferencias dan lugar a reacciones emocionales de las que se pueden derivar, cuando son negativas y van dirigidas hacia algún miembro de un grupo estigmatizado, como es el caso de las personas con problemas de salud mental, conductas de discriminación y rechazo. La investigación desarrollada a lo largo de la tesis trata sobre este complejo proceso de estigmatización y se analiza su existencia en población adolescente. Para llevar a cabo este análisis, se ha seguido un marco teórico desarrollado por Corrigan y basado en la teoría de la atribución de Weiner.

El estigma público de la enfermedad mental es definido como la culminación de actitudes y creencias negativas que motivan al público general a sentir miedo, rechazo, evitación y mostrar conductas de discriminación hacia las personas con problemas de salud mental (Corrigan & Penn, 1999). Este estigma existe en todas las culturas y en todos los grupos de edad, incluido el grupo de los adolescentes (Logsdon, Usui, Pinto-Foltz & Rakestraw, 2009; Pescosolido, 2009).

A lo largo de este capítulo se expone la aplicación de esta teoría de la atribución al modelo socio-cognitivo del estigma de la enfermedad mental diseñado por Corrigan y su adaptación y validación en población adolescente.

#### **4.2 MODELO SOCIO-COGNITIVO DEL ESTIGMA DE CORRIGAN**

Una vez revisados los marcos teóricos que conceptualizan el estigma de la enfermedad mental, se tomó la decisión de utilizar el modelo socio-cognitivo de Corrigan y colaboradores (Corrigan, 2004; Corrigan et al., 2001; Corrigan & Watson, 2002; Corrigan & Larson, 2008; Corrigan & Rusch, 2002), dado que se ajusta mejor a los objetivos propuestos para la realización de esta tesis. Como se verá a lo largo

del capítulo, este modelo teórico, junto con los instrumentos de medida desarrollados para evaluar el estigma, han demostrado su utilidad y son utilizados en todo el mundo con población adulta con y sin problemas de salud mental, y lo que es más importante, han sido adaptados y validados también en población adolescente.

Los psicólogos sociales, como ya se expuso en el último punto del capítulo 1 y a lo largo del capítulo 2, han definido el estigma como un proceso formado por aspectos cognitivos, emocionales y conductuales conocidos como estereotipos, prejuicios y discriminación. Los estereotipos y los prejuicios hacia los miembros de un subgrupo suelen conducir a la discriminación de los miembros de dicho subgrupo (Corrigan, 2000; Corrigan & Watson, 2002). Una manera de aproximarse a la comprensión del estigma es interpretarlo como un conjunto de actitudes negativas, considerando las actitudes como un estado interno evaluativo hacia una persona, objeto o situación, que media entre el ambiente externo (los estímulos que señalan el objeto de la actitud) y las reacciones de la persona (las respuestas evaluativas de la actitud) que quedan agrupadas en tres categorías: cognitivas, afectivas y conativo-conductuales. Sin embargo, y, desde un punto de vista teórico, la actitud no pierde su carácter de variable unitaria, pues estas tres vías de expresión aunque son diferentes entre sí, no lo son completamente, ya que todas ellas remiten a la misma variable, esto es, a la actitud y por tanto deben estar relacionadas positivamente, aunque no sea de un modo muy intenso (Morales & Huici, 2003). Esta es la tradición que recogen Eagly y Chaiken (1993, citado en Morales & Huici, 2003, p.132) en su obra y que Corrigan (2004) asume en el marco teórico de su teoría cognitivo-social del estigma público de la enfermedad mental.

Corrigan (2004) incide en las respuestas cognitivas, afectivas y conductuales del estigma: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación y, genera, partiendo de la teoría de la atribución de Weiner (1995), su propia teoría cognitivo-social del estigma público de la enfermedad mental. En la figura 4.1, se ilustra la relación entre los elementos primarios del estigma: señales, estereotipos, prejuicios y conducta discriminativa.

Los estereotipos son estructuras de conocimiento, opiniones o creencias colectivas de las personas y como respuesta evaluativa cognitiva de la actitud puede incluir tanto los pensamientos e ideas favorables o desfavorables como su expresión



externa asociados a un objeto, personas o situaciones. En este caso, son ideas negativas asociadas a personas con problemas de salud mental como, por ejemplo, ideas acerca de que son personas peligrosas y responsables de sus síntomas.

Los prejuicios son la respuesta evaluativa afectiva negativa de la actitud hacia el grupo estereotipado de personas con problemas de salud mental. Algunos de los prejuicios o reacciones afectivas observados son miedo, enfado y piedad.

La discriminación es la respuesta evaluativa conativo-conductual negativa de la actitud hacia las personas con problemas de salud mental que incluye evitación conductual, aumento de la distancia social, conducta hostil y negación de ayuda (Corrigan, 2000).

Como se aprecia en la Figura 4.1, el estigma es una cadena de respuestas evaluativas negativas que comienza con la marca estigmatizadora, progresa a través de la estructura de las actitudes y termina con la respuesta evaluativa conativo-conductual de la actitud: la discriminación (Lam, Tsang, Chang & Corrigan, 2006). En esta teoría del estigma, las tres respuestas evaluativas de la actitud son negativas o desfavorables hacia las personas con problemas de salud mental.

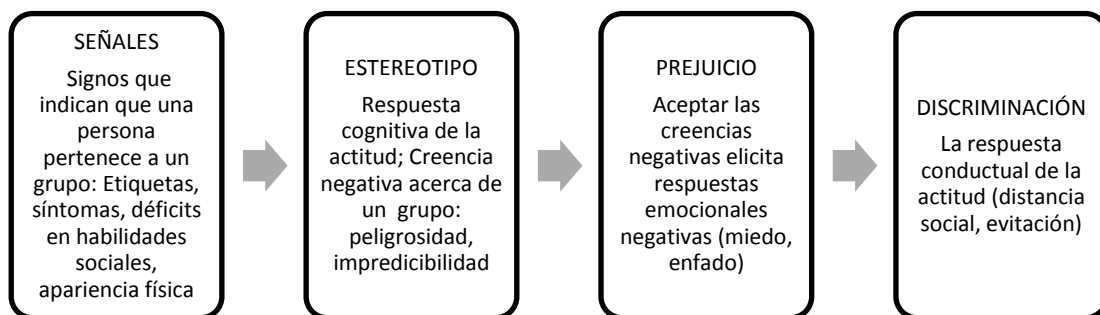


Figura 4.1. Teoría cognitivo-social del estigma público de enfermedad mental de Corrigan

Fuente: Adaptado de Corrigan (2004)

En una sencilla versión del modelo socio-cognitivo, una persona con enfermedad mental grave genera una señal al público sobre su enfermedad mental, por ejemplo, 'una persona que habla con ella sola en voz alta debe de estar loca'. Esta señal conduce a un estereotipo sobre esa persona: 'las personas locas son peligrosas'.

Y los estereotipos llevan a una reacción afectiva, que en este caso concreto podría ser de miedo: 'Me asusta estar cerca de esta persona por si me hace daño' y de ahí puede derivarse una respuesta conductual de discriminación: 'Si se sienta a mi lado en el autobús me cambiaré de asiento'.

El modelo teórico de Corrigan (2004) marca la utilidad y las relaciones entre las señales, los estereotipos, los prejuicios y las conductas discriminatorias para organizar un amplio conjunto de estudios sobre el estigma de la salud mental. Además, presenta esta información de manera consistente con el paradigma cognitivo-social (Eagly & Chaiken, 1993) que el autor asume en el marco teórico del estigma público de la enfermedad mental al tomar en consideración que la influencia de las señales sobre las conductas está mediada por las actitudes. Corrigan ha utilizado la teoría atribucional de Weiner (1995) sustentándola en la evidencia de las relaciones entre las señales y las tres respuestas evaluativas de la actitud.

Éste sería el modelo cognitivo-social aplicado al *estigma público* que es el tipo de estigma más conocido y estudiado y que se centra en las actitudes negativas o desfavorables de la población general hacia las personas estigmatizadas (Link, Struening, Rahav, Phelan & Nuttbrock, 1997). El estigma público en población infanto-juvenil, fenómeno muy poco estudiado hasta el momento, es el tema que se abordará más adelante para explicar los supuestos teóricos en los que se fundamenta el estudio empírico de la tesis y cuyo objetivo fundamental es la evaluación del estigma, de las actitudes hacia los pares con problemas de salud mental en adolescentes de 12 a 16 años.

Corrigan ha desarrollado también una teoría acerca del autoestigma (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, 2008; Corrigan, Larson & Rüschi, 2009). Según Corrigan et al., (2009) el auto-estigma es un proceso con adversas consecuencias como el efecto del "por qué intentarlo", por el que la persona que ha interiorizado los estereotipos y prejuicios llega a abandonar sus metas personales. En la tabla 4.1 puede verse este proceso.

Tabla 4.1

*Autoestigma en la persona con problemas de salud mental*

<b>Componentes</b>	<b>Definición y Consecuencias</b>
Autoestigma	Actitud negativa hacia uno mismo por presentar problemas de salud mental Estigma público internalizado
Esteretipos	Aceptación de creencias negativas como incompetencia, peligrosidad, carácter débil
Prejuicios	Acuerdo con la respuesta emocional negativa  Autodesprecio, baja autoestima y baja autoeficacia
Discriminación	Anticipación de conductas de rechazo  No pedir ayuda, fracaso en búsqueda de trabajo y/o vivienda

Corrigan también habla del estigma estructural que incluye las creencias, reacciones emocionales y conductas discriminativas pero a nivel institucional, a nivel de leyes y actitudes del gobierno hacia los colectivos de personas con problemas de salud mental. Los modelos cognitivo-sociales son especialmente prometedores, según el autor (2000), porque proporcionan una buena base teórica y una metodología rigurosa que ha sido probada en intervenciones para la comprensión y el cambio del estigma a nivel societal.

#### **4.2.1 Señales que conducen al Estigma**

¿Realmente se puede saber que una persona tiene problemas de salud mental sin haberla conocido previamente?

Según Penn y Martin (1998), las personas deducen que alguien posee una enfermedad mental ante las siguientes señales: etiquetas, síntomas psiquiátricos, déficits en habilidades sociales y apariencia física. Link y Phelan (2001) en su teoría de la etiquetación exponen que las personas que son etiquetadas socialmente como enfermos mentales son objeto de diversos tipos de discriminación y rechazo social. Una persona puede ser catalogada por sus familiares y amigos más cercanos al ser diagnosticada por el profesional de salud mental, o por los vecinos que le ven salir de la consulta de un psicólogo o de un centro de salud mental. Otras señales recogidas en la Tabla 4.2, provienen de ciertos síntomas, déficits o peculiaridades presentes en las personas y pueden provocar actitudes negativas en la población general hacia las personas que han sido estigmatizadas socialmente (Corrigan, 2000).

*Tabla 4.2.*

*Signos a través de los que infiere que una persona tiene un problema de salud mental*

<b>Signos</b>	<b>Descripciones</b>
Síntomas clínicos	Conductas extrañas, irregularidades en el lenguaje
Déficits de habilidades sociales	Contacto visual, lenguaje corporal, temas tópicos de discusión
Apariencia física	Higiene personal, forma de vestir
Etiquetas Diagnósticas	Conocimiento del diagnóstico, tratamiento en área de salud mental

Fuente: Corrigan, 2000

A continuación, se exponen algunos de los estereotipos y prejuicios como respuestas evaluativas de la actitud elicidadas ante las señales que nos indican que una persona tiene problemas de salud mental.

Cohen y Struening (1962) identificaron tres factores que describían las actitudes de 1.194 profesionales de la salud mental hacia sus pacientes:

1. Autoritarismo: La creencia de que una persona con problemas de salud mental es inferior al resto de personas consideradas “normales” y que, además, requiere un tratamiento coactivo.
2. Benevolencia: Sentimiento de bondad cristiana hacia los “desafortunados” que genera una actitud paternalista. Actitud que también es discriminativa porque presupone que el paciente es una persona inferior y se le trata como si fuese un niño que no sabe cuidarse.
3. Restricción social: Mantener una distancia personal porque se considera que las personas con problemas de salud mental son peligrosas.

En la actualidad, a pesar de la constatación empírica de la nociva influencia del estigma en el proceso de recuperación de la salud mental, existen algunos estudios que presentan a los psiquiatras como profesionales que intervienen en el proceso de estigmatización (Muñoz et al., 2009; Rodríguez Marín, 2001) por el modo en el que tratan a las personas que acuden a sus consultas.

Algunos investigadores consideran que las actitudes derivadas de la atribución de peligrosidad son clave para comprender las reacciones de autoritarismo y restricción social (Angermeyer & Matschinger, 1996). La sociedad, en general, suele ver a las personas con problemas de salud mental como violentas o peligrosas y, por ello, les temen y les evitan. Este tipo de miedo lleva a que se piense que debe existir una autoridad que pueda decidir el ingreso en hospitales, por ejemplo, de modo que quede garantizada la seguridad y tranquilidad de aquellas personas que no tienen este tipo de problemas.

Otras conductas discriminatorias derivadas de actitudes estigmatizadoras llevan a las personas a situaciones de extrema pobreza y exclusión social, pues les dificulta el acceso al trabajo, a la educación y a la vivienda. Los ciudadanos contratan menos a personas etiquetadas como “enfermos mentales” y también es menos probable que les faciliten el alquiler de sus apartamentos o casas. Además, es más probable que se presenten cargos contra esa persona etiquetada como “enfermo

mental” por crímenes violentos. Carecen de redes sociales de apoyo, viven solos o aislados y su círculo de conocidos se circunscribe al ámbito de otras personas con problemas de salud mental porque las personas llamadas 'normales' les evitan y les rechazan.

#### **4.2.2 Teoría de la Atribución y Problemas de Salud Mental**

La teoría de la atribución proporciona una de las aproximaciones cognitivo-sociales al estudio del estigma que enmarca el fenómeno en términos de estructuras de conocimiento. El estigma es visto como una representación fenomenológica de las percepciones negativas del público sobre las personas con problemas de salud mental. Estas estructuras de conocimiento son sociales y eficientes mediante la categorización de la información sobre grupos. Se consideran sociales porque representan el acuerdo de la colectividad sobre nociones de grupos de personas y, eficientes, porque la gente puede rápidamente generar impresiones y expectativas de individuos que pertenecen al grupo estereotipado, como ya se expuso en el capítulo 2 de esta tesis.

Varios estudios han examinado las estructuras de conocimiento que representan la comprensión pública sobre una variedad de grupos de enfermedades físicas y mentales. Estos estudios normalmente identifican dimensiones actitudinales a través de análisis factoriales o técnicas de escalamiento multidimensional. Se analizan los resultados obtenidos sobre las respuestas dadas por los participantes a una serie de preguntas acerca de un grupo de enfermedades. Son dos las dimensiones encontradas, a saber: las personas tienden a comprender la enfermedad en términos de su *gravedad* y en términos de su *controlabilidad o responsabilidad*. Se ha comprobado la existencia de la creencia de que los problemas psicológicos están más bajo el control personal. Esta dimensión está directamente relacionada con las asunciones de la teoría de la atribución.

La teoría de la atribución se centra en tres dimensiones de conocimiento, la responsabilidad o locus de causalidad, la estabilidad y la capacidad de control. La investigación apoya las relaciones de causalidad entre estos constructos y las respuestas afectivas y conductuales ante los problemas de salud mental. En la Tabla 4.3, se pueden ver las distintas dimensiones de las actitudes identificadas en un

estudio realizado por Weiner (1985) sobre cómo las personas comprenden las enfermedades. Como se expuso en el capítulo 1 de esta tesis, la teoría de la atribución de Weiner es, fundamentalmente, un modelo de motivación y emoción humano basado en la asunción de que los individuos buscan la comprensión causal de los eventos cotidianos (Weiner, 1985, 1986, 1993, 1995). El encuentro con una persona con problemas de salud mental es un evento que resulta ser la señal de este tipo de reacción emocional. ¿Cómo comprenden las personas las etiquetas o las conductas de una persona con problemas de salud mental? ¿Qué tipo de emociones y conductas producen estas atribuciones? El tema central de las investigaciones acerca de la atribución es identificar los constructos que conducen a atribuciones causales como las de responsabilidad y estabilidad.

Tabla 4.3

*Dimensiones de las Actitudes identificadas en varios estudios sobre la comprensión pública sobre las enfermedades*

<b>Dimensión</b>	<b>Definición</b>	<b>Estudio</b>
Severidad	Grado en que la enfermedad afecta la calidad de vida	Kerrick, (1969) D'Andrade et al., (1972) Crandall y Moriarty, (1995)
Contagio	Si la enfermedad puede pasarse a otras personas y si la persona necesita ser cuidada para no transmitirla	D'Andrade et al., (1972)
Niño/Adulto	Si la enfermedad es característica de niños o adultos	D'Andrade et al., (1972)
Evitable/Responsable/ Controlable	Un grupo de dimensiones que representa responsabilidad de la persona de hacer frente a la enfermedad	Kerrick, (1969) Turk et al., (1986) Long, (1990)
Estable	Si la enfermedad cambiaría con el tiempo y es susceptible de tratamiento	Turk et al., (1986)
Físico/ Psicológico- Conductual	Si la enfermedad es principalmente física (cáncer, cardíaca) o mental	Schmelkin et al., (1988) Bishop, (1987)
Moralmente repugnante	Esta discriminación refleja la noción histórica de que esta enfermedad es un castigo por pecados pasados o actuales	Crandall y Moriarty, (1995) Long, (1990)

Adaptado de Weiner (1985) (extraído de Corrigan, 2000)



La investigación realizada por Weiner (1985), ha demostrado ser útil para responder a cuestiones importantes sobre la motivación humana: la estabilidad, la controlabilidad o la responsabilidad sobre las causas. La dimensión de estabilidad hace referencia a la naturaleza temporal de la causa. Las atribuciones causales tienen más peso cuando son vistas como estables e inmutables, antes que inestables y fluctuantes. Este tipo de atribución disminuye las conductas prosociales, de ayuda (se puede pensar: ¿Para qué voy a gastar mi tiempo en ayudarlo, si nunca mejorará?). Por ejemplo, cuando la esquizofrenia era vista como estable se pensaba que la recuperación era imposible, motivo por el que los tratamientos se limitaban al manejo de los síntomas y no se luchaba por la inclusión y participación social de estas personas en la comunidad.

La dimensión de controlabilidad hace referencia al grado de influencia volitiva que un individuo ejerce sobre una causa (Weiner, 1985, 1993, 1995). A los seres humanos se les atribuye responsabilidad y culpabilidad de los eventos que son vistos como controlables a nivel personal. Por ejemplo, un juez castigará más duramente al conductor que ha tenido un accidente mientras conducía hablando por teléfono que al que ha tenido el accidente por sufrir un desmayo mientras conducía. Se distingue también entre controlabilidad de inicio (si la persona es culpable de su fracaso o de haber contraído la enfermedad) y compensación de responsabilidad (si la persona está intentando hacer frente a ello). La teoría de Weiner, como se aprecia en la Figura 4.2, sugiere la asociación entre atribuciones de controlabilidad y responsabilidad y respuestas emocionales.

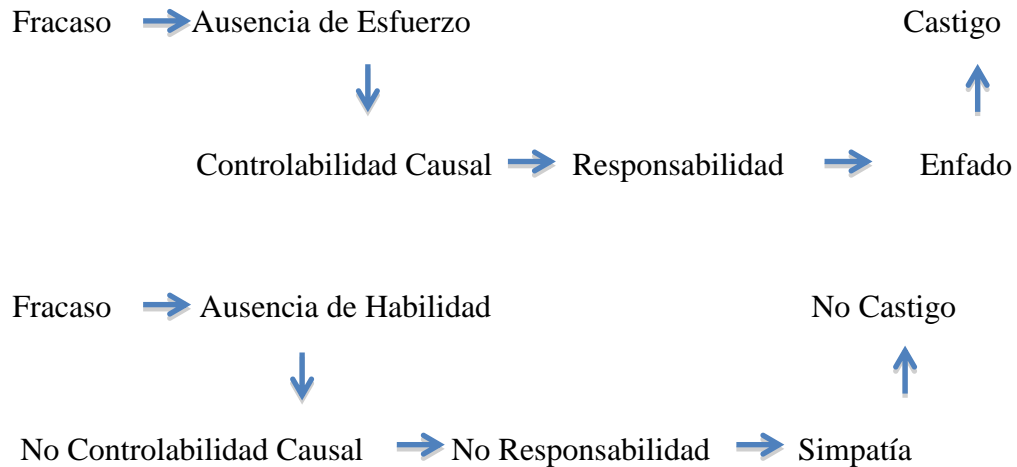


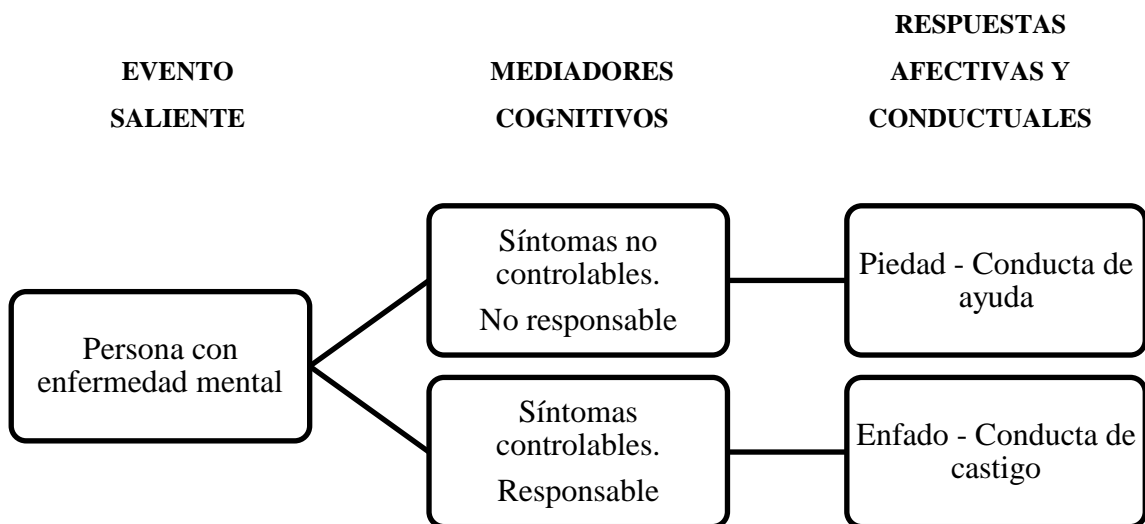
Figura 4.2. Representación mediacional del modelo de atribución causal

Fuente: Weiner (1993)

La controlabilidad es la dimensión causal más decisiva en las percepciones de responsabilidad. Uno es considerado responsable del fracaso cuando es debido a una falta de esfuerzo, pero no cuando es debido a una falta de aptitud. La responsabilidad está íntimamente relacionada con la voluntad y la libertad. Hay que diferenciar la responsabilidad de la dimensión de controlabilidad causal, pues existen situaciones en las que la causa es controlable pero la responsabilidad no va asociada, ni se puede inferir, ya que puede haber alguna justificación moral para explicar la causa del suceso, sin atribuirse a falta de responsabilidad (por ejemplo, un alumno falta al examen porque tuvo que cuidar a un familiar enfermo). Además, Weiner aclara que la controlabilidad es una propiedad causal y la responsabilidad es una inferencia acerca de una persona.

Existe evidencia que apoya la teoría de Weiner (1993), confirmando que la atribución de causalidad externa y de responsabilidad ante un evento negativo provoca una reacción emocional de enfado (Averill, 1983; Reizenstein & Hoffman, 1990) y el enfado conduce a querer excluir socialmente al responsable. Cuando el evento negativo no es controlable y tampoco se hace la atribución de responsabilidad, la reacción emocional es de simpatía y la simpatía conduce al aumento de las conductas prosociales como facilitar ayuda y a la disminución de conductas antisociales como el castigo (Eisenberg, 1986). Weiner (1993) aplica la secuencia atribucional propuesta, y esquematizada en Figura 4.2, a las reacciones

hacia las personas estigmatizadas. Weiner, Perry y Magnusson (1988) centraron su trabajo en conocer las reacciones emocionales ante las dimensiones y encontraron que las reacciones de enfado y piedad variaban en función de su controlabilidad. Como se aprecia en la Figura 4.3, las personas que son vistas con control sobre circunstancias negativas (por ejemplo, rituales obsesivos, crisis de ansiedad, depresión) son señaladas como responsables y se reacciona ante ellas con enfado o ira. Del mismo modo, las personas con problemas de salud mental que se ven a sí mismas como que tienen o deberían tener control de estas circunstancias negativas experimentan, con bastante probabilidad, sentimientos de vergüenza y de culpa. Cuando no son vistas con control sobre su circunstancia o situación negativa, los demás reaccionan ante ellas con sentimientos de piedad.



*Figura 4.3.* Modelo de causalidad que representa las relaciones entre eventos, atribuciones, afecto y respuestas conductuales. Adaptado por Corrigan (2000) del trabajo de Weiner (1985, 1988, 1995).

A continuación, en la Figura 4.4, se presentan algunos de los estereotipos o respuestas evaluativas cognitivas de la actitud hacia las personas con problemas de salud mental recogidas por Corrigan (2004), junto con las respuestas afectivas y las respuestas conativo-conductuales que con más frecuencia encuentran los investigadores del estigma público de la enfermedad mental.

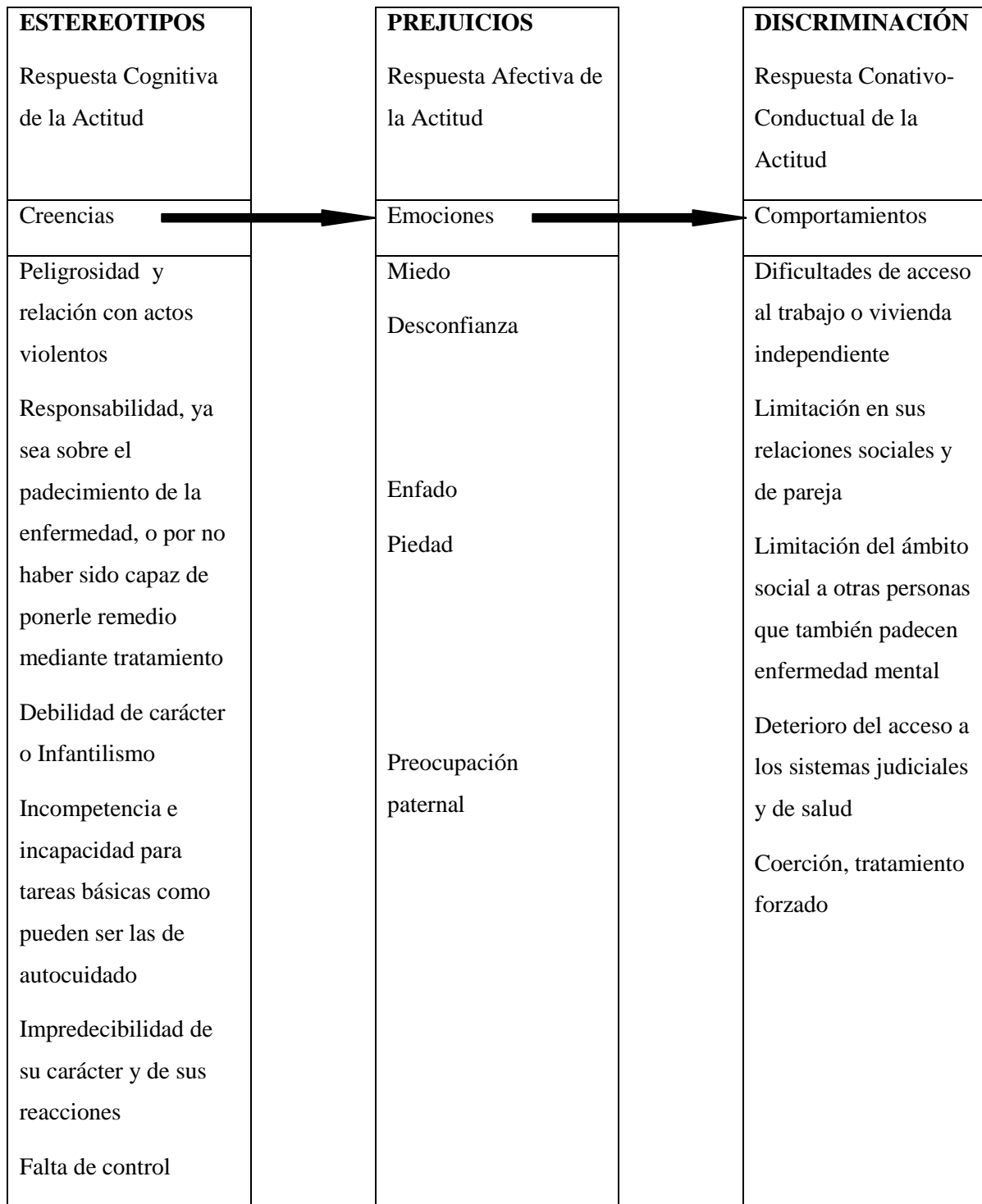


Figura 4.4. Componentes del Estigma Público

Fuente: Corrigan, (2004)

### 4.3 MODELO SOCIO-COGNITIVO DEL ESTIGMA APLICADO A POBLACIÓN ADOLESCENTE

Los estudios sobre el estigma de los problemas de salud mental han tomado prestados los modelos teóricos que utiliza la psicología social básica para explicar los prejuicios y la discriminación hacia los grupos minoritarios y la ha aplicado en el campo de la investigación sobre la comprensión del proceso de estigmatización en adultos hacia personas con problemas de salud mental y la creación de programas de intervención para erradicar este estigma que causa más deterioro cognitivo y social en las personas que los propios síntomas de su enfermedad. El reto, ahora, es adaptar estos modelos teóricos y sus instrumentos de medida para que puedan ser aplicados en población infanto-juvenil.

Link et al. (2004) dejaron constancia, en su revisión de la literatura sobre los estudios del estigma hacia la enfermedad mental, de la escasa investigación (el 4% del total de publicaciones revisadas) existente sobre el proceso de estigmatización en niños y adolescentes, acerca de cómo y a qué edad se adquieren estas actitudes negativas hacia las personas con problemas de salud mental o sobre las consecuencias derivadas de la estigmatización en los adolescentes con problemas de salud mental. En el estudio bibliométrico (período de 2003 a 2014) realizado para llevar a cabo esta tesis, y que se presenta en el capítulo 3, se han encontrado recientes estudios desarrollados a través de programas de intervención anti-estigma, educación y sensibilización sobre la salud mental, entre otros: en Australia, un programa con participantes de 9 a 12 años (Ventieri et al., 2011) y el programa *Smiles* con participantes de 5 a 15 años (Pitman & Matthey, 2004); en Canadá, un programa de sensibilización con adolescentes de 13 a 18 años (O'Mara et al., 2009); en Italia, un programa de concienciación y educación sobre problemas mentales con adolescentes de 16-18 años (Del Casale, Manfredi, Kotzalidis & Serata, 2013); en España, programa *Lo hablamos*, con adolescentes de 14 a 16 años (Bono et al., 2012); en Reino Unido con niños de 12 y 13 años (Chisholm, Patterson, Torgerson, Turner & Birchwood, 2012) y con estudiantes de secundaria (Pinfold, Toulmin, Thornicroft, Huxley, Farmer & Graham, 2003); y en Estados Unidos, un programa con adolescentes de 12 a 19 años (Corrigan, Lurie, Goldman, Slopen, Medasani & Phelan, 2005).

De los instrumentos utilizados con mayor frecuencia en población adolescente, destaca el Cuestionario de Atribución AQ-r (Corrigan et al., 2005, 2007; O'Mara et al., 2009; Pinto et al., 2011, 2013; Spagnolo et al., 2008; Watson et al. 2004). De este cuestionario se hará una exposición más detallada en el epígrafe dedicado a los instrumentos de medida utilizados en el estudio empírico de la tesis, capítulo 5.

Es importante destacar que el hecho de que el modelo socio-cognitivo del estigma de Corrigan, y su instrumento de medida el Cuestionario de Atribución r-AQ, haya demostrado su utilidad y sea, a nivel mundial, el más utilizado en población infanto-juvenil, es el principal criterio seguido para su selección y aplicación como marco teórico en el desarrollo de este proyecto de investigación, cuyo fin prioritario es la evaluación del estigma hacia los pares con problemas de salud mental en población adolescente.

#### **4.3.1 Otras Aportaciones de la Teoría de la Atribución al Estudio del Estigma**

Weiner, Perry y Magnusson (1988) examinaron las relaciones entre el estigma, la responsabilidad percibida, las emociones de enfado y simpatía y los informes sobre intención de conducta. Llevaron a cabo esta investigación con diez categorías estigmatizadas (SIDA, alzheimer, obesidad, ceguera, cáncer, pederastia, drogadicción, paraplejia, síndrome de Vietnam y cardiopatía). Se evaluó la responsabilidad sobre estas diez condiciones, las reacciones afectivas de enfado y de simpatía (piedad) y las conductas de ayuda relacionadas como donaciones caritativas y voluntad personal de ayuda. Los resultados indicaron que seis de los estigmas fueron percibidos con baja responsabilidad personal (alzheimer, ceguera, cáncer, cardiopatías, paraplejia y síndrome de Vietnam), el resto fueron evaluados con un grado elevado de responsabilidad. Las personas estigmatizadas por problemas físicos, no eran consideradas responsables de su situación porque se atribuye una causa incontrolable. Sin embargo, las personas estigmatizadas por problemas mentales o conductuales sí son consideradas responsables de su condición por atribuirse una causa controlable.

Las personas consideradas no responsables de su estigma gustan más y provocan reacciones de piedad, suscitando en los demás una mayor frecuencia de intención (o voluntad) de ayuda. Las personas que eran consideradas responsables de su estigma gustaban menos y generaban reacciones emocionales de enfado y menos voluntad de ayuda.

Según Weiner (1993), estas asociaciones entre estigma, inferencias de responsabilidad, reacciones afectivas e intenciones de conducta proporcionan evidencia empírica que sugiere la estructura teórica y la clasificación de las variables mediadoras entre un evento o estado y la reacción conductual elicitada. En esta investigación, el autor expone que la conducta de ayuda estaba asociada a la reacción emocional, antes que con la responsabilidad percibida o la fuente del estigma. También comenta que el grado de responsabilidad, las reacciones afectivas y las intenciones de conducta pueden ser alteradas introduciendo información específica causal. Por ejemplo, en el caso del SIDA, si se añade la información de que se produjo por una transfusión de sangre, entonces, esta enfermedad pasa de controlable a incontrolable.

Como sucede en la evaluación de un logro, las reacciones ante las personas estigmatizadas están en parte basadas en principios morales, por un lado, las personas con estigmas controlables son consideradas responsables de su condición y fracasos morales y este juicio da lugar a reacciones emocionales negativas y a sus correspondientes intenciones conductuales; por otro lado, las personas estigmatizadas con “marcas” no controlables no son consideradas responsables de su condición, sino víctimas inocentes, en palabras de Weiner, y generan reacciones emocionales de altruismo y conductas de ayuda.

Comenta Weiner que existen estudios que han documentado el papel jugado por las percepciones de responsabilidad en la conducta de ayuda (Betancourt, 1990; Reizenzein, 1986). Schmidt y Weiner (1988), llevaron a cabo una investigación en la que se presentaban a los participantes una serie de viñetas en las que se describía a alguien que necesitaba que se le prestaran los apuntes. En una viñeta el personaje solicitaba el préstamo porque había estado en la playa (controlabilidad causal); en otra viñeta, el favor era pedido por un problema en los ojos (no controlabilidad causal). Los participantes respondían acerca de su reacción emocional de enfado o

simpatía y sobre la probabilidad de que ellos dejaran sus apuntes a esas personas. En esta investigación se evaluaron los tres hipotéticos factores que intervienen entre el inicio del estímulo y la acción: percepción causal, inferencias de responsabilidad y reacciones emocionales. El estudio empírico reveló que la controlabilidad correlaciona positivamente con la responsabilidad y el enfado y negativamente con la simpatía. El enfado correlaciona con la ausencia de intento de ayuda, y la simpatía con alto índice en intención de ayuda. El análisis estadístico de los resultados proporcionó soporte para la secuencia de atribución, afecto y acción en la que el afecto y no los pensamientos influyen directamente en las intenciones de conducta de ayuda.

Respecto a la conducta de rechazo hacia los compañeros, Weiner (1993) expone que existen estudios que demuestran que los niños impopulares tienden a ser agresivos, poco atractivos o introvertidos (aislados socialmente). Juvonen (1991) argumenta que el rechazo a los compañeros viene determinado por las reacciones de los pares a las características desviadas, y, en concreto, a sus creencias acerca de la responsabilidad. En su estudio, los participantes de sexto grado, en función de cómo evaluaban la responsabilidad de la desviación de los compañeros, reaccionaban emocionalmente de forma positiva (simpatía y piedad) o negativa (enfado e irritación) y les daban un tipo u otro de apoyo social. Ante los pares percibidos como responsables de su desviación (fanfarrones, conductas disruptivas, hiperactivas) se elicitaba el enfado y el disgusto; y, ante los que presentan timidez o alteraciones físicas (epilepsia, entre otras) y son percibidos como menos responsables de sus problemas, se elicitaba simpatía y menor enfado. Los datos obtenidos por Juvonen van en la línea de lo expuesto por Weiner (1993):

- A mayor responsabilidad percibida, menor simpatía y mayor enfado.
- A más simpatía, mayor probabilidad de recibir apoyo y menor probabilidad de ser rechazado por los otros.
- A mayor enfado, mayor probabilidad de ser rechazado y menor probabilidad de obtener apoyo social.

Weiner (1993) concluye que, finalmente, es la reacción emocional, el afecto y no la inferencia de responsabilidad, la que va asociada directamente con la conducta



de apoyo o de rechazo social; también que la intensidad de las reacciones emocionales están mediadas por factores como la importancia que la persona le concede al evento y circunstancias que se valoran.

La desesperanza es otra reacción emocional y un factor muy importante a tener en cuenta en el proceso de recuperación de la salud mental. La estabilidad causal influye en las expectativas respecto del éxito y el fracaso futuros. La desesperanza es una reacción emocional provocada por la atribución de un resultado negativo a causas estables (Weiner et al., 1988). Cuando el futuro se prevé tan negro como el pasado, entonces surge la desesperanza. Las personas pueden renunciar a la búsqueda de apoyo, pueden renunciar a luchar por la solución de sus problemas y por la recuperación de su salud. En los demás, este tipo de atribución a causas estables, genera reacciones de pena o piedad, por ejemplo, genera un mayor sentimiento de piedad un desprendimiento de retina que dejará invidente a la persona para siempre, que un problema ocular temporal. Estos sentimientos pueden favorecer en los perceptores conductas prosociales. Por otro lado, cuando se percibe que un comportamiento controlable, como la falta de esfuerzo en el trabajo, es atribuido a una causa estable, como un rasgo de personalidad, por ejemplo, una persona que es despreocupada o apática, genera una reacción emocional de mayor enfado que cuando se atribuye a una causa inestable, por ejemplo, que no se esfuerza en su trabajo durante unos días por algún motivo que cesará. El enfado conducirá a conductas de rechazo o evitación social (Weiner, Graham & Chandler, 1982).

#### **4.3.2 Adaptación del Modelo Teórico e Instrumento de Medida del Estigma en Población Adolescente**

Ante la escasa investigación existente en el campo de estudio del estigma en niños y adolescentes, a nivel mundial, y siendo considerada esta población como objetivo prioritario en la lucha contra el estigma, Corrigan y su equipo han querido estudiar, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo de los procesos cognitivos de niños y adolescentes de 10 a 13 años, si se podría intervenir e influenciar sobre la adquisición y mantenimiento de sus actitudes hacia las personas con problemas de salud mental para evitar o frenar el proceso de estigmatización.

El primer paso para llevar a cabo su estudio, fue la construcción de un instrumento de medida del estigma. Basándose en el cuestionario de atribución AQ-27, elaborado y validado para adultos por Corrigan (Corrigan et al., 2003), se llevó a cabo una revisión de este cuestionario para aplicarlo en población infanto-juvenil (Corrigan et al., 2007). El AQ-r es una medida del estigma de la enfermedad mental que fue desarrollada dentro del modelo socio-cognitivo de Corrigan que postula que las personas responden a las condiciones de salud mental de los otros de forma negativa si ellos creen que el individuo tiene un alto grado de responsabilidad y control sobre sus condiciones de salud. Las reacciones negativas consisten en enfado, conductas de evitación y la resistencia a ayudar. Por otro lado, cuando se cree que las personas con problemas de salud mental tienen poca responsabilidad o bajo control sobre su estado de salud, los demás responderán de una manera más positiva hacia ellos. Las personas con estas creencias a menudo reaccionan con compasión y ofrecen ayuda a los que tienen una enfermedad mental.

En el proceso de adaptación del cuestionario AQ-27, se hicieron dos cambios importantes: se introdujo una nueva viñeta en la que se presenta, brevemente, a un chico que llega nuevo a clase y se sabe de él que tiene una enfermedad mental y que viene de un colegio especial; el segundo cambio consistió en una importante reducción de ítems, se pasó de los 27 ítems del AQ-27 a los 8 ítems del AQ-r. Cada uno de estos 8 ítems mide un factor: responsabilidad, piedad, enfado, ayuda, exclusión, peligrosidad, miedo y evitación. Con la aplicación de esta nueva versión del Cuestionario de Atribución AQ-r (Corrigan et al., 2007), se sometieron a prueba los dos modelos de actitudes estigmatizadoras (estudiados y confirmada su utilidad en población adulta), en una muestra de 1.391 participantes de entre 10 y 13 años de edad matriculados en 23 centros educativos de 16 estados diferentes, y se tuvieron en cuenta, como variables exógenas, las variables demográficas de género, grado escolar y etnicidad para comprobar si existían relaciones significativas con las premisas del modelo socio-cognitivo. La muestra quedó dividida en función de las variables de la etnicidad (blancos, afroamericanos, hispanico y otros), del género (725 chicas y 666 chicos) y del grado escolar (alumnado de 6º grado: 14,5%; 7º grado: 29,6%; y 8º grado: 29,6%).

Se trataba de un estudio piloto para examinar el impacto de un programa educativo de Ciencias de la Salud Mental, desarrollado para proporcionar a los alumnos conocimientos sobre el tema y disminuir el nivel de estigma hacia los compañeros con problemas de salud mental. Se llevó a cabo una selección de 14 profesores que fueron entrenados para aprender este programa de educativo y participar en el estudio de campo.

Refiere Corrigan (Corrigan et al., 2007) que algunos investigadores han argumentado que el estigma, los prejuicios y la discriminación podrían implicar diferentes procesos en los niños debido a su desarrollo cognitivo limitado. Según varios estudios (Aboud, 1988), los niños más pequeños ya tienen prejuicios, por ejemplo, los niños blancos piensan que su grupo es el bueno y el de los negros es el malo. Según la evidencia aportada por la investigación del estigma étnico, se sugiere que los niños de 3 años son sensibles a las señales que diferencian unos grupos de otros y son capaces de discriminar entre negros y blancos, asignar etiquetas raciales e identificar el grupo al que ellos pertenecen, todo ello sin ser conscientes de los conceptos raciales ni de los estereotipos asociados. Otro dato a tener en cuenta, es que las relaciones encontradas entre prejuicios y edad no se desarrollan con una progresión ascendente lineal; se ha observado que los prejuicios van disminuyendo desde los 5 a los 7 años. A la edad de 5 años los niños ya tienen conocimiento de los estereotipos de los miembros del exogrupo e informan si creen o no en ellos. A la edad de 7 años los niños muestran el mismo nivel de conocimiento sobre los estereotipos pero más bajo nivel de prejuicios (Aboud, 2003; Agoustinos & Rosewarne, 2001).

Corrigan et al. (2007) exponen las conclusiones de los estudios de Aboud (1993, 2003) que apoyan sus premisas socio-cognitivas en esta investigación sobre la aplicación de su modelo teórico del estigma en población infanto-juvenil. La autora ha mostrado que las limitaciones del procesamiento cognitivo puede producir más discriminación en niños de preescolar y guarderías que en niños más mayores y en adultos. Sin embargo, en los niños de 10 a 13 años, las diferencias cognitivas relevantes al estigma con respecto a los adultos parecen disminuir.

Los dos modelos de actitudes estigmatizadoras evaluados (A y B) se presentan en la Figura 4.5; se contemplan las variables demográficas (etnicidad, grado escolar y género) como variables exógenas:

- A. Las personas con enfermedad mental grave son responsables de sus síntomas o discapacidades.
- B. Las personas con enfermedad mental grave son peligrosas y deben ser evitadas.

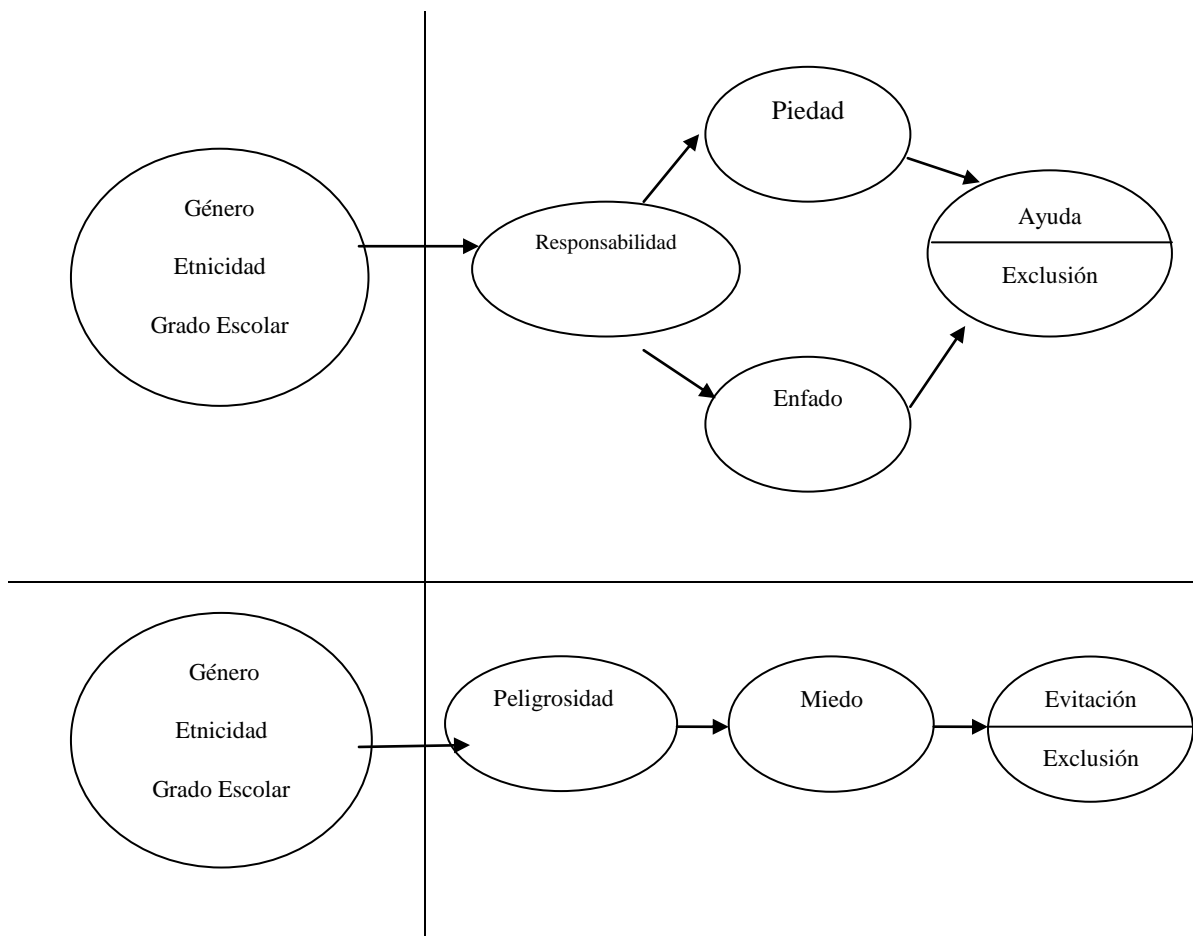


Figura 4.5. Modelo de atribución y reacciones estigmatizadoras

Fuente: Corrigan et al. (2007)

El primer modelo (A) representa las relaciones entre las atribuciones de responsabilidad y las dos reacciones emocionales que se generan ante la aplicación o no de dicha atribución: la compasión y el enfado. La reacción emocional de la compasión se produce cuando la atribución es de no responsabilidad, la persona no tiene la culpa de tener un problema de salud mental. Esta reacción emocional de

compasión conduciría a un comportamiento pro-social de ayuda a dicha persona. Sin embargo, cuando se responsabiliza a la persona de su enfermedad se produce una reacción de enfado que puede conllevar un comportamiento de castigo y de aislamiento social.

El segundo modelo (B) representa la atribución de peligrosidad, que genera la reacción emocional de miedo. Ante el miedo aparecen dos posibles conductas discriminatorias: la evitación o la segregación.

Respecto al primer modelo, el de atribución de responsabilidad, Corrigan y sus colaboradores (2007), basándose en la teoría de atribución causal de Weiner (1995), explican las relaciones entre actitudes estigmatizadoras y las conductas discriminatorias: ante la atribución personal de responsabilidad sobre un acontecimiento negativo (por ejemplo, se piensa: 'Esta persona ha provocado su propia locura, es responsable o culpable de lo que le ha sucedido'), se reacciona con una respuesta evaluativa afectiva de enfado ('Estoy cansado de tanta irresponsabilidad'), de disminución de la conducta de ayuda ('El se lo ha buscado, no pienso ayudarle') y un aumento de la conducta de castigo ('Debería estar en un hospital psiquiátrico').

Sin embargo, cuando no se atribuye responsabilidad sobre el evento perjudicial o negativo (por ejemplo, se piensa: 'No puede ayudarse a sí misma; está mentalmente enferma'), las personas suelen dar una respuesta evaluativa afectiva de piedad ('Siento pena al ver a esta pobre mujer completamente agotada por su enfermedad mental') y una respuesta conativo-conductual de deseo de ayudarle ('Le alquilaré una habitación hasta que se ponga bien'). Este modelo de atribución ha sido validado en varias muestras (Dooley, 1995; Graham, Weiner & Zucker, 1997; Menec & Perry, 1998; Reizenzein, 1986; Zucker & Weiner, 1993) incluyendo los que hacen referencia al estigma de la enfermedad mental (Corrigan et al., 2002; Corrigan et al., 2003).

En esta investigación, Corrigan et al., (2007) comprobaron si los modelos cognitivos de atribuciones de responsabilidad y percepciones de peligrosidad variaban de acuerdo con el desarrollo cognitivo de los niños. Los resultados sugieren que los modelos de peligrosidad y responsabilidad son relevantes en el modo de estigmatizar la enfermedad mental en chicos y chicas de 10 a 13 años. Sin embargo,

los datos obtenidos no indican relaciones significativas entre las variables demográficas y los factores del estigma en el estudio realizado (Corrigan et al., 2007), a pesar de que existían datos empíricos previos que justificaban su inclusión en el diseño de la investigación: como la investigación de Farina (1981), en la que el autor concluye que las mujeres muestran una tendencia significativamente inferior a aprobar el estigma de la enfermedad mental que los hombres; como la investigación de Corrigan, Backs, Green, Diwan y Penn (2001), en la que las personas negras comparadas con la mayoría blanca, mostraron menor probabilidad de culpar a los que tenían problemas de salud mental, mayor probabilidad de simpatizar con ellos y menor probabilidad de evitarlos en situaciones sociales.

Otras conclusiones de este estudio consistentes con las aseveraciones de la teoría de la atribución de Weiner (1995) es que los participantes que perciben a sus pares como responsables de su enfermedad mental expresan más enfado y menos compasión o piedad hacia ellos. Además, se muestran menos probabilidades de mostrar conductas prosociales y piensan que deben estar encerrados en centros hospitalarios. Por otra parte, los participantes que perciben a sus pares con problemas de salud mental como peligrosos, muestran una mayor probabilidad de sentir miedo e intentar evitarlo. Corrigan et al., (2007) concluyen que este estudio confirma que el modelo socio-cognitivo sobre los procesos de estigmatización utilizado con adultos puede ser aplicado al alumnado de 6º a 8º grado y resalta la importancia de esta confirmación para el desarrollo de programas de lucha contra el estigma. Contando con una mayor comprensión de los procesos que subyacen a las conductas de discriminación y exclusión que los adolescentes dirigen hacia sus iguales con problemas de salud mental, se pueden elaborar estrategias que favorezcan tanto la calidad como la cantidad de las interacciones entre el alumnado con y sin problemas de salud mental. Pues, no hay que olvidar las sugerencias realizadas por autores como Aboud (Aboud & Doyle, 1996; Aboud & Fenwick, 1999) sobre la importancia del papel de los pares: pueden ser los mejores recursos para la lucha contra el estigma porque ellos son probablemente menos proclives a censurar opiniones sobre tópicos y porque el estilo cognitivo de comunicación está automáticamente al nivel de los compañeros de su misma edad.

Este modelo socio-cognitivo ha sido sometido a estudio por otros autores (Pinto et al., 2012; Watson et al., 2004), aplicando el Cuestionario de Atribución (AQ-r) modificado a participantes adolescentes de edades comprendidas entre 13 y 18 años y con resultados positivos que confirman su utilidad en población adolescente. En el Análisis Factorial Exploratorio quedaron identificadas las reacciones emocionales negativas hacia las personas con problemas de salud mental que forman parte del proceso del estigma. El Análisis Factorial Confirmatorio estableció la validez y estructura factorial y la fiabilidad y consistencia interna del cuestionario fueron aceptables. Pinto et al. (2012) han comprobado en esta investigación que el Cuestionario AQ-r (Watson et al., 2004) es válido y fiable para medir las reacciones emocionales hacia las personas con problemas de salud mental. En el estudio empírico de esta tesis se ha aplicado el Cuestionario de Corrigan AQ-r junto con una escala de evaluación del estigma elaborada para el desarrollo de esta tesis, la Escala 3E (Martínez, 2014), para comprobar la utilidad de este modelo socio-cognitivo en población adolescente y con el objetivo de detectar los factores mediadores que intervienen en los procesos de estigmatización y en las conductas discriminativas hacia los compañeros con problemas de salud mental en adolescentes de 12 a 16 años. En el capítulo 5, se exponen los objetivos de la investigación y la metodología e instrumentos de medida utilizados.

En definitiva, el modelo sociocognitivo del estigma público de la enfermedad mental desarrollado por Corrigan propone que las conductas discriminativas o prosociales vienen determinadas directamente por las reacciones emocionales elicítadas en función de las atribuciones de peligrosidad o de responsabilidad o ausencia de ellas sobre las personas con enfermedad mental grave.

¿Podrá aplicarse este modelo al estigma dirigido hacia adolescentes con cualquier tipo de problema psicológico como los trastornos de ansiedad o la depresión? ¿Existirá una relación significativa entre reacciones emocionales e intención de conducta ante los pares con problemas psicológicos?

Las hipótesis planteadas al iniciar esta investigación, se centran en torno a la existencia de este estigma en adolescentes, independientemente de la gravedad o curso del problema de salud mental. Además, también se supone que el nivel de estigma puede variar en función de la edad, del género y de la familiaridad con el

tema (si tiene o ha tenido problemas psicológicos, si había estado o está en tratamiento, si conoce a algún familiar o amigo con problemas de salud mental). También cabe esperar en los adolescentes una relación significativa entre sus reacciones emocionales y sus intenciones de conducta. Por otra parte, los adolescentes con problemas de ansiedad, depresión o baja autoestima (problemas con una alta prevalencia en población adolescente) evitarán el reconocimiento de tener estas dificultades, ante la anticipación del rechazo de sus pares. Este es uno de los factores más importantes respecto a las graves consecuencias del estigma, dado que el temor a ser excluido del grupo de iguales, en especial, en esta etapa de la vida, puede impedir el diagnóstico temprano y el tratamiento psicológico y psicofarmacológico, en caso de ser necesario, con el consecuente agravamiento de los síntomas y otras complicaciones, como el fracaso y abandono escolar.



**CAPÍTULO V**  
**ESTUDIO EMPÍRICO**



## 5.1 PLANTEAMIENTOS PREVIOS

Para llevar a cabo este proyecto de investigación, se adoptó la decisión de tomar como población objetivo, la población adolescente de 12 a 16 años de edad. El criterio seguido para la elección de participantes de Educación Secundaria fue resultado del análisis bibliométrico, realizado previo al desarrollo del estudio de campo, sobre el estigma de los problemas de salud mental en población infanto-juvenil en el período 2003/2014. En esta revisión de la literatura existente se constató que la mayor parte de los estudios de diferentes autores (Corrigan et al., 2005; Moses, 2009; O'Mara et al., 2009; Pinto et al., 2013) han tomado como población diana, la población infanto-juvenil con un margen de edades similar al de esta tesis y que, en algunos de ellos, se utilizaba como instrumento de medida del *estigma público*, el Cuestionario de Atribución r-AQ de Corrigan (2007). Otro criterio importante para elegir esta población en concreto, fue el decisivo papel que los pares ejercen en este rango de edad. Como se comentó en el capítulo 3 sobre adolescencia y salud mental, en la población adolescente, gran parte de su comportamiento adaptativo se explica por las influencias sociales que sirven de referencia al joven. Estas influencias son experiencias de aprendizaje y base del desarrollo de futuras relaciones interpersonales, del desempeño académico y de la propia autoestima una vez finalizada esta etapa. Una de las fuentes de apoyo en la adolescencia, aparte del contexto familiar y escolar y de las relaciones de pareja, es, como ya se ha dicho, la que aporta el grupo de iguales. Las relaciones con amigos y amigas facilitan la transición a través de esta etapa. El contexto social es determinante para explicar ciertos aspectos del desarrollo, siendo el apoyo social recibido y percibido una fuente importante de experiencias y aprendizaje (Musitu y Cava, 2003). En el proceso de búsqueda de sí mismos, son mayoría, los y las adolescentes que se comparan con sus pares, pasando de la euforia al decaimiento en función de cómo resulte la comparación y de si son o no aceptados y valorados por sus iguales e integrados en el grupo al que conceden más valor. Además, sienten una imperiosa necesidad de sentirse integrados en una pandilla o grupo de iguales. Los amigos permiten que

practiquen con los "yo" posibles y vayan forjando su identidad manteniendo un sentido de pertenencia a un grupo (Berger, 2007).

Por otro lado, Aboud y sus colaboradores (Aboud & Doyle, 1996; Aboud & Fenwick, 1999) establecieron la hipótesis de que los pares pueden ser los mejores recursos para la lucha contra el estigma porque el estilo cognitivo de comunicación está automáticamente al nivel de los pares de su misma edad. Es importante hacer estudios centrados en este tipo de población (Corrigan et al., 2007; Link et al., 2004; Pinto et al., 2012) porque la existencia de actitudes estigmatizadoras hacia los compañeros con problemas de salud mental podría estar agravando la sintomatología, de forma directa, a través de la discriminación y el rechazo que conducirían al aislamiento social (Dolphin & Hennessy, 2014) y, de forma indirecta, por la utilización, por parte del adolescente con problemas, del mecanismo de defensa de la ocultación que dificultaría la puesta en marcha del proceso de búsqueda de ayuda profesional y le pondría en situación de grave riesgo para la propia salud mental y el bienestar emocional y social, como ha quedado demostrado en varios estudios realizados sobre el estigma en población infantil y adolescente (Pinto et al., 2012).

Si se quiere prevenir la aparición o conseguir el cambio de actitudes discriminatorias y de acoso escolar que menoscaban el nivel de autoestima (Moses, 2009; Mukolo et al., 2010; O'Driscoll et al., 2012) y, dada la escasez de estudios existentes en referencia al estigma hacia los problemas de salud mental en población infanto-juvenil a nivel internacional y, más concretamente, en nuestro país, será necesario estudiar primero el nivel de estigma existente comprobando qué tipo de actitudes y atribuciones son las más frecuentes hacia los iguales con problemas de salud mental durante la adolescencia.

Esta investigación ha estado guiada por los supuestos del modelo socio-cognitivo del estigma público. Corrigan (2004) utilizó la *Teoría de Atribución Causal* de Weiner (1995) que aporta una explicación de las relaciones entre actitudes estigmatizantes y conducta discriminatoria a través de dos modelos de atribución: atribución de *responsabilidad* y atribución de *peligrosidad*. Este modelo prevé que, en función de si una persona hace una u otra atribución, se generarán diferentes reacciones emocionales (enfado, compasión, miedo) que, a su vez, van asociadas a una serie de conductas (castigo o penalización, evitación, segregación, ayuda). Las

atribuciones personales de responsabilidad, provocan una reacción emocional de enfado, disminuyen la frecuencia de conductas prosociales y aumentan las de castigo. Sin embargo, cuando no se realizan estas atribuciones de responsabilidad, las personas suelen reaccionar con actitudes prosociales. Ante la atribución de peligrosidad, se responde con miedo y conductas de segregación o evitación de las personas con problemas de salud mental.

Para comprobar el nivel de estigma hacia los iguales con problemas de salud mental en población española, es necesario poder medir el estigma con instrumentos adecuados al tipo de población que va a ser estudiada. Ante la ausencia de una escala que midiese este estigma construida originalmente para población infanto-juvenil española, y la necesidad de obtener datos sobre esta variable, se planteó, previo al inicio de esta tesis, el diseño de un cuestionario, la Escala de Evaluación del Estigma 3E (Martínez, 2014) que fue sometida a estudio piloto y análisis de fiabilidad y que, posteriormente, se incluyó dentro del protocolo de pruebas del estudio empírico de la tesis para tener una visión objetiva de este estigma en adolescentes de 12 a 16 años.

Es importante, a la hora de estudiar el estigma, tener en cuenta variables como edad, género, existencia de problemas de salud mental, conciencia de tener estos problemas y contacto con personas con problemas de salud mental.

En estudios realizados sobre salud mental se concede una importancia decisiva a la edad. En una investigación realizada por Stephens et al. (2000), se encontró que los adolescentes, entre 12 y 19 años, eran los que mostraban una mayor prevalencia de problemas de salud mental, previéndose, según un informe de la Comisión Europea (2004), que para el año 2020, dicha prevalencia aumentará en niños y adolescentes hasta un 50%. En esta etapa de la adolescencia aparecen ciertos problemas y, algunos de los que aparecen de forma temprana, van aumentando su frecuencia con el paso de la edad. En el estudio realizado por Bragado et al. (1995) con una muestra formada por 236 niños de 6 a 17 años, se aportan datos muy interesantes respecto a las diferencias halladas en prevalencia de ciertas patologías según las variables sexo y edad. Los análisis estadísticos realizados pusieron de manifiesto que los chicos y chicas diagnosticados con trastornos depresivos y trastornos de alimentación tenían más edad (más de 14 años) que los de otras categorías diagnósticas. Los trastornos de ansiedad presentaban una ligera tendencia

a aumentar a lo largo de la adolescencia, dado que entre los 14 y los 17 años eran más frecuentes (31%) que los conductuales (24%), los depresivos (16%) y los de alimentación (6%). Del Barrio (2010), también concluye en su investigación que los problemas de ansiedad aumentan su frecuencia con la edad, alcanzando un 27%. A partir de la pubertad, presentan una mayor incidencia en mujeres. Los trastornos psicóticos tienen una baja incidencia en la infancia (1 por 10.000), pero se incrementan de forma alarmante en la adolescencia tardía (17-18 años; 17 por 10.000) y en los varones son el doble de frecuentes que en las mujeres.

Respecto a los estudios realizados sobre estigma también se han presentado datos sobre la evolución discontinua en la manifestación de prejuicios y conductas discriminativas. Aboud (1993, 2003) ha mostrado que las relaciones encontradas entre prejuicios y edad no se desarrollan con una progresión lineal ascendente y que las limitaciones del procesamiento cognitivo pueden producir más conductas discriminativas en niños de 3 y 4 años que en niños más mayores y en adultos. Sin embargo, en los niños de 10 a 13 años, las diferencias cognitivas relevantes al estigma con respecto a los adultos parecen disminuir. Otro dato interesante es que la edad temprana respecto al inicio del problema de salud mental es un factor de riesgo para sufrir el estigma y el autoestigma (Moses 2009).

Un objetivo de la investigación es comprobar si el estigma varía en función de la edad y si es estable en las edades de los participantes del estudio empírico o sufre variaciones de una edad a otra.

En términos de género, las mujeres muestran significativamente un nivel más bajo de estigma de lo que mostraron los hombres (Farina, 1981). Existen otros estudios (Ashmore, 1990; Costa et al., 2001; Eagly & Steffen, 1986; Feingold, 1994; Shear et al., 2009) que también apoyan la existencia de diferencias de género constantes, por un lado, respecto a la tendencia a la depresión, a la ansiedad y a una mayor vulnerabilidad y, por otro, respecto a la conformidad, confianza y altruismo. Se sugiere mayor puntuación en empatía y conducta de ayuda en mujeres adolescentes (Mason et al., 2015). En cuanto a la autoestima, Garaigordobil y Durá (2006) concluyen de su estudio con adolescentes que los chicos puntúan significativamente más alto que las chicas. Estos datos resultan interesantes para la presente investigación, ya que se incluye la variable género en el estudio empírico y

uno de sus objetivos consiste en comprobar si realmente las actitudes de las chicas hacia los compañeros con problemas de salud mental son menos estigmatizantes que las de los chicos.

Es muy importante conocer el punto de vista de los adolescentes con problemas de salud mental, saber si poseen mayor o menor nivel de estigma que sus compañeros sin problemas, pues la interiorización del estigma puede conducirles al autoestigma y a sus graves consecuencias (Corrigan & Watson, 2007; Moses, 2009, 2010). Para conocer este dato se ha preguntado directamente a los adolescentes si han tenido o tienen un problema psicológico. Como problemas de salud mental, en este estudio fueron seleccionados, los problemas depresivos, de ansiedad y de autoestima negativa que han sido evaluados con instrumentos de medida estandarizados. Los dos primeros problemas fueron incluidos por ser dos de los cuadros diagnósticos que en estas edades se presentan con mayor frecuencia (Bragado et al., 1995; Bragado et al., 1999; Del Barrio, 2010). Además, se ha incluido el estudio de la autoestima negativa por ser otro de los factores que predicen la inestabilidad o desajuste emocional en la adolescencia. Wessman y Ricks (1966) relacionan la baja autoestima con la presencia de depresión y ansiedad. Laespada et al. (2004) señalan que una baja autoestima se halla en la base de las conductas desviadas. Garaigordobil y Durá (2006), en un estudio con adolescentes de 14 a 17 años de edad sugieren que los participantes que obtienen altas puntuaciones en autoestima tienen mayor probabilidad de mostrar conductas cooperativas, estabilidad emocional y ausencia de síntomas psicopatológicos ansioso-depresivos. Contando con estos datos, es interesante comprobar si los adolescentes con ansiedad, depresión y/o autoestima negativa muestran un nivel de estigma menor y, por ende, una disposición a mostrar con mayor frecuencia reacciones prosociales ante los compañeros con problemas psicológicos, tal y como concluyeron Angermeyer y Matschinger (1996) en su estudio. Sin embargo, en el estudio llevado a cabo por Cardenal y Fierro (2003), con una muestra de 175 adolescentes, los resultados son paradójicos pues se obtiene una correlación negativa entre autoestima positiva y conducta de ayuda. Por otro lado, y, con respecto a la variable género, existen estudios que sugieren que como la depresión es más común en las mujeres durante la adolescencia, es posible que estén más influenciadas por la familiaridad con los síntomas depresivos, por lo que pueden reaccionar de un modo menos discriminativo

y estigmatizante ante sus pares con estos problemas (Dooley et al., 2012; Hankin et al., 1998; Nolen-Hoeksema et al., 1994; Yap et al., 2013). Existen estudios que confirman que los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) son más frecuentes entre las mujeres, en especial, durante la adolescencia y que el riesgo de depresión (Bragado et al., 1999) se incrementa con la edad. Los problemas de ansiedad también aumentan su frecuencia con la edad, alcanzando un 27% (Del Barrio, 2010).

Uno de los objetivos de la investigación es comprobar la prevalencia de sintomatología ansiosa, depresiva y autoestima negativa en población general adolescente en función del género y si tener estos problemas influye en el nivel de estigma hacia los pares con problemas de salud mental.

La conciencia de los problemas de salud mental, denominada en el ámbito psiquiátrico como *insight*, comprende, en su acepción más amplia, la percepción y aceptación de los trastornos y sus síntomas, sus consecuencias y la actitud hacia el tratamiento y su cumplimiento (Lysaker & Buck, 2007). Existen estudios que sugieren que cuando las personas con problemas de salud mental son conscientes de ello, puede aumentar el nivel de autoestigma, desesperanza y depresión (Lysaker et al., 2007). A veces, los adolescentes se muestran reacios a etiquetarse a sí mismos como personas con problemas de salud mental, ya sea porque les resulta difícil distinguir entre conductas o ideas fruto de un cuadro clínico significativo o fruto de una fase temporal sin mayor importancia propia de la edad, ya sea como un modo de protegerse de las reacciones negativas de los pares y otras personas de su entorno. En un estudio realizado por Moses (2009), sólo el 20% de los adolescentes diagnosticados se reconocían como personas con problemas de salud mental (Moses, 2009). En algunos estudios se sugiere que la conciencia de enfermedad se asocia al estigma y a la negativa a buscar ayuda profesional (Jackson, 2007, 2012). Por este motivo, es importante conocer si, realmente, los adolescentes son o no son conscientes de si tienen síntomas clínicos por los que deberían pedir ayuda al psicólogo, y por ello, se ha incluido el estudio de esta variable en la investigación. Se supone que habrá un alto porcentaje de adolescentes que, dadas las características de personalidad (autosuficiencia defensiva), no sean conscientes de sus problemas.

Según la hipótesis de contacto de Allport (1963), descrita en el capítulo 1, el contacto social con personas del grupo estigmatizado facilita la normalización de los



problemas psicológicos y reduce las actitudes estigmatizadoras hacia las personas que los presentan. Una reciente investigación sobre el estigma de la depresión entre los jóvenes (de 15 a 24 años) indicó que el contacto con los trastornos mentales en la familia o amigos está vinculado a niveles más bajos de estigma y menor deseo de distancia social (Yap, Reavley, Mackinnon & Jorm, 2013). También, Angermeyer y Matschinger (1996) demostraron en su estudio, por un lado, que quienes tenían relación con personas que presentaban algún problema de salud mental tenían menos estigma y mostraban reacciones prosociales más frecuentemente que aquellas que no habían mantenido contacto alguno y, por otro, que, como esperaban, la disposición a reaccionar de manera prosocial aumentaba en proporción a la intensidad de la exposición a los problemas de salud mental (no era lo mismo haber tenido o tener el problema que tener un familiar en casa o un conocido con problemas).

En la presente investigación, se ha contemplado también esta variable, de modo que se pueda comprobar que el grado de familiaridad también en población española adolescente influye en la disminución del estigma hacia los problemas de salud mental en general.

Dado que, en estudios recientes, se sugiere que los adolescentes estigmatizan los problemas de salud mental (Angermeyer & Matschinger, 1996; Chandra & Minkovitz, 2006, 2007; Mukolo et al., 2010) e interiorizan dicho estigma (autoestigma) haciendo suyas las creencias y prejuicios del estigma social percibido (Corrigan & Watson, 2007; Franke et al., 2011; Moses, 2009, 2010) y que, como se ha comentado en capítulos anteriores, existe una laguna en los conocimientos sobre el estigma hacia la salud mental en población adolescente en España, y teniendo en cuenta la importancia que desde todas las instituciones nacionales e internacionales se está concediendo a la lucha contra el estigma, la sensibilización y educación en salud mental en población infanto-juvenil, el objetivo general de esta investigación se va a centrar en el estudio del estigma hacia la salud mental en la adolescencia.

## 5.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general de este trabajo es evaluar el grado de estigma existente hacia los iguales con problemas de salud mental en población adolescente de edades comprendidas entre 12 y 16 años. Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Comprobar si el grado de estigma existente hacia los iguales con problemas de salud mental en población adolescente es igual en todas las edades (de 12 a 16 años).
2. Comprobar si el grado de estigma existente hacia los iguales con problemas de salud mental en población adolescente varía en función del género.
3. Analizar si existe correlación entre estereotipos, prejuicios y conducta discriminatoria hacia los compañeros y compañeras con problemas de salud mental.
4. Comprobar el grado de relación entre el nivel de estigma existente hacia los iguales con problemas psicológicos y el conocimiento de familiares, amigos, compañeros, conocidos o vecinos con problemas psicológicos.
5. Comprobar el grado de relación entre el estigma existente hacia los iguales con problemas psicológicos y haber estado en tratamiento psicológico previa o actualmente.
6. Estudiar si el alumnado con problemas de salud mental difiere en el grado de estigmatización con respecto al alumnado que afirma no tener problemas de salud mental.
7. Explorar la relación entre el grado de familiaridad con los problemas de salud mental y el estigma.
8. Explorar la prevalencia de problemas de ansiedad, depresión y baja autoestima.
9. Comprobar si el alumnado que puntúa alto en ansiedad y/o depresión tiene conciencia o reconoce tener un problema psicológico.

10. Estudiar si el alumnado con puntuaciones altas en ansiedad y depresión difiere en el grado de estigma con respecto al alumnado con puntuaciones bajas en ansiedad y depresión.
11. Comprobar si el alumnado con puntuaciones altas en autoestima negativa presenta un mayor grado de estigma que el alumnado con puntuaciones bajas en autoestima negativa.

## **5.3 MÉTODO**

### **5.3.1 Participantes**

La muestra definitiva del estudio estuvo formada por 1.112 participantes (576 alumnos y 536 alumnas, porcentajes de 51,8% y el 48,2% respectivamente), con edades comprendidas entre 12 y 16 años (M: 13,97 años; DT: 1,21) y matriculados en 6 Centros Educativos de la Región de Murcia (1º a 4º curso de Educación Secundaria Obligatoria, ESO). Se descartaron los casos con edad superior a 16 años, ausencia de información identificativa o/y omisión de datos en las pruebas aplicadas.

La distribución del alumnado por edades es la siguiente: 12 años (n=169), 13 años (n=303), 14 años (n=288), 15 años (n=243) y 16 años (n=109). Los participantes en el estudio provienen de centros educativos públicos (n=781; 70,2%) y concertados (n=331; 29,8%) situados en áreas urbanas (n=765; 68,8%) y rurales (n=359; 31,2%) de la región de Murcia y en su gran mayoría proceden de familias con un nivel socioeconómico medio-bajo (n=536; 48,2%) y medio (n=486; 43,7%). Tan solo un 8,1% del alumnado (n=90) procede de familias con un nivel socioeconómico medio-alto.

En la Tabla 5.1, se puede ver la distribución del alumnado por cursos y por centros educativos en los que se hallaban matriculados. Se observa que el número de alumnos en 4º de ESO es inferior al resto de cursos debido a que se han tenido que eliminar a 47 participantes de 17 y 18 años (40 alumnos de 4º de ESO y 7 alumnos de 3º de ESO) y así poder utilizar el mismo protocolo de pruebas para la muestra

completa, facilitando de este modo las comparaciones entre resultados obtenidos respetando el margen de edad establecido (de 12 a 16 años).

*Tabla 5.1*

*Número de participantes por curso y por centro educativo*

<b>Centro Educativo</b>	<b>1º ESO</b>	<b>2º ESO</b>	<b>3º ESO</b>	<b>4º ESO</b>	<b>Total</b>
Jesucristo Aparecido (Moratalla)	24	20	13	12	69
Infante D. Juan Manuel (Murcia)	18	29	19	24	90
Frc. de Goya (Molina de Segura)	55	49	50	1	155
Samaniego (Alcantarilla)	88	75	79	20	262
Sanje (Alcantarilla)	76	58	73	51	258
Ingeniero de la Cierva (Patiño)	81	64	79	54	278
Total	342	295	313	162	1.112

En la Tabla 5.2, quedan recogidas las características de los diferentes centros educativos que se han tomado como variables sociodemográficas para el presente estudio, en concreto el nivel socioeconómico de las familias (dato aportado por el propio centro educativo), tipo de centro (centro público, privado o concertado) y área en la que se encuentra ubicado (área rural o urbana).

Tabla 5.2

Centros Educativos, nivel socioeconómico, tipo de centro y área

Centro Educativo	N. Socioeconómico	Tipo de centro	Área
Jesucristo Aparecido (Moratalla)	Medio	Concertado	Rural
Infante D. Juan Manuel (Murcia)	Medio-alto	Público	Urbano
Frco. de Goya (Molina de Segura)	Medio	Público	Urbano
Samaniego (Alcantarilla)	Medio	Concertado	Urbano
Sanje (Alcantarilla)	Medio-Bajo	Público	Urbano
Ingeniero de la Cierva (Patiño)	Medio-Bajo	Público	Rural

En la Tabla 5.3, que aparece a continuación queda reflejada la distribución del alumnado en función de las nacionalidades de los padres. Como era de esperar, para casi el total de la muestra, ambos padres son de nacionalidad española (86,3% y 84,8% respectivamente). Dada la elevada diversidad de nacionalidades existentes (más de treinta), se tomó la decisión de reagruparlas siguiendo el criterio de pertenencia a un continente, tal y como aparecen en la columna *nacionalidad*.

Tabla 5.3

Nacionalidad por continentes de padres y madres

Nacionalidad	Padre		Madre	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No especifica	13	1,2	4	0,4
España	960	86,3	943	84,8
Resto de Europa	35	3,1	52	4,7
América del Sur	68	6,1	76	6,8
África	35	3,1	36	3,2
Asia	1	0,1	1	0,1
<b>Total</b>	1112	100,0	1112	100,0

En las Tablas 5.4 y 5.5, quedan reflejados los niveles de estudios de padres y madres y el tipo de trabajo al que se dedican. El 41,3% de padres y el 39,0% de madres tiene un nivel de estudios básico; en un nivel de estudios medios (Bachiller y FP/Módulo) se encuentra el 30,4% de los padres y el 33,2% de las madres. La mayor parte de los padres (42,2%) y de las madres (55,4%) tienen un trabajo semicualificado.

*Tabla 5.4*

*Nivel académico de padres y madres*

Nivel Académico	Padre		Madre	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin especificar	119	10,7	87	7,8
Básico	459	41,3	434	39,0
Bachiller	175	15,7	195	17,5
FP/Módulo	163	14,7	175	15,7
Universitario	185	16,6	211	19,0
Ninguno	11	1	10	0,9
<b>Total</b>	<b>1.112</b>	<b>100,0</b>	<b>1.112</b>	<b>100,0</b>

Tabla 5.5

*Tipo de trabajo de padres y madres*

Tipo de Trabajo	Padre		Madre	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No especifica	157	14,1	72	6,5
En paro	84	7,6	94	8,5
Estudiante	1	0,1	2	0,2
Semicualificado	469	42,2	616	55,4
Cualificado	261	23,5	207	18,6
Profesional	116	10,4	116	10,4
Otros (Jubilado, fallecido)	24	2,2	5	0,4
<b>Total</b>	<b>1.112</b>	<b>100,0</b>	<b>1.112</b>	<b>100,0</b>

### 5.3.2 Instrumentos

Se utilizaron cuatro instrumentos de medida, dos para evaluar el estigma público y otros dos para evaluar la presencia de sintomatología depresiva, de ansiedad y de autoestima negativa.

#### 5.3.2.1 Escala de Evaluación del Estigma 3E

Se trata de un instrumento de medida construido para llevar a cabo esta tesis (Martínez, 2014), siguiendo el modelo teórico cognitivo-social del estigma público hacia la enfermedad mental de Corrigan (2004). Consta de 24 ítems y de una viñeta: "*Cuando me entero que un compañero tiene problemas psicológicos(...)*"

En este cuestionario se recoge información acerca de las *respuestas evaluativas cognitivas, afectivas y conativo-conductuales* respecto a las actitudes que el alumnado de 12 a 16 años tiene frente a los compañeros con problemas de

salud mental. Es un cuestionario para medir actitudes a través de preguntas formuladas como opiniones. Se utilizó una escala de respuesta de frecuencia con cuatro niveles: nada, poco, bastante y mucho (con puntuaciones que van de 1 a 4). Este instrumento de medida fue sometido a un estudio piloto en población infanto-juvenil escolarizada en Centros Educativos de la Región de Murcia, comprobando que el modo de presentación y redacción de los ítems resultaba de fácil comprensión y cumplimentación. En la segunda fase del estudio piloto realizado con la segunda versión de la escala (24 ítems) con una muestra de 929 participantes de 4º de Educación Primaria a 2º de Bachiller, el coeficiente de fiabilidad como consistencia interna ha sido también elevado (Alfa de Cronbach 0,856), manteniéndose la buena fiabilidad que se había conseguido en la primera fase del estudio piloto con la versión inicial del cuestionario (Alfa de Cronbach 0,862) que constaba de 39 ítems (muestra de 390 participantes de 4º de Educación Primaria a 2º de Bachiller). Se realizó un análisis de la dimensionalidad con el método de Componentes Principales observando que los cinco factores obtenidos explicaban el 47,89% de la varianza total. De estos cinco factores sólo se tomaron en cuenta los tres que estaban definidos con razonable claridad. La matriz factorial no rotada apoyó la unidimensionalidad del instrumento. La matriz factorial de componentes rotados (rotación ortogonal varimax) permitió la identificación de los ítems con saturaciones más altas en cada factor, la clarificación de la estructura del instrumento y, por tanto, del constructo que se pretende medir. La Escala 3E aporta, como resultado global, el grado de estigma hacia los compañeros con problemas psicológicos y tres resultados independientes obtenidos en las tres subescalas que componen la Escala 3E (Esteretipos, Prejuicios y Discriminación) y cuya suma aporta el resultado global del grado de estigma. El rango de puntuaciones de la Escala 3E es de 24 a 96, de la Subescala Esteretipos, de 6 a 24; de la Subescala Prejuicios, de 8 a 32; y de la Subescala Discriminación, de 10 a 40.

*La subescala de Esteretipos* consta de 6 ítems. Su contenido se corresponde con la respuesta evaluativa cognitiva de la actitud más o menos favorable o más o menos desfavorable hacia los compañeros con problemas psicológicos. El contenido de los ítems, incluido en la Tabla 5.6, refleja los esteretipos más frecuentes acerca de las personas que sufren problemas psicológicos: Atribución de responsabilidad de sus problemas y que su comportamiento será difícil, imprevisible o peligroso.



Tabla 5.6

*Ítems Subescala de Estereotipos**Cuando me entero que un compañero tiene problemas psicológicos*

Ítems
1. Pienso que le ayudaré en lo que haga falta
2. Pienso que me relacionaré con él/ella igual que antes
3. Pienso que se volverá raro
4. Pienso que es difícil estar en clase con él/ella
5. Pienso que todo sigue normal, como antes de que él/ella tuviese problemas
6. Pienso que le viene bien el apoyo de sus compañeros

En sentido inverso se redactó el ítem 1 (Pienso que le ayudaré en lo que haga falta) y el ítem 6 (Pienso que le viene bien el apoyo de sus compañeros) que reflejan la respuesta cognitiva de la no atribución de responsabilidad. El compañero no es culpable de sus problemas psicológicos, es algo que le puede pasar a cualquiera y la idea de que puede necesitar ayuda, que es la respuesta esperada en función del modelo teórico que se ha seguido (Corrigan, 2004). Se redactaron otros dos ítems en sentido inverso, el ítem 5 (Pienso que todo sigue normal, como antes de que él/ella tuviese problemas) y el ítem 2 (Pienso que me relacionaré con él/ella igual que antes), reflejando que no ha cambiado la respuesta cognitiva de la actitud hacia el compañero por presentar problemas psicológicos, al no atribuirle 'peligrosidad'. El contenido del ítem 3 (Pienso que se volverá raro) y del ítem 4 (Pienso que es difícil estar en clase con él/ella) expresan la respuesta cognitiva de la actitud ante la atribución de 'peligrosidad', dificultad, rareza o imprevisibilidad del comportamiento del compañero por presentar problemas psicológicos.

*La subescala de Prejuicios* consta de 8 ítems. Para redactar estos ítems se tuvo en cuenta el criterio de que el contenido se correspondiese con la respuesta evaluativa afectiva de la actitud más o menos favorable o más o menos desfavorable hacia los compañeros con problemas psicológicos; también se tuvo en cuenta que el

contenido de los ítems, recogido en la Tabla 5.7, reflejase las reacciones emocionales más frecuentes hacia los iguales con problemas psicológicos.

*Tabla 5.7*

*Ítems Subescala de Prejuicios*

***Cuando me entero que un compañero tiene problemas psicológicos***

---

**Ítems**

---

- 7. Me siento muy tranquilo estando a su lado
  - 8. Siento confianza en él/ella
  - 9. Siento deseos de estar lejos de él/ella
  - 10. Siento ganas de ayudarle
  - 11. Siento tristeza al pensar que lo estará pasando mal
  - 12. Siento deseos de preguntarle a mi compañero/a qué le preocupa
  - 13. Siento esperanza de que se recupere pronto
  - 14. Siento deseos de estar cerca de él/ella por si me necesita
- 

Se redactaron en sentido inverso el ítem 10 (Siento ganas de ayudarle), el ítem 11 (Siento tristeza al pensar que lo estará pasando mal), el ítem 12 (Siento deseos de preguntarle a mi compañero/a qué le preocupa), el ítem 13 (Siento esperanza de que se recupere pronto) y, por último, el ítem 14 (Siento deseos de estar cerca de él/ella por si me necesita). El contenido de estos ítems refleja los sentimientos de compasión o de pena, como respuesta afectiva de la actitud ante la atribución de no responsabilidad. Ante el compañero que es visto como no responsable de sus problemas psicológicos, las reacciones afectivas que se esperan, de acuerdo con el modelo teórico seguido, son de compasión (Corrigan, 2004).

El contenido del ítem 9 (Siento deseos de estar lejos de él/ella) expresa la aprensión y el miedo como respuesta afectiva de la actitud ante la atribución de 'peligrosidad'. Y, en sentido inverso, el ítem 7 (Me siento muy tranquilo estando a su lado) y el ítem 8 (Siento confianza en él/ella) han sido redactados para expresar las

respuestas afectivas de la actitud de los compañeros ante la atribución de no 'peligrosidad'.

*La subescalade Discriminación* consta de 10 ítems. Para redactar estos ítems, recogidos en la Tabla 5.8, se tuvo en cuenta el criterio de que el contenido se correspondiese, en primer lugar, con la respuesta evaluativa conativo-conductual de la actitud más o menos favorable o más o menos desfavorable hacia los compañeros con problemas psicológicos y, en segundo, que el contenido de los ítems reflejase las respuestas conductuales más frecuentes.

Tabla 5.8

*Items Subescala de Discriminación*

***Cuando me entero que un compañero tiene problemas psicológicos***

<b>Ítems</b>
15. Me resulta difícil saber cómo comportarme con él/ella
16. Le preguntaré qué le sucede
17. Sigo mi marcha, paso de problemas
18. Le llamo por teléfono para saber cómo está
19. Le escucharé cuando me necesite
20. Me sentaré lejos de él/ella en clase
21. Le ayudo cuando me lo pida
22. Si se encuentra mal y falta a clase, iré a visitarle a su casa
23. Dejaré de contar con él/ella para hacer los trabajos de clase
24. Se lo digo a otros compañeros para apoyarle si él/ella lo necesita

El contenido del ítem 17 (Sigo mi marcha, paso de problemas) expresa el rechazo social y la exclusión como respuesta conativo-conductual de la actitud ante la atribución de responsabilidad de sus problemas psicológicos. Si los estudiantes creen que su compañero es 'culpable' de lo que le sucede, la respuesta afectiva será

con gran probabilidad de enfado y su comportamiento será despreciativo (ignorándole, no contando con él para nada) y de rechazo.

El contenido del ítem 18 (Le llamo por teléfono para hablar y saber cómo está), del ítem 19 (Le escucharé cuando me necesite), del ítem 21 (Le ayudo cuando me lo pida), del ítem 22 (Si se encuentra mal y falta a clase, iré a visitarle a su casa) y, por último, del ítem 24 (Se lo digo a otros compañeros para apoyarle si él/ella lo necesita), expresa el deseo de ayudar que es considerado, según el modelo teórico seguido para explicar el estigma, como una respuesta conativo-conductual de la actitud ante la atribución de no responsabilidad de los problemas psicológicos. Cuando el compañero no es visto como 'culpable' de lo que le pasa, la respuesta afectiva es de compasión o pena, por lo que es probable que se generen respuestas conativo-conductuales de ayuda.

El contenido del ítem 15 (Me resulta difícil saber cómo comportarme con él/ella), del ítem 20 (Me sentaré lejos de él/ella en clase) y del ítem 23 (Dejaré de contar con él/ella para hacer los trabajos de clase) expresa la evitación del compañero como respuesta conativo-conductual ante la atribución de peligrosidad, dificultad o imprevisibilidad del comportamiento del compañero por presentar problemas psicológicos. Ante el compañero que es visto 'peligroso', se genera una respuesta afectiva de aprensión o miedo y una respuesta conductual de evitación. Y, en sentido inverso, denotando ausencia de miedo y no percepción de peligrosidad, se redactó el ítem 16 (Le preguntaré qué le sucede). La Escala de Evaluación del Estigma 3E se incluye en el Anexo IV.

### 5.3.2.2 Cuestionario de Atribución r-AQ de Corrigan

Se ha utilizado, con permiso del autor, la versión adaptada al español de este cuestionario en el que, a través de 8 ítems, se miden 8 factores relacionados con las actitudes hacia los compañeros con problemas de salud mental: *responsabilidad, compasión, enfado, ayuda, exclusión, peligrosidad, miedo y evitación* (Ver Anexo V). Basándose en las premisas de la Teoría de la Atribución de Weiner (1995), Corrigan diseñó inicialmente un test de 27 ítems, el Cuestionario AQ-27 (Corrigan et al., 2003) para medir nueve factores, los ocho factores citados arriba, más el de *coerción*, factores incluidos en el modelo teórico cognitivo-social del estigma hacia

la enfermedad mental de Corrigan (2004). Después se seleccionaron 9 de los 27 ítems con mayor peso factorial para diseñar una nueva versión más breve de esta herramienta, el Cuestionario AQ-9 que fue adaptado para ser utilizado en población adolescente por Watson y sus colegas (Watson et al., 2004), obteniendo la versión del Cuestionario de Atribución r-AQ que mostró una adecuada consistencia interna en una muestra de adolescentes de Enseñanza Media (coeficiente de fiabilidad, Alfa de Cronbach 0,65; M= 22,57 y DT= 7,55). Este cuestionario consta de 9 ítems. Los 8 primeros ítems miden dos atribuciones del estigma de la enfermedad mental - peligrosidad y responsabilidad- en niños y adolescentes. El último ítem, es el ítem número 9 cuyo contenido indica la actitud de búsqueda de tratamiento psicológico.

En la presente investigación se ha aplicado la versión realizada por Corrigan et al. (2007) del Cuestionario r-AQ. En la versión en español proporcionada por el autor, este instrumento comienza con la siguiente viñeta: "*Carlos es un alumno nuevo en tu clase. Antes de su primer día de clase, tu profesora o profesor explicó que Carlos tiene una enfermedad mental y viene de una escuela especial.*"

Dicha versión del cuestionario contiene sólo 8 ítems. El cuestionario ordenado y con sólo un ítem inverso, el ítem nº 7, queda tal y como se presenta en la Tabla 5.9. Las respuestas a estos 8 ítems van en una escala de frecuencias de 9 niveles que van de No, Nada o Ninguno a Muchísimo y Sí, absolutamente. El rango de puntuaciones va de 1 a 9. La puntuación mínima es 8 y la máxima de 72.

Tabla 5.9

*Ítems del Cuestionario r-AQ*

*Carlos es un alumno nuevo en tu clase. Antes de su primer día de clase, tu profesora o profesor explicó que Carlos tiene una enfermedad mental y viene de una escuela especial.*

<b>Factores</b>	<b>Ítems</b>
Pena	1. Carlos me daría pena.
Peligrosidad	2. ¿Cómo de peligroso crees que es Carlos?
Miedo	3. ¿Cuánto miedo sentirías de Carlos?
Responsabilidad	4. Creo que Carlos tiene la culpa de la enfermedad mental.
Segregación	5. Pienso que Carlos debería estar en una clase especial para niños con problemas, no en una clase normal como la mía.
Enfado	6. ¿Cuánto enfado sentirías hacia Carlos?
Ayuda	7. ¿Qué probabilidad hay de que ayudases a Carlos con sus deberes?
Evitación	8. Intentaría mantenerme lejos de Carlos después de clase.

Corrigan et al (2007) aplicaron el cuestionario r-AQ a 1.566 estudiantes de 6° a 8° grado de 23 escuelas. En la Tabla 5.10, se presentan las medias, desviaciones típicas e intercorrelaciones del estudio de variables. Observamos que las puntuaciones medias (M) más bajas son las encontradas en la variable *Responsabilidad* (M=0,82) y *Segregación* (M=1,78). También incluimos en dicha tabla, la matriz de correlaciones entre los ocho factores. Algunas correlaciones son muy pequeñas y poco significativas como las existentes entre las variables de *Pena* y *Enfado*, o *Pena* y *Miedo*, pero tienen sentido en este análisis ya que, aunque dentro del mismo modelo, *Pena* y *Enfado* son independientes. Las variables *Pena* y *Miedo* derivan de dos modelos independientes: el modelo de responsabilidad y el modelo de peligrosidad, por lo que es lógico encontrar bajas correlaciones entre las citadas variables. Las correlaciones significativas más elevadas las encontramos en sentido inverso entre las variables de *Evitación* y *Ayuda* (-,41), *Segregación* y *Ayuda* (-,29) y *Miedo* y *Ayuda* (-,24) y, en sentido directo, entre *Evitación* y *Segregación* (.39),

Evitación y Miedo (.33), Segregación y Miedo (.32), Segregación y Enfado (.25), Miedo y Enfado (.24) y Evitación y Enfado (.23).

Tabla 5.10

Medias e Intercorrelaciones del Estudio de Variables.

Variable	M	SD	1	2	3	4	5	6	7
1. Responsabilidad	0.82	1.67	-						
2. Pena	4.91	1.83	-.16**	-					
3. Enfado	2.24	1.55	.16**	-.04	-				
4. Ayuda	5.03	1.84	-.13**	.14**	.16**	-			
5. Segregación	1.78	1.43	.16**	.11**	.25**	.29**	-		
6. Peligrosidad	2.26	1.64	.08**	.10**	.09*	.17**	.15**	-	
7. Miedo	2.32	1.64	.09**	.05	.24**	.24**	.32**	.09**	-
8. Evitación	2.84	1.74	.013**	.06**	.23**	.41**	.39**	.11**	.33**

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . Nota: la numeración de las variables no coincide con la de los ítems

Fuente: Corrigan et al., 2007

### 5.3.2.3 Cuestionario de Ansiedad

Se utilizó la adaptación española llevada a cabo por Seisdedos (TEA, 1990) del Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños (STAI-C) de Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori y Platzek (1973). Este cuestionario consta de dos escalas independientes que permiten evaluar de forma específica el factor de la ansiedad en dos modalidades: la ansiedad como estado transitorio y la ansiedad como rasgo permanente. En la presente investigación se aplicó sólo la escala independiente de autoevaluación de ansiedad-rasgo (STAIC-R). Cubre las necesidades de este estudio respecto a las edades de aplicación, ya que la adaptación española puede utilizarse con niños de 8 a 16 años y además es de fácil y rápida

aplicación. Consta de dos partes con 20 ítems cada una de ellas y dos escalas de respuestas de frecuencia con tres niveles (Algo, Nada y Mucho) valoradas de 1 a 3 puntos. En la escala Ansiedad-Rasgo, que es la que se ha utilizado en esta tesis, todos los elementos son "positivos" hacia la ansiedad. Dado que las respuestas que expresan negación de la ansiedad reciben al menos 1 punto (Respuesta: Nada), la puntuación mínima es de 20 puntos. La puntuación máxima es de 60 puntos. (Ver Anexo VIII)

Según Spielberger et al. (1973), la escala STAIC-R es útil como instrumento de discriminación experimental para detectar tendencias comportamentales neuróticas en niños escolarizados. La adaptación española que fue realizada por Seisdedos para TEA (1990) se apoyó en el trabajo llevado a cabo con anterioridad para la adaptación del cuestionario de ansiedad STAI para adultos. La prueba se aplicó a una muestra de 1.013 niños españoles de 8 a 16 años de edad y de los cursos 4º de EGB a 2º de BUP. Las medias y las desviaciones típicas para los participantes de 4º a 6º es  $M=34,41$  y  $DT= 6,34$  para chicos y para chicas  $M= 35,33$  y  $DT=6,62$ . Para los participantes de 7º a 3º de BUP la media se situó en varones  $M=35,32$  y  $DT= 6,32$  y en mujeres  $M=37,65$  y  $DT=6,70$ . El coeficiente de fiabilidad obtenido con el procedimiento de las dos mitades (pares-impares) corregido el índice con la formulación de Spearman-Brown es de 0,85.

El STAI-C es considerado a día de hoy como una prueba diagnóstica adecuada para evaluar la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en la comunidad clínica internacional. Respecto a las puntuaciones de corte que nos indican la existencia de esa propensión a la ansiedad, según algunos autores (Catrillón & Borrero, 2005), son considerados clínicamente significativos los percentiles de 85 a 100. El percentil 85 se correspondería con las puntuaciones directas: 42, para hombres y 44, para mujeres en alumnado menor de 16 años.

#### 5.3.2.4 Cuestionario de Depresión

Para evaluar la presencia de sintomatología depresiva se utilizó el Inventario de Depresión Infantil CDI de Kovacs (1992) adaptado a población española por Del Barrio y Carrasco (TEA, 2004). Su aplicación puede ser individual o colectiva y el ámbito de aplicación cubre las necesidades del estudio de esta tesis. Es de fácil y



rápida aplicación. Consta de 27 ítems y cada uno de ellos contiene enunciados en tres frases que recogen las distintas intensidades o frecuencias de la presencia en el niño o adolescente del contenido de los ítems. La valoración de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos. El cero corresponde a aquella opción que representa la intensidad o frecuencia de aparición más baja, el 1 corresponde a una intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia o intensidad. El contenido de los ítems abarca gran parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil. (Ver Anexo IX).

La muestra española estuvo compuesta por 7.759 participantes (3.723 mujeres, el 48% del total y 4.031 varones, el 52% del total con edades comprendidas entre 7 y 15 años y una media de edad de 11,03 años y una desviación típica de 2,34. La media obtenida en la escala total fue, 11 y la desviación típica, 6,20. El coeficiente de fiabilidad como consistencia interna es elevado (Alfa de Cronbach: 0,80; método de las dos mitades Alfa de Cronbach: 0,78). Los resultados muestran que las medias se incrementan a medida que aumenta la edad y la sintomatología depresiva difiere significativamente entre niños y niñas a partir de los 10 años, siendo las puntuaciones en niñas más elevadas.

La utilización de esta herramienta de evaluación puede ser de gran utilidad para esta tesis, porque, junto al nivel de depresión total del niño, aporta datos sobre las dos escalas que la constituyen: Disforia y Autoestima Negativa. Kovacs (1992) proporciona el punto de corte para establecer la presencia de *sintomatología depresiva*, situándolo en el valor 19. Éste es el valor de corte más utilizado tanto en población extranjera como española (Del Barrio, 1997). En el trabajo de Smucker et al. (1986) que utilizan como punto de corte el valor 19 en una muestra de 1200 adolescentes, de entre 15 y 18 años de edad, encuentran un porcentaje de un 10% de chicos y chicas con sintomatología depresiva en población general. Del Barrio y Carrasco (2004) facilitan los rangos de puntuaciones indicativos de la existencia de una sintomatología depresiva leve o severa. Siguiendo este criterio, para los chicos, la *disforia leve* se sitúa en torno a puntuaciones directas entre 9 y 14 y la *disforia severa* entre 15 y 32. Para las chicas, la *disforia* se considera leve con puntuaciones entre 10 y 14, y severa, entre 15 y 32. Las puntuaciones para chicos y chicas respecto a los niveles de autoestima son idénticos. Una *autoestima baja* se situaría en

puntuaciones entre 12 y 13 y una *autoestima muy baja* entre 14 y 22. En la escala total de Depresión, para chicos de este rango de edad, se consideraría una depresión leve con puntuaciones directas entre 20 y 26 y depresión severa, entre 27 y 54. Para chicas de 11 a 15 años, se considera depresión leve con puntuaciones entre 22 y 27 y depresión severa, entre 28 y 54.

### **5.3.3 Procedimiento**

Para la selección de participantes de la muestra se estableció contacto con varios centros educativos de la capital y de distintas localidades de la región de Murcia. De todos ellos, 6 fueron los centros públicos y concertados que aceptaron participar en esta investigación. El contacto con el centro educativo se hizo a través de los Departamentos de Orientación. En primer lugar, se contactaba por teléfono y si aceptaban considerar la colaboración en el proyecto, se enviaba por correo electrónico un dossier informando sobre los objetivos de la investigación, tanto al Departamento de Orientación como a la Dirección del Centro Educativo. Además se informaba que este estudio se realizaría dentro del marco del desarrollo de una Campaña de Sensibilización sobre Salud Mental en las Aulas. Posteriormente, se mantuvo una reunión informativa con el Equipo Directivo, en la que se explicaron los objetivos generales de la investigación, el material que iba a utilizarse, el procedimiento que se iba a seguir y el tiempo necesario para la aplicación del protocolo de pruebas, respondiendo a las dudas o preguntas que formulaban. Una vez que los Equipos Directivos y los Departamentos de Orientación fueron aprobando la participación en el estudio firmando un documento (Ver Anexo I), se repartieron las cartas de consentimiento informado para los padres y madres del alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º curso de Educación Secundaria, con el fin de solicitar las correspondientes autorizaciones de participación (Ver Anexo II). Sólo hubo dos padres del total del alumnado que no autorizaron la participación a sus hijos e hijas.

Todos los alumnos y alumnas participaron de forma voluntaria en el estudio. Las pruebas se aplicaron en dos sesiones colectivas, realizadas en dos días distintos, dentro del aula (grupos máximo de 29 alumnos y alumnas), en horario de tutoría y en presencia del tutor o tutora y de la investigadora responsable de la aplicación del protocolo de pruebas. La duración de cada sesión osciló entre 20 y 30 minutos,

aunque este tiempo variaba en función de las características de los participantes. La razón por la que se dividió la aplicación de las pruebas en dos sesiones fue para evitar el cansancio y garantizar un buen nivel de atención durante la realización de los cuestionarios. El formato de presentación de las pruebas en ambas sesiones fue contrabalanceado, de modo que en cada clase, la mitad contestaban el protocolo de pruebas Forma A (Ver Anexo III) y, la otra mitad, cumplimentaban el protocolo de pruebas Forma B (Ver Anexo VII). La recogida de datos se llevó a cabo en el período de tiempo comprendido entre los meses de Febrero y Mayo de 2015.

El orientador o la orientadora del centro acompañaba y presentaba a la investigadora. Después se marchaba, dejando en el aula al tutor o tutora y a la investigadora. Tras una breve introducción en la que se explicaba al alumnado que se les iban a entregar unos cuestionarios para cumplimentar unas preguntas sobre cómo se relacionan o relacionarían con un compañero que tuviese problemas psicológicos y que el procedimiento garantizaba el anonimato de los datos, se procedía al reparto de cuestionarios. Se les explicaba que junto al nombre del centro educativo, el curso y la clase, la edad, el sexo y la fecha de realización, tenían que poner un *código* que garantizaría el anonimato. Dicho código nos permitiría casar los datos obtenidos durante el primer y el segundo día de aplicación de pruebas. El código consistía en las iniciales de su nombre o dos nombres y de sus apellidos más el día de nacimiento. A continuación, se cumplimentaba un primer bloque de preguntas sobre datos sociodemográficos como la nacionalidad, el nivel de estudios y la profesión del padre y de la madre. En un segundo bloque de preguntas se les pedía -previa definición de lo que es un problema psicológico- que contestasen si tenían o habían tenido algún problema psicológico y si habían ido alguna vez a consulta psicológica. También, se les pedía que respondiesen si tenían relación con algún familiar, amigo, compañero, vecino o conocido con problemas psicológicos (Ver Anexo VI).

Como se ha explicado, una vez cumplimentados los datos identificativos, se leía la introducción y las instrucciones de cada cuestionario en voz alta. La introducción consistía en la lectura de una breve descripción sobre lo que es un problema psicológico:

*"Un problema que puede sufrir una persona ante una situación que se presenta en su vida y le cuesta afrontar. Puede ser, por ejemplo, un problema de alimentación, dificultad en las relaciones sociales, ansiedad, depresión, etc."*

Una vez leída esta definición, se les invitaba a cumplimentar el resto de las preguntas que aparecen en la cabecera del protocolo de pruebas (Anexo VI).

Esta primera parte era común tanto para el protocolo de pruebas Forma A, como para la Forma B. Lo que variaba era la presentación de los dos cuestionarios de evaluación del estigma. En la Forma A, primero se presentaba la Escala de Evaluación del Estigma 3E y después el Cuestionario de Atribución r-AQ. En el protocolo de pruebas Forma B, la presentación era a la inversa, primero, el Cuestionario r-AQ y, después, la Escala 3E.

Durante la primera sesión se leyeron las instrucciones del Cuestionario de Evaluación del Estigma 3E y del Cuestionario de Atribución r-AQ en voz alta y aclarando cualquier duda, intentando, en todo momento, no influir en las respuestas. Se insistió en la necesidad de no dejar ninguna pregunta en blanco. La investigadora permaneció en el aula durante toda la aplicación para proporcionar información y verificar la correcta cumplimentación de los cuestionarios.

Durante la segunda sesión de pruebas, se mantuvieron condiciones similares a la primera. El alumnado cumplimentó en primer lugar los datos identificativos con su código para garantizar el anonimato y la confidencialidad de la información recabada. Luego la investigadora explicaba que se iban a realizar dos cuestionarios que hacían referencia a sus sentimientos e ideas y que eran muy sencillos de contestar. Se leyeron las instrucciones del Cuestionario de Depresión (CDI) y del Cuestionario de Ansiedad (STAIC-R) ya que la mitad de los alumnos tenían el protocolo de pruebas Forma A (CDI y STAIC-R) y la otra mitad, el protocolo de pruebas Forma B (STAIC-R y CDI).

#### **5.3.4 Análisis de datos**

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado mediante el programa informático SPSS 21.0 (SPSS, 2013).

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en esta tesis doctoral se han realizado diferentes tipos de análisis estadísticos. Así, se calcularon medidas de tendencia central (medias) y dispersión (desviación típica), análisis de frecuencias y porcentajes univariados y tablas de contingencia bivariadas.

Se calcularon las diferencias entre medias, usando una prueba t de student, en función de diferentes variables de agrupación para cada una de las puntuaciones totales en las escalas bajo análisis. Por último, se realizaron ANOVAS de un factor para observar las posibles diferencias entre las variables de estigma (estigma total, estereotipo, prejuicios, discriminación) en función de la edad, el nivel educativo y el género.

Se realizaron análisis de correlación (*Coefficiente de Pearson*) para observar las pautas de variación común entre las puntuaciones obtenidas en estigma utilizando el Cuestionario r-AQ y utilizando la Escala 3E.

Se dividieron las puntuaciones obtenidas en el CDI en dos grupos, siguiendo el criterio del punto de corte para establecer el diagnóstico de *sintomatología depresiva* que Kovacs (1992) sitúa en el valor 19: un grupo con puntuaciones iguales o superiores al valor de 19 y otro grupo con las puntuaciones inferiores al valor 19 que no cumpliría con el criterio para establecer dicho diagnóstico. También se dividieron las puntuaciones obtenidas en el STAIC-R en cuatro grupos, siguiendo el criterio de las puntuaciones que nos indican la existencia de esa propensión a la ansiedad, punto de corte de 42 para chicos y 44 para chicas (Castrillón & Borrero, 2005). Contamos con dos grupos distintos diferenciando las puntuaciones de corte según el género y que serían considerados clínicamente significativos a nivel de ansiedad, con puntuaciones iguales o superiores a 42 para chicos y a 44 para chicas. Otros dos grupos que no serían considerados como clínicamente significativos a nivel de ansiedad con puntuaciones inferiores a 42 para chicos y a 44 para chicas.

También se realizaron tablas cruzadas de frecuencias para comprobar el grado de relación entre las variables: afirmar si se tiene un problema psicológico y obtener elevadas puntuaciones en ansiedad, depresión y baja autoestima. Este tipo de tablas se hicieron, además, para comprobar el grado de relación entre el género y las siguientes variables: tener un problema psicológico, haber ido a consulta psicológica y conocer a alguna persona con problemas psicológicos.



## **CAPÍTULO VI**

### **RESULTADOS**





## 6.1 MEDIDAS DEL ESTIGMA HACIA LOS IGUALES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

En este apartado se van a ir presentando los resultados obtenidos en función de los objetivos planteados en la presente investigación.

### 6.1.1 Medidas de Estigma en función de la Edad

En primer lugar, para comprobar si el grado de estigma existente hacia los iguales con problemas de salud mental en población infanto-juvenil es igual en todos los niveles de edad se llevó a cabo un ANOVA de un factor que permitirá concluir si el alumnado en función de su edad difiere en las medidas de *estigma* utilizadas. En la Tabla 6.1, en la que figuran los análisis descriptivos se observa que las medias obtenidas en las diferentes pruebas aplicadas se incrementan en el alumnado de 14 años, siendo la elevación más importante en la media obtenida a través de las puntuaciones del nivel de estigma de la Escala 3E ( $M= 44,47$ ), en la media obtenida a través de las puntuaciones de la subescala Estereotipo ( $M=10,82$ ) y en la media obtenida a través de las puntuaciones de la subescala Discriminación ( $M=19,09$ ). En esta misma Tabla 6.1, se exponen los datos obtenidos con el ANOVA de un factor. Ya que el valor del nivel de significación es menor que 0,05, debe rechazarse la hipótesis de igualdad de medias en todas las medidas excepto en la medida obtenida en la subescala de Prejuicios ( $p = 0,142$ ) y en la medida de estigma proporcionada por el Cuestionario de Atribución r-AQ ( $p = 0,298$ ). Con este primer análisis se aprecia la existencia de diferencias significativas entre las puntuaciones halladas entre los grupos de edad en las diferentes medidas del estigma, excepto para la medida del Cuestionario r-AQ y para la medida de la subescala de Prejuicios de la Escala 3E.

Tabla 6.1

Datos descriptivos y ANOVA de un Factor. Medidas del Estigma en función de la Edad

VARIABLES	Edad	N	M	DT	F	p
Subescala Estereotipos	12	169	9,96	2,87	4,583	,001**
	13	303	9,97	2,85		
	14	288	10,83	2,96		
	15	243	10,01	2,67		
	16	109	10,11	2,90		
	Total	1112	10,21	2,87		
Subescala Prejuicios	12	169	14,02	4,23	1,726	0,142
	13	303	13,92	4,00		
	14	288	14,55	4,17		
	15	243	13,70	3,59		
	16	109	13,98	3,82		
	Total	1112	14,06	3,98		
Subescala Discriminación	12	169	17,91	5,31	3,994	,003**
	13	303	17,94	4,83		
	14	288	19,09	5,17		
	15	243	17,57	3,10		
	16	109	18,45	4,30		
	Total	1112	18,20	4,81		
Escala 3E	12	169	41,88	11,23	3,939	,004**
	13	303	41,83	10,43		
	14	288	44,47	11,01		
	15	243	41,27	8,93		
	16	109	42,55	9,51		
	Total	1112	42,47	10,37		
r-AQ	12	169	22,58	7,73	1,226	,298
	13	303	22,45	7,82		
	14	288	22,79	7,98		
	15	243	21,70	7,22		
	16	109	21,29	7,26		
	Total	1112	22,28	7,67		

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Tras la aplicación de las pruebas post hoc (HSD de Tukey), se encontraron diferencias significativas, como podemos ver en la Tabla 6.2, en las medias obtenidas

en nivel de *estigma* con la Escala 3E, entre los grupos de 13 y 14 años de edad y entre los grupos de 14 y 15 años de edad. También se encontraron diferencias significativas en las medias del nivel de estigma obtenidas en la subescala de Estereotipos entre los grupos de 12 y de 14 años, 13 y 14 años y 14 y 15 años de edad. Con los resultados obtenidos a través de la subescala Discriminación, se comprueba también que existen diferencias significativas a nivel de estigma entre el alumnado de 13 y 14 años y de 14 y 15 años de edad.

Tabla 6.2

Comparaciones Múltiples. HSD de Tukey. Medidas del Estigma en función de la Edad.

Edad	Edades	HSD de Tukey	HSD de Tukey	HSD de Tukey
		<i>p</i> Escala 3E	<i>p</i> Subescala Estereotipos	<i>p</i> Subescala Discriminación
12	13	1,000	1,000	1,000
	14	,074	,015*	,082
	15	,977	1,000	,954
	16	,985	,992	,886
13	12	1,000	1,000	1,000
	14	,017*	,002**	,030*
	15	,970	1,000	,893
	16	,972	,991	,874
14	12	,074	,015*	,082
	13	,017*	,002**	,030*
	15	,004**	,009**	,003**
	16	,463	,170	,764
15	12	,977	1,000	,954
	13	,970	1,000	,893
	14	,004**	,009**	,003**
	16	,822	,988	,493
16	12	,985	,992	,886
	13	,972	,991	,874
	14	,463	,170	,764
	15	,822	,998	,493

\*\*  $p \leq 0,01$  \*  $p \leq 0,05$

Se llevó a cabo un análisis complementario para ver en qué cursos de Educación Secundaria las medias en nivel de estigma eran más elevadas y si había diferencias significativas entre ellas. Se efectuó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor para comprobar si los diferentes grupos definidos por la variable *curso académico* difieren en la variable *estigma* medida con la *Escala de Evaluación del Estigma 3E* (Escala 3E) y con el *Cuestionario de Atribución r-AQ* (r-AQ). El ANOVA de un factor nos permitirá concluir si los distintos cursos académicos difieren en las medidas de *estigma* utilizadas. Según vemos en la Tabla 6.3, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de Estereotipos ( $p=0,008$ ), en la subescala de Discriminación ( $p=0,047$ ) y en las puntuaciones totales de la Escala 3E ( $p=0,019$ ) y del Cuestionario r-AQ ( $p=0,026$ ). Por el contrario, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de Prejuicios ( $p=0,007$ ).

Tabla 6.3

ANOVA de un Factor. Medidas del Estigma y Cursos Escolares

Variables	1º ESO		2º ESO		3º ESO		4º ESO		F	p
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		
Subescala	10,08	(2,96)	10,27	(2,83)	10,57	(2,96)	9,66	(2,43)	3,965	,008**
Estereotipos										
Subescala	14,09	(4,37)	14,20	(3,93)	14,26	(3,95)	13,31	(3,14)	2,286	,077
Prejuicios										
Subescala	17,98	(5,26)	18,54	(5,06)	18,53	(4,46)	17,41	(3,76)	2,659	,047*
Discriminación										
Escala 3E	42,15	(11,41)	43,01	(10,63)	43,37	(9,96)	40,40	(10,37)	3,335	,019*
r-AQ	22,75	(8,29)	23,03	(7,72)	21,48	(6,66)	21,48	(7,67)	3,103	,026*

\*\*  $p \leq 0,01$ \*  $p \leq 0,05$ 

En las medidas que indicaron diferencias entre cursos, se realizaron las correspondientes comparaciones múltiples (pruebas *post hoc*), con el objetivo de descubrir entre qué grupos resultaban más significativas esas diferencias. Se aplicó la

prueba de comparaciones múltiples de diferencia honestamente significativa (HSD) de Tukey. En la Tabla 6.4, se presentan los datos obtenidos y puede observarse que la media de las puntuaciones en estigma (Escala 3E) de 2º y 4º curso es significativamente diferente ( $p= 0,048$ ), también la de 3º y 4º curso ( $p= 0,016$ ).

Sin embargo, las comparaciones múltiples realizadas con la prueba HSD de Tukey, no revelan ninguna diferencia significativa entre cursos en cuanto a la puntuación de estigma total aportada por el Cuestionario r-AQ. En esta misma tabla, se ven las comparaciones múltiples entre las medidas obtenidas en la Escala independiente de Estereotipos y de Discriminación del 3E y los cursos escolares. Los resultados obtenidos tras la aplicación de la prueba HSD de Tukey, ponen de manifiesto que existen diferencias significativas ( $p= 0,006$ ) entre las puntuaciones obtenidas en la subescala de Estereotipos por el alumnado de 3º y 4º curso. Sin embargo, no aparecen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en la subescala de Discriminación.

Tabla 6.4

Comparaciones Múltiples Subescalas de Estereotipos y Discriminación, Escala 3E y Cuestionario r-AQ por Cursos

Curso	Curso	HSD deTukey <i>p</i> Subescala Estereotipos	HSD de Tukey <i>p</i> Subescala Discriminación	HSD de Tukey <i>p</i> Escala 3E	HSD de Tukey <i>p</i> r-AQ
1 ESO	2 ESO	,827	,466	,724	,967
	3 ESO	,118	,467	,436	,147
	4 ESO	,424	,598	,283	,307
2 ESO	1 ESO	,827	,466	,724	,967
	3 ESO	,561	1,000	,974	,061
	4 ESO	,129	,078	,048*	,164
3 ESO	1 ESO	,118	,467	,436	,147
	2 ESO	,561	1,000	,974	,061
	4 ESO	,006**	,078	,016*	1,000
4 ESO	1 ESO	,424	,598	,283	,307
	2 ESO	,129	,078	,048*	,174
	3 ESO	,006**	,078	,016*	1,000

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

### 6.1.2 Medidas de Estigma en función del Género

A continuación se presentan los análisis realizados para comprobar si el grado de estigma existente hacia los iguales con problemas de salud mental en población adolescente varía en función del género.

Para llevar a cabo esta comprobación, se realizó una prueba t de diferencia de medias para muestras independientes. En la Tabla 6.5, hemos presentado los estadísticos de grupo. A primera vista, se pone de relieve la existencia de puntuaciones medias más elevadas para el alumnado masculino que para el alumnado

femenino en todas las pruebas utilizadas, tanto en las medias de las puntuaciones totales del Estigma (Escala 3E y Cuestionario r-AQ) como en las medias de las puntuaciones obtenidas en las subescalas de Estereotipos, Prejuicios y Discriminación.

Después de asumir las varianzas distintas (en el caso de las dos variables “género masculino” y “género femenino”) se obtuvo el estadístico t con su nivel de significación bilateral. Este valor nos informa sobre el grado de compatibilidad entre la hipótesis de igualdad de medias y las diferencia entre medias poblacionales observadas. En este caso, al ser el grado de significación menor que 0.05, la conclusión es que no hay compatibilidad entre la hipótesis de igualdad de medias poblacionales por grupo de género masculino y grupo de género femenino para los datos obtenidos sobre el nivel de *estigma*. Las medias del nivel de estigma son diferentes para el grupo de género masculino y género femenino. Los límites de intervalo de confianza para la diferencia nos indican que los límites en la subescala de Estereotipos para los dos grupos están entre 1,04 y 1,69 puntos. En la Tabla 6.5, también se presentan todos los datos referentes a la prueba t para la igualdad de medias, siendo la diferencia menor entre las medias de ambos grupos, la encontrada entre las medias de la medida de la *subescala Estereotipos* (10,86 frente a 9,50). La diferencia es más notable respecto a las medias de la medida total del *Estigma* con la *Escala 3E* (45,49 frente a 39,21 puntos).

En esta misma Tabla 6.5, quedan recogidos los límites del intervalo de confianza que nos permiten estimar que la verdadera diferencia entre el nivel medio de estigma de la muestra de alumnos y el nivel medio de estigma en la muestra de alumnas se encuentra para el Total de la Escala 3E Total entre 5,12 y 7,44 puntos y para el Total del Cuestionario r-AQ entre 1,54 y 3,32 puntos.

Tabla 6.5

Medias y Pruebas *t*. Medidas del Estigma en función del Género.

VARIABLES	Género	N	M	DT	Inferior-Superior	t
Subescala Estereotipos	M	576	10,87	2,99	1,04 - 1,69	8,21**
	F	536	9,50	2,55		
Subescala Prejuicios	M	576	15,13	4,12	1,78 - 2,67	9,76**
	F	536	12,90	3,48		
Subescala Discriminación	M	576	19,50	4,99	2,15 - 3,23	9,77**
	F	536	16,81	4,18		
Escala 3E	M	576	45,50	10,73	5,12 - 7,44	10,65**
	F	536	39,22	8,90		
r-AQ	M	576	23,45	8,08	1,54 - 3,32	5,37**
	F	536	21,02	6,99		

\*\*  $p \leq 0,01$  \*  $p \leq 0,05$ 

Género: M: Masculino; F: Femenino

### 6.1.3 Medidas del Estigma, Estereotipos, Prejuicios y Discriminación

Otro de los objetivos propuestos al iniciar este trabajo de investigación, fue el de realizar un análisis para comprobar si existía correlación entre los resultados obtenidos en las subescalas de Estereotipos, Prejuicios y Discriminación. Para llevar a cabo este análisis se efectuó un análisis de correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas en las tres subescalas. También se establecieron estas correlaciones con las puntuaciones obtenidas en el r-AQ. Como se aprecia en la Tabla 6.6, todas las correlaciones han sido significativas al nivel de 0,05. La correlación más elevada se encuentra entre las subescalas de Prejuicios y Discriminación ( $r=,714$ ). Le sigue en importancia la correlación encontrada entre las subescalas de Estereotipos y Prejuicios ( $r=,678$ ) y, por último, la correlación existente entre las subescalas de Esterotipos y Discriminación ( $r=,638$ ).



Las correlaciones halladas entre la puntuación directa total del Cuestionario de Atribución r-AQ (Corrigan et al., 2007) con las puntuaciones directas de las tres subescalas de la Escala de Evaluación del Estigma 3E (Martínez, 2014) construida para llevar a cabo esta investigación son significativas. En la Tabla 6.6, se pueden comprobar las correlaciones existentes entre la puntuación Total r-AQ con la subescala Estereotipos ( $r=,460$ ), con la subescala Prejuicios ( $r=,400$ ) y con la subescala Discriminación ( $r=,452$ ). Ambas pruebas comparten información, variabilidad y resultan complementarias.

Tabla 6.6

*Correlaciones de Pearson entre Subescalas de Escala 3E y con Cuestionario r-AQ*

Variables		Estereotipos	Prejuicios	Discriminación	r-AQ
Prejuicios	Corr. Pearson	,678**			
	Sig.(bilateral)	,000			
	N	1112	1112		
Discriminación	Corr. Pearson	,638**	,714**		
	Sig.(bilateral)	,000	,000		
	N	1112	1112	1112	
r-AQ	Corr. Pearson	,460**	,400**	,452**	
	Sig.(bilateral)	,000	,000	,000	
	N	1112	1112	1112	1112

\*\*  $p \leq 0,01$  \*  $p \leq 0,05$

#### 6.1.4 Medidas de Estigma en Adolescentes con Problemas de Salud Mental

Otro de los objetivos importantes que se plantearon al inicio de este estudio fue la comprobación del grado de interiorización del estigma público por parte del alumnado con problemas de salud mental, ya que en este tipo de estudios es muy importante tener en cuenta el punto de vista de la persona *estigmatizada*. A

continuación, se presentan los resultados obtenidos respecto a si los alumnos o alumnas con problemas de salud mental tienen un mayor o menor grado de estigma hacia sus iguales con problemas de salud mental que los alumnos o alumnas sin problemas de salud mental. En primer lugar, se va a presentar la Tabla 6.7 de frecuencias y porcentajes sobre las respuestas (SÍ o NO) a la primera pregunta que se formuló a todos los participantes de la muestra dentro del protocolo de tests autoinformados: *¿Tienes o has tenido un problema psicológico?*

Del total de 1103 adolescentes, 891 (80,8%) dijeron que no tenían o habían tenido un problema psicológico. El resto, 212 (19,2%) afirmaron que sí tenían o habían tenido un problema psicológico.

Respecto a la frecuencia de alumnado que afirma tener o haber tenido un problema psicológico diferenciando por género, se pueden ver los resultados en la Tabla 6.7. Del porcentaje (19,2%) que ha respondido SÍ, se observa una frecuencia menor en el alumnado de género masculino. Del total de participantes que afirman tener problemas psicológicos, el 40,1% son chicos y el 59,9% son chicas ( $X^2_{\text{Pearson}}(1) = 14,10; p < 0,01$ ).

Tabla 6.7

*Distribución de Frecuencias y Porcentajes de Adolescentes que afirman tener o no tener Problemas Psicológicos, en función del Género.*

Variables	Género		Total	
	Chicos	Chicas		
		85	127	212
SI	% dentro	40,1%	59,9%	100,0%
	Reconocimiento			
	% del total	7,7%	11,5%	19,2%
Reconocimiento o conciencia de tener o haber tenido problemas psicológicos		485	406	891
	NO			
	% dentro	54,4%	45,6%	100,0%
	Reconocimiento			
	% del total	44,0%	36,8%	80,8%
		570	533	1103
	% dentro	51,7%	48,3%	100,0%
	Reconocimiento			
	% del total	51,7%	48,3%	100,0%

Además, se llevó a cabo una prueba t de diferencias entre medias de muestras independientes y como puede verse en la Tabla 6.8, los adolescentes que afirman tener o haber tenido problemas psicológicos obtienen puntuaciones medias más bajas que los adolescentes que contestan No, en todas las medidas del estigma (subescalas de Estereotipos, Prejuicios y Discriminación, Escala 3E y r-AQ). Como puede observarse, todas las pruebas t de comparación entre medias resultaron estadísticamente significativas.

Tabla 6.8

Descriptivos y Pruebas *t* en las medidas del Estigma en función de la respuesta a la pregunta: ¿Tienes o has tenido algún problema psicológico?

Variables	Problema Psicológico	N	M	DT	t
Subescala Estereotipos	SI	212	9,68	2,72	-2,99**
	NO	891	10,33	2,87	
Subescala Prejuicios	SI	212	12,92	3,64	-4,84**
	NO	891	14,30	3,98	
Subescala Discriminación	SI	212	17,23	4,46	-3,24**
	NO	891	18,42	4,85	
Escala 3E	SI	212	39,84	9,45	-4,35**
	NO	891	43,04	10,41	
r-AQ	SI	212	21,26	7,75	-2,18*
	NO	891	22,54	7,66	

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

### 6.1.5 Prevalencia de Problemas de Ansiedad, Sintomatología Depresiva, Autoestima Negativa y Estigma

Continuando con los análisis relativos a las diferencias encontradas en los niveles de estigma en el alumnado con y sin problemas psicológicos, se procederá a estudiar si los alumnos o alumnas con altos niveles de *ansiedad*, *depresión* o *baja autoestima (autoestima negativa)* tienen un mayor o menor grado de estigma hacia sus iguales con problemas de salud mental que los alumnos o alumnas sin problemas de salud mental.

#### 6.1.5.1 Prevalencia de problemas de ansiedad, sintomatología depresiva y baja autoestima en población adolescente

Según los datos encontrados en la presente investigación, el 15,9% de los sujetos de la muestra tendrían problemas de ansiedad dadas sus altas puntuaciones directas ( $PD > 42$  para alumnos y  $PD > 44$  para alumnas) registradas en el cuestionario de ansiedad (STAIC-R).

Respecto a los niveles de depresión encontrados en la muestra de esta investigación, se ha detectado que un 14,7% de los participantes obtienen una puntuación mayor o igual a 19 que es el punto de corte para establecer la presencia de sintomatología depresiva (Kovacs, 1992).

Respecto a los niveles de autoestima encontrados y estableciendo el criterio de que el punto de corte de autoestima baja o muy baja se situaría en puntuaciones iguales o mayores a 12, un 11,5% del alumnado presentaría bajos niveles de autoestima o altos niveles de autoestima negativa que es como viene dado en la subescala de autoestima del Cuestionario de Depresión (CDI-A) de Kovacs (1992).

#### 6.1.5.2 Ansiedad y Estigma

Se realizó la prueba *t* de diferencias entre medias para muestras independientes a fin de comprobar si el hecho de tener ansiedad guarda relación con el nivel de estigma hacia los compañeros con problemas psicológicos. Se establece la hipótesis de que los sujetos con problemas de ansiedad pueden estar más sensibilizados hacia los compañeros que tengan problemas de salud mental y no les rechacen ni discriminen por ello, pudiendo mostrar un nivel más bajo de estigma y una mayor frecuencia de conductas prosociales de empatía y comprensión hacia ellos.

En la Tabla 6.9, se puede observar cómo todas las puntuaciones medias obtenidas en las escalas de estigma son más bajas en el alumnado con altos niveles de ansiedad que las obtenidas por el alumnado con bajos niveles de ansiedad. Han resultado significativas todas las pruebas *t* realizadas a excepción de la efectuada entre ansiedad y las puntuaciones de estigma del cuestionario r-AQ.

Tabla 6.9

*Descriptivos y Pruebas t en las medidas del Estigma en función del nivel de Ansiedad*

<b>Variab</b> les	<b>STAIC-R</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>t</b>
Subescala Estereotipos	XSTAIC-M < 44 XSTAIC-H < 42	935	10,32	2,83	3,003**
	XSTAIC-M ≥ 44 XSTAIC-H ≥ 42	177	9,62	3,01	
Subescala Prejuicios	XSTAIC-M < 44 XSTAIC-H < 42	935	14,29	3,96	4,622**
	XSTAIC-M ≥ 44 XSTAIC-H ≥ 42	177	12,80	3,89	
Subescala Discriminación	XSTAIC-M < 44 XSTAIC-H < 42	935	18,33	4,86	2,132*
	XSTAIC-M ≥ 44 XSTAIC-H ≥ 42	177	17,50	4,49	
Escala 3E	XSTAIC-M < 44 XSTAIC-H < 42	935	42,95	10,37	3,591**
	XSTAIC-M ≥ 44 XSTAIC-H ≥ 42	177	39,92	10,06	
r-AQ	XSTAIC-M < 44 XSTAIC-H < 42	935	22,34	7,49	,521
	XSTAIC-M ≥ 44 XSTAIC-H ≥ 42	177	21,98	8,60	

\*\*  $p \leq 0,01$  \*  $p \leq 0,05$  XSTAIC: Puntuaciones de corte en Cuestionario de Ansiedad STAIC; Para chicas: XSTAIC-M; Para chicos: XSTAIC-H

6.1.5.3 Sintomatología Depresiva y Estigma.

En la Tabla 6.10, se puede observar que todas las puntuaciones medias en estigma encontradas en la Escala 3E son más bajas en alumnado con altas puntuaciones en depresión que en el alumnado con bajas puntuaciones en depresión. Sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas entre las puntuaciones medias obtenidas con el Cuestionario de Atribución r-AQ, tampoco entre las puntuaciones medias obtenidas en la subescala de Discriminación. Sólo encontramos diferencias significativas en las medias de las subescalas de Estereotipos y de Prejuicios y en las obtenidas en la Escala 3E.

Tabla 6.10

*Descriptivos y Pruebas t en las medidas del Estigma en función del grado de depresión.*

<b>Variables</b>	<b>CDI</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>T</b>
Subescala Estereotipos	XD < 19	949	10,33	2,86	3,45**
	XD ≥ 19	163	9,50	2,78	
Subescala Prejuicios	XD < 19	949	14,23	3,96	3,60**
	XD ≥ 19	163	13,02	3,99	
Subescala Discriminación	XD < 19	949	18,31	4,81	1,65
	XD ≥ 19	163	17,63	4,74	
Escala 3E	XD < 19	949	42,87	10,34	3,10**
	XD ≥ 19	163	40,15	10,31	
r-AQ	XD < 19	949	22,27	7,43	-0,08
	XD ≥ 19	163	22,28	8,95	

\*\* p ≤ 0,01 \*p ≤ 0,05 CDI: Cuestionario de Depresión. XD: puntuación de corte para chicos y chicas en Cuestionario de Depresión CDI

## 6.1.5.4 Autoestima Negativa y Estigma

En todas las medidas del estigma, como queda reflejado en la Tabla 6.11, se han obtenido puntuaciones medias más bajas para el alumnado con bajos niveles de autoestima que para el alumnado con niveles medios o altos de autoestima. Sólo se han encontrado diferencias significativas en las medias obtenidas en las subescalas de Estereotipos y de Prejuicios y en la Escala 3E entre alumnado con baja autoestima y el alumnado con autoestima media o alta.

Tabla 6.11

*Descriptivos y Pruebas t en las medidas del Estigma en función del nivel de autoestima.*

<b>Variables</b>	<b>CDI-A</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>t</b>
Subescala Estereotipos	XA $\geq$ 12	128	9,40	2,83	-3,451**
	XA <12	984	10,32	2,86	
Subescala Prejuicios	XA $\geq$ 12	128	12,80	4,07	-3,865**
	XA <12	984	14,22	3,95	
Subescala Discriminación	XA $\geq$ 12	128	17,61	4,90	-1,70
	XA <12	984	18,28	4,80	
Escala 3E	XA $\geq$ 12	128	39,79	10,54	-3,117**
	XA <12	984	42,82	10,31	
r-AQ	XA $\geq$ 12	128	21,85	9,15	-,582
	XA <12	984	22,34	7,46	

\*\*  $p \leq 0,01$  \*  $p \leq 0,05$

CDI-A: Subescala de Autoestima Negativa del Cuestionario de Depresión CDI. XA: puntuación de corte para chicos y chicas en Autoestima Negativa o Baja o Muy Baja Autoestima



### 6.1.6 Tratamiento Psicológico y Estigma

Este apartado se centra en el análisis y comprobación de si existe relación entre el grado de estigma hacia los iguales con problemas psicológicos y haber estado en tratamiento psicológico previa o actualmente. En principio, se constata que, aunque sólo un 19,2% del alumnado afirma tener o haber tenido problemas psicológicos, el 23,6% reconoce haber ido a consulta psicológica. En la Tabla 6.12, que aparece abajo queda reflejado que son más numerosas las chicas que afirman haber ido al psicólogo, el 54% del total frente al 46,0% de chicos ( $X^2_{\text{Pearson}}(1) = 4,44; p < 0,05$ ).

Tabla 6.12

*Distribución de Frecuencias y Porcentajes de Adolescentes que responden a la pregunta de si han ido o no al psicólogo en función del género*

Variables	Género		Total	
	Chicos	Chicas		
		120	141	261
SI	% dentro de Consulta	46,0%	54,0%	100,0%
	% del total	10,9%	12,8%	23,6%
Consulta				
Psicológica				
		451	393	844
NO	% dentro de Consulta	53,4%	46,6%	100,0%
	% del total	40,8%	35,6%	76,4%
		571	534	1105
	% dentro de Consulta	51,7%	48,3%	100,0%
	% del total	51,7%	48,3%	100,0%

Como queda patente en la Tabla 6.13, no se han encontrado diferencias significativas en estigma en el alumnado que ha ido a consulta psicológica y el que no, salvo en las medias en la subescala de Discriminación.

Tabla 6.13

Medias, Desviaciones Típicas y Pruebas *t* en las medidas del Estigma en función de su respuesta a la pregunta: ¿Has ido alguna vez al psicólogo?

Variables	Tratamiento Psicológico	N	M	DT	t
Subescala	SI	261	10,04	2,94	
Estereotipos	NO	844	10,27	2,85	-1,14
Subescala	SI	261	13,73	4,21	
Prejuicios	NO	844	14,15	3,90	-1,50
Subescala	SI	261	17,67	4,73	
Discriminación	NO	844	18,36	4,82	-2,03*
Escala 3E	SI	261	41,44	10,62	
	NO	844	42,79	10,28	-1,83
r-AQ	SI	261	21,49	7,45	
	NO	844	22,52	7,75	-1,90

\*\*  $p \leq 0,01$  \*  $p \leq 0,05$

### 6.1.7 Contacto con Personas con Problemas Psicológicos y Estigma

A continuación, en la Tabla 6.14, se presenta el grado de relación entre el nivel de estigma existente hacia los iguales con problemas psicológicos y el conocimiento de familiares, amigos, compañeros, conocidos o vecinos con problemas psicológicos. De un total de 1.112, son 520 alumnos y alumnas los que afirman conocer a algún amigo, familiar, vecino, compañero o conocido con problemas psicológicos, el 47,1% del total de la muestra, prácticamente la mitad de

los participantes. De este porcentaje el 21,4% son chicos y el 25,7% son chicas ( $\chi^2_{\text{Pearson}}(1) = 15,56; p < 0,01$ ).

Tabla 6.14

*Distribución de Frecuencias y Porcentajes de Adolescentes en función de si conocen o no a personas con problemas psicológicos*

Variables	Género		Total	
	Chicos	Chicas		
		236	284	520
SI	% dentro de Contacto	45,4%	54,6%	100,0%
	% del total	21,4%	25,7%	47,1%
	Contacto con personas con problemas psicológicos			
		335	250	585
NO	% dentro de Contacto	57,3%	42,7%	100,0%
	% del total	30,3%	35,6%	76,4%
		571	534	1105
	% dentro de Contacto	51,7%	48,3%	100,0%
	% del total	51,7%	48,3%	100,0%

En la Tabla 6.15, que aparece abajo se puede comprobar que todas las puntuaciones medias obtenidas en la medida del estigma hacia los compañeros y compañeras con problemas de salud mental, tanto en el Cuestionario r-AQ como en la Escala 3E y en las subescalas de Estereotipos, Prejuicios y Discriminación, son menores cuando el alumno o la alumna tiene algún conocido, familiar, amigo, compañero o vecino con problemas psicológicos. Las medias obtenidas en estigma se incrementan en el alumnado que no conoce a ninguna persona con este tipo de problemas. Las diferencias entre medias han resultado significativas en todas las medidas del estigma (r-AQ, Escala 3E, Subescalas de Estereotipos, Prejuicios y Discriminación).

Tabla 6.15

*Medias, Desviaciones Típicas y Pruebas t en las medidas del Estigma en función de la respuesta a la pregunta: ¿Tienes algún familiar, amigo, compañero, vecino o conocido con problemas psicológicos?*

<b>Variables</b>	<b>Contacto con personas con problemas psicológicos</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>t</b>
Estereotipos	SI	520	9,94	2,81	-3,03**
	NO	585	10,46	2,90	
Prejuicios	SI	520	13,70	3,84	-2,80**
	NO	585	14,37	4,08	
Discriminación	SI	520	17,73	4,55	-3,04**
	NO	585	18,61	5,00	
Total 3E	SI	520	41,37	9,80	-3,34**
	NO	585	43,45	10,79	
Total r-AQ	SI	520	21,30	7,35	-4,06**
	NO	585	23,16	7,87	

\*\*  $p \leq 0,01$  \* $p \leq 0,05$

Los resultados de este estudio han puesto de manifiesto que el 52,7% de los participantes no conocen a ninguna persona con estos problemas, el 14,7%, tienen un familiar con problemas de salud mental; un 16,3% de los y las adolescentes dicen tener algún amigo con problemas; el 3,3% conocen a algún compañero con estos problemas; el 3,1% afirma conocer a algún vecino con estos problemas; mientras que, un 3,7% de adolescentes ha subrayado que tiene algún conocido con este tipo de problemas. Un 5,1% han respondido subrayando varias de las opciones y el 1,1% de los participantes que han contestado que SI tienen relación con algún familiar, amigo, compañero, vecino o conocido con problemas psicológicos, no ha subrayado ninguna opción de respuesta a la pregunta: ¿Con quién?

### **6.1.8 Consciencia de Problemas Psicológicos y Problemas de Salud Mental**

Se consideró como uno de los objetivos importantes de esta tesis la comprobación de si los adolescentes eran o no conscientes de que podían tener un problema psicológico o de salud mental. Para ello, se llevaron a cabo varios análisis. Uno de ellos fue la comprobación de si el alumnado que afirma tener o no tener problemas psicológicos, puntúa alto en ansiedad, sintomatología depresiva y/o baja autoestima.

#### **6.1.8.1 Consciencia de Problemas Psicológicos y Ansiedad**

En la Tabla 6.16, se puede comprobar el porcentaje de adolescentes que teniendo altos niveles de ansiedad (STAIC-R) afirman tener un problema psicológico (el 34%). Por otra parte, el 11,14% del alumnado que afirma no tener problemas psicológicos puntúa alto en ansiedad.

Tabla 6.16

*Distribución de Frecuencias y Porcentajes de Adolescentes en función de la Consciencia de tener o no tener Problemas Psicológicos y de los niveles en Ansiedad*

Variables		XSTAIC-M < 44	XSTAIC-M ≥ 44	Total
		XSTAIC-H < 42	XSTAIC-H ≥ 42	
		138	74	212
SI	%dentro	65,1%	34,9%	100,0%
	Consciencia			
	% del total	12,5%	6,7%	19,2%
Consciencia de tener un problema psicológico				
		789	102	891
NO	%dentro Consciencia	88,6%	11,14%	100,0%
	% del total	71,5%	9,2%	80,8%
		927	176	1103
		84,0%	16,0%	100,0%
		84,0%	16,0%	100,0%

XSTAIC: Puntuaciones de corte en Cuestionario de Ansiedad STAIC; Para chicas: XSTAIC-M; Para chicos: XSTAIC-H

En las Tablas 6.17 y 6.18, se presentan estos porcentajes en función del género y se observa que el porcentaje de chicos con problemas de ansiedad que reconocen tener problemas psicológicos es inferior al porcentaje de chicas con los mismos criterios (29,4% de chicos frente a un 38,6% de chicas). Por otro lado, el porcentaje de chicos que afirman no tener problemas psicológicos pero sí puntúan alto en ansiedad es de un 9,9% frente al 13,3% de chicas.

Por otro lado, del 12,8% de los chicos adolescentes que han obtenido puntuaciones en ansiedad mayores o iguales a 42, un 4,4% son conscientes de tener algún problema psicológico frente a un 8,4% de chicos que no lo reconocen.

La tendencia observada en los chicos también se observa en las chicas, así del 19,3% de las chicas adolescentes que han obtenido puntuaciones en ansiedad mayores o iguales a 44, un 9,2% son conscientes de tener un problema psicológico frente a un 10,1% de chicas que no lo reconocen.

Tabla 6.17

*Distribución de Frecuencias y Porcentajes de Chicos Adolescentes en función de la Consciencia de tener o no tener Problemas Psicológicos y de los niveles en Ansiedad.*

Variables			XSTAIC-H < 42	XSTAIC-H ≥ 42	Total
			60	25	85
		% dentro	70,6%	29,4%	100,0%
	SI	Consciencia			
		% del total	0,5%	4,4%	14,9%
Consciencia			437	48	485
de tener un		% dentro	90,1%	9,9%	100,0%
problema	NO	Consciencia			
psicológico		% del total	76,7%	8,4%	85,1%
			497	73	570
		% dentro	87,2%	12,8%	100,0%
		Consciencia			
		% del total	87,2%	12,8%	100,0%

XSTAIC: Puntuaciones de corte en Cuestionario de Ansiedad STAIC. Para chicos: XSTAIC-H

Tabla 6.18

*Distribución de Frecuencias y Porcentajes de Chicas Adolescentes en función de la Consciencia de tener o no tener Problemas Psicológicos y de los niveles en Ansiedad.*

Variables			XSTAIC-M < 44	XSTAIC-M ≥44	Total
			78	49	127
		% dentro de	61,4%	38,6%	100,0%
SI	Consciencia	% del total	14,6%	9,2%	23,8%
Consciencia			352	54	406
de tener un		% dentro de	86,7%	13,3%	100,0%
problema	NO	Consciencia			
psicológico		% del total	66,0%	10,1%	76,2%
			430	103	533
		% dentro de	80,7%	19,3%	100,0%
		Consciencia			
		% del total	80,7%	19,3%	100,0%

XSTAIC: Puntuaciones de corte en Cuestionario de Ansiedad

STAIC. Para chicas: XSTAIC-M

#### 6.1.8.2 Consciencia de Problemas Psicológicos y Depresión

Además de valorar estos resultados en cuanto a niveles altos de ansiedad, también se llevaron a cabo análisis similares en cuanto a niveles altos de depresión.

En la Tabla 6.19, se pueden ver los datos respecto a los porcentajes de adolescentes que siendo conscientes de tener o haber tenido un problema psicológico también presentan altos niveles de sintomatología depresiva. Respecto al porcentaje del alumnado que afirma tener un problema psicológico, se observa que un 31,1% tienen altos niveles de sintomatología depresiva. Por otro lado, un 10,5% del alumnado que afirma no tener problemas psicológicos presenta altos niveles en sintomatología depresiva.



Tabla 6.19

*Distribución de Frecuencias y Porcentajes de Adolescentes en función de la Consciencia de tener o no tener Problemas Psicológicos y de la Sintomatología Depresiva.*

Variables		XD < 19	XD ≥ 19	Total
		146	66	212
	% dentro de	68,9%	31,1%	100,0%
SI	Consciencia			
	% del total	13,2%	6,0%	19,2%
Consciencia		797	94	891
de tener un	% dentro de	89,5%	10,5%	100,0%
problema	NO			
psicológico	Consciencia			
	% del total	72,3%	8,5%	80,8%
		943	160	1103
	% dentro de	85,5%	14,5%	100,0%
	Consciencia			
	% del total	85,5%	14,5%	100,0%

XD: puntuación de corte para chicos y chicas en Cuestionario de Depresión CDI

En la Tabla 6.20 y en la Tabla 6.21, se presentan estos porcentajes en función del género. Se han encontrado diferencias significativas en función del género. El 18,8% de los chicos que son conscientes de tener un problema psicológico también puntúan alto en sintomatología depresiva, frente a un 39,4% de chicas que reconocen tener problemas psicológicos y también puntúan alto en sintomatología depresiva. Por otro lado, el 15,3% de chicas que afirman no tener problemas psicológicos puntúan alto en sintomatología depresiva, mientras que entre los chicos, tan sólo un 6,6% de los que afirman no tener problemas psicológicos obtienen altas puntuaciones en sintomatología depresiva.

Por otro lado, del 8,4% de los chicos adolescentes que han obtenido puntuaciones en sintomatología depresiva mayores o iguales a 19, un 2,8% son

conscientes de tener algún problema psicológico frente a un 5,6% de chicos que no lo reconocen.

La tendencia observada en los chicos también se observa en las chicas, así del 21% de las chicas adolescentes que han obtenido puntuaciones en sintomatología depresiva mayores o iguales a 19, un 9,4% son conscientes de tener un problema psicológico frente a un 11,6% de chicas que no lo reconocen.

*Tabla 6.20*

*Distribución de Frecuencias y Porcentajes de Chicos Adolescentes en función de la Consciencia de tener o no tener Problemas Psicológicos y de la Sintomatología Depresiva.*

Variables			XD < 19	XD ≥ 19	Total
			69	16	85
		% dentro de	81,2%	18,8%	100,0%
	SI	Consciencia			
		% del total	12,1%	2,8%	14,9%
			453	32	485
		% dentro de	93,4%	6,6%	100,0%
	NO	Consciencia			
		% del total	79,5%	5,6%	85,1%
			522	48	570
		% dentro de	91,6%	8,4%	100,0%
		Consciencia			
		% del total	91,6%	8,4%	100,0%

XD: puntuación de corte para chicos y chicas en Cuestionario de Depresión CDI

Tabla 6.21

*Distribución de Frecuencias y Porcentajes de Chicas Adolescentes en función de la Consciencia de tener o no Problemas Psicológicos y de la Sintomatología Depresiva.*

Variables			XD < 19	XD ≥ 19	Total
			77	50	127
		% dentro de	60,6%	39,4%	100,0%
	SI	Consciencia			
		% del total	14,4%	9,4%	23,8%
Consciencia			344	62	406
de tener un		% dentro de	84,7%	15,3%	100,0%
problema	NO	Consciencia			
psicológico		% del total	64,5%	11,6%	76,2%
			421	112	533
		% dentro de	79%	21,0%	100,0%
		Consciencia			
		% del total	79%	21,0%	100,0%

XD: puntuación de corte para chicos y chicas en Cuestionario de Depresión CDI

### 6.1.8.3 Consciencia de Problemas Psicológicos y Autoestima

En la Tabla 6.22, se presentan los datos obtenidos sobre el alumnado que afirma tener problemas psicológicos. Se ha encontrado que el 25% de ellos posee una autoestima baja o muy baja. El porcentaje de participantes que afirman no tener problemas psicológicos y, sin embargo, poseen una autoestima baja o muy baja es del 8,2%.

Tabla 6.22

*Distribución de Frecuencias y Porcentajes de Adolescentes en función de la Consciencia de tener o no tener Problemas Psicológicos y de la Autoestima Negativa.*

Variables		XA <12	XA ≥ 12	Total
		159	53	212
	% dentro de	75,0%	25,0%	100,0%
SI	Consciencia			
	% del total	14,4%	4,8%	19,2%
Consciencia		818	73	891
de tener un	% dentro de	91,8%	8,2%	100,0%
problema	NO			
psicológico	Consciencia			
	% del total	74,2%	6,6%	80,8%
		977	126	1103
	% dentro de	88,6%	11,4%	100,0%
	Consciencia			
	% del total	88,6%	11,4%	100,0%

XA: puntuación de corte para chicos y chicas en Autoestima Negativa o Baja o Muy Baja Autoestima en Cuestionario de Depresión (CDI-A)

Teniendo en cuenta el género, los resultados obtenidos son presentados en la Tabla 6.23 y en la Tabla 6.24. Entre los chicos (Tabla 6.23), encontramos un 18,8% que si reconocen tener problemas psicológicos y puntúan bajo o muy bajo en autoestima. Del porcentaje de chicos que afirman no tener problemas psicológicos, un 5,2% tienen baja o muy baja autoestima. Por otro lado, del 7,2% de los chicos adolescentes que han obtenido puntuaciones en autoestima negativa mayores o iguales a 12, un 2,8% son conscientes de tener algún problema psicológico frente a un 4,4% de chicos que no lo reconocen.

Por otra parte, los datos encontrados en el alumnado de género femenino aparecen en la Tabla 6.24. El 29,1% de chicas que afirman tener problemas psicológicos obtienen bajos niveles de autoestima, mientras que un 11,8% de las chicas que afirman no tener problemas obtienen una baja o muy baja autoestima. La tendencia observada en los chicos también se observa en las chicas, así del 15,9% de las chicas adolescentes que han obtenido puntuaciones en autoestima negativa mayores o iguales a 12, un 6,9% son conscientes de tener un problema psicológico frente a un 9,0% de chicas que no lo reconocen.

Tabla 6.23

*Distribución de Frecuencias y Porcentajes de Chicos Adolescentes en función de la Consciencia de tener o no tener Problemas Psicológicos y de la Autoestima Negativa.*

Variables			XA <12	XA ≥ 12	Total
			69	16	85
		% dentro de	81,2%	18,8%	100,0%
	SI	Consciencia			
		% del total	12,1%	2,8%	14,9%
Consciencia			460	25	485
de tener un		% dentro de	94,8%	5,2%	100,0%
problema	NO	Consciencia			
psicológico		% del total	80,7%	4,4%	85,1%
			529	41	570
		% dentro de	92,8%	7,2%	100,0%
		Consciencia			
		% del total	92,8%	7,2%	100,0%

XA: puntuación de corte para chicos y chicas en Autoestima Negativa o Baja o Muy Baja Autoestima en Cuestionario de Depresión (CDI-A)

Tabla 6.24

*Distribución de Frecuencias y Porcentajes de Chicas Adolescentes en función de la Consciencia de tener o no tener Problemas Psicológicos y de la Autoestima Negativa.*

Variables			XA <12	XA ≥ 12	Total
			90	37	127
		% dentro de	70,9%	29,1%	100,0%
	SI	Consciencia			
		% del total	16,9%	6,9%	23,8%
Consciencia			358	48	406
de tener un		% dentro de	88,2%	11,8%	100,0%
problema	NO	Consciencia			
psicológico		% del total	67,2%	9,0%	76,2%
			488	85	533
		% dentro de	84,1%	15,9%	100,0%
		Consciencia			
		% del total	84,1%	15,9%	100,0%

XA: puntuación de corte para chicos y chicas en Autoestima Negativa o Baja o Muy Baja Autoestima en Cuestionario de Depresión (CDI-A)

### 6.1.9 Problemas de Salud Mental y Edad

A continuación, se van a presentar una serie de tablas en las que quedarán reflejados los datos obtenidos al relacionar la presencia de problemas psicológicos con la edad. En la Tabla 6.25, se pueden ver los porcentajes de participantes con puntuaciones elevadas de ansiedad y por edades, no encontrando diferencias significativas ( $X^2_{\text{Pearson}}(4) = 2,71; p = .608$ ).

Tabla 6.25

*Porcentajes de Adolescentes en función de la puntuación en Ansiedad y de la Edad*

Edad	XSTAIC-M < 44	XSTAIC-M ≥ 44	Total
	XSTAIC-H < 42	XSTAIC-H ≥ 42	
12	143	26	169
% dentro de Edad	84,6%	15,4%	100%
% dentro del Total	12,9%	2,3%	15,2%
13	254	49	303
% dentro de Edad	83,8%	16,2%	100%
% dentro del Total	22,8%	4,4%	27,2%
14	246	42	288
% dentro de Edad	85,4%	14,6%	100%
% dentro del Total	22,1%	3,8%	25,9%
15	206	37	243
% dentro de Edad	84,8%	15,2%	100%
% dentro del Total	18,5%	3,3%	21,9%
16	86	23	109
% dentro de Edad	78,9%	21,1%	100%
% dentro del Total	7,7%	2,1%	9,8%
Total	935	177	1112
% dentro de Edad	84,1%	15,9%	100%
% dentro del Total	84,1%	15,9%	100%

XSTAIC: Puntuaciones de corte en Cuestionario de Ansiedad STAIC;

Para chicas: XSTAIC-M; Para chicos: XSTAIC-H

En la Tabla 6.26, quedan recogidos los datos de los porcentajes de adolescentes ordenados por edades y relacionados con la mayor o menor presencia de altas puntuaciones en depresión y bajas en autoestima. Se han encontrado diferencias significativas respecto a edad y depresión ( $X^2_{\text{Pearson}}(4) = 2,71; p < 0,05$ ).

No se han encontrado diferencias significativas respecto a edad y baja autoestima ( $X^2_{\text{Pearson}}(4) = 6,70; p = 0,153$ ).



Tabla 6.26

*Porcentajes de Adolescentes en función de las puntuaciones en Depresión (CDI-D) y Autoestima (CDI-A) y de la Edad.*

Edad	CDI-D			CDI-A		
	XD < 19	XD ≥ 19	Total	XA < 12	XA ≥ 12	Total
12	148	21	169	148	21	169
% dentro de Edad	87,6%	12,4%	100%	87,6%	12,4%	100%
% dentro del Total	13,3%	1,9%	15,2%	13,3%	1,9%	15,2%
13	256	47	303	271	32	303
% dentro de Edad	84,5%	15,5%	100%	89,4%	10,6%	100%
% dentro del Total	23,0%	4,2%	27,2%	24,4%	2,9%	27,2%
14	257	31	288	261	27	288
% dentro de Edad	89,2%	10,8%	100%	90,6%	9,4%	100%
% dentro del Total	23,1%	2,8%	25,9%	23,5%	2,4%	25,9%
15	204	39	243	215	28	243
% dentro de Edad	84,0%	16,0%	100%	88,5%	11,5%	100%
% dentro del Total	18,3%	3,5%	21,9%	19,3%	2,5%	21,9%
16	84	25	109	89	20	109
% dentro de Edad	77,1%	22,9%	100%	81,7%	18,3%	100%
% dentro del Total	7,6%	2,2%	9,8%	8,0%	1,8%	9,8%
Total	949	163	1112	984	128	1112
% dentro de Edad	85,3%	14,7%	100%	88,5%	11,5%	100%
% dentro del Total	85,3%	14,7%	100%	88,5%	11,5%	100%

XD: puntuación de corte para chicos y chicas en Cuestionario de Depresión CDI-D

XA: puntuación de corte para chicos y chicas en Cuestionario de Depresión CDI-A

### 6.1.10 Problemas de Salud Mental y Género

Una vez comprobadas las diferencias entre porcentajes de adolescentes con altos niveles de ansiedad, depresión y baja autoestima en función de la edad, se analizará si existen diferencias entre los porcentajes de adolescentes con altos niveles de ansiedad, depresión y baja autoestima en función del género. En la Tabla 6.27, quedan recogidos todos estos datos.

Los porcentajes de chicos con puntuaciones altas en ansiedad son mucho más bajos que los porcentajes obtenidos para las chicas, resultando significativas las diferencias encontradas ( $X^2_{\text{Pearson}}(1) = 9,39; p < 0,01$ ).

Teniendo en cuenta el género y las altas puntuaciones en depresión, también se han encontrado diferencias significativas entre los porcentajes más bajos observados en los chicos frente a los de las chicas ( $X^2_{\text{Pearson}}(1) = 36,15; p < 0,01$ ).

Y, por último, también han resultado significativas las diferencias entre los porcentajes más bajos observados en los chicos frente a los de las chicas respecto a la presencia de baja o muy baja autoestima ( $X^2_{\text{Pearson}}(1) = 22,64; p < 0,01$ ).

Tabla 6.27

Porcentajes de Adolescentes en función del Género y puntuación en Ansiedad (STAIC) Depresión (CDI-D) y Autoestima (CDI-A)

Género	STAIC			CDI-D			CDI-A		
	XSTAIC-M < 44	XSTAIC-M ≥ 44	Total	XCDI- D < 19	XCDI-D ≥ 19	Total	XA < 12	XA ≥ 12	Total
	XSTAIC-H < 42	XSTAIC-H ≥ 42							
Chicos	503	73	576	527	49	576	535	41	576
% dentro de Género	87%	12,7%	100%	91,5%	8,5%	100%	92,9%	7,1%	100%
% del Total	45,2%	6,6%	51,8%	47,4%	4,45	51,8%	48,1%	3,7%	51,8%
Chicas	432	104	536	422	114	536	449	87	536
% dentro de Género	80,6%	19,4%	100%	78,7%	21,3%	100%	83,8%	16,2%	100%
% del Total	38,8%	9,4%	48,2%	37,9%	10,3%	48,2%	40,4%	7,8%	48,2%
Total	935	177	1112	949	163	1112	984	128	1112
% dentro de Género	84,1%	15,9%	100%	85,3%	14,7%	100%	88,5%	11,5%	100%
% del Total	84,1%	15,9%	100%	85,3%	14,7%	100%	88,5%	11,5%	100%

XSTAIC: Puntuaciones de corte en Cuestionario de Ansiedad STAIC: Para chicas: XSTAIC-M; Para chicos: XSTAIC-H. XD: puntuación de corte para chicos y chicas en Cuestionario de Depresión CDI-D. XA: puntuación de corte para chicos y chicas en Cuestionario de Depresión CDI-A.

### **6.1.11 Familiaridad con Personas con Problemas de Salud Mental y Edad**

Otro punto que se consideró importante abordar fue el de comprobar si existe relación entre familiaridad con personas con problemas de salud mental y edad.

En la Tabla 6.28, puede apreciarse que el porcentaje de adolescentes que conocen personas con problemas de salud mental se va incrementando a medida que la edad va subiendo de 12 a 16 años. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ( $X^2_{\text{Pearson}}(4) = 11,03; p < 0,05$ ).

Tabla 6.28

*Porcentajes de Adolescentes en función de la Edad y de su respuesta a la pregunta referente a si conocen a alguna persona de su entorno con problemas psicológicos*

Edad		Contacto		Total
		SI	NO	
		70	99	169
12	% dentro de Edad	41,4%	58,6%	100%
	% dentro del Total	6,3%	9,0%	15,3%
		135	165	300
13	% dentro de Edad	45,0%	55,0%	100%
	% dentro del Total	12,2%	14,9%	27,1%
		127	159	286
14	% dentro de Edad	44,4%	55,6%	100%
	% dentro del Total	11,5%	14,4%	25,9%
		125	117	242
15	% dentro de Edad	51,7%	48,3%	100%
	% dentro del Total	11,3%	10,6%	21,9%
		63	45	108
16	% dentro de Edad	58,3%	41,7%	100%
	% dentro del Total	5,7%	4,1%	9,8%
		520	585	1105
Total	% dentro de Edad	47,1%	52,9%	100%
	% dentro del Total	47,1%	52,9%	100%

Contacto: si se conoce a alguna persona con problemas psicológicos

### **6.1.12 Grado de Familiaridad con los Problemas de Salud Mental y Estigma**

El criterio seguido para establecer los diferentes grados de *Familiaridad* con los problemas de salud mental es el de tener o no tener problemas psicológicos combinado con tener o no tener conocidos con problemas psicológicos. Estos son los grados de mayor a menor familiaridad (de 1 a 4):

- *Grado de Familiaridad 1*: Los adolescentes que tienen o han tenido problemas psicológicos y conocen a alguna persona con problemas psicológicos.
- *Grado de Familiaridad 2*: Los adolescentes que tienen o han tenido problemas psicológicos y no conocen a ninguna persona con problemas psicológicos.
- *Grado de Familiaridad 3*: Los adolescentes que no tienen ni han tenido problemas psicológicos pero sí conocen a alguna persona con problemas psicológicos.
- *Grado de Familiaridad 4*: Los adolescentes que no tienen ni han tenido problemas psicológicos y tampoco conocen a ninguna persona con problemas psicológicos.

En la siguiente Tabla 6.29, se pueden ver las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en las medidas del estigma en función del grado de familiaridad que los y las adolescentes tienen con los problemas psicológicos. Se observa cómo las medias en estigma se incrementan a medida que el grado de familiaridad es menor.

También se efectuó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor para comprobar si los diferentes grupos definidos por la variable grado de Familiaridad (*tener o no tener un problema psicológico y la variable conocer o no conocer a personas con problemas psicológicos*) difieren en las puntuaciones obtenidas en la variable *estigma*. El ANOVA de un factor permite concluir que los adolescentes con distintos grados de familiaridad difieren en las puntuaciones de *estigma hacia los*

*compañeros con problemas psicológicos*, siendo las puntuaciones de estigma más elevadas cuanto menor es el grado de familiaridad. Según vemos en la Tabla 6.29, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas de la Escala 3E: Estereotipos ( $p= 0,002$ ), Prejuicios ( $p= 0,000$ ), Discriminación ( $p= 0,001$ ) y en las puntuaciones totales de la Escala 3E ( $p= 0,000$ ).

Tabla 6.29

*Medias y Desviaciones Típicas y ANOVA de medidas del Estigma en función del grado de Familiaridad con los Problemas Psicológicos*

Variables	Tener un problema psicológico	Contacto con personas con problemas psicológicos	M	DT	N	F	p
Subescala Estereotipos	SI	SI	9,63	2,70	146	5,149	0,002**
		NO	9,80	2,80	66		
	NO	SI	10,05	2,82	371		
		NO	10,54	2,88	517		
Subescala Prejuicios	SI	SI	12,70	3,30	146	8,294	0,000**
		NO	13,41	4,28	66		
	NO	SI	14,07	3,94	371		
		NO	14,47	4,01	517		
Subescala Discriminación	SI	SI	16,91	4,19	146	5,458	0,001**
		NO	17,95	4,98	66		
	NO	SI	18,06	4,64	371		
		NO	18,68	4,99	517		
Escala 3E	SI	SI	39,25	8,60	146	7,725	0,000**
		NO	41,16	11,06	66		
	NO	SI	42,17	10,05	371		
		NO	43,68	10,64	517		

\*\*  $p \leq 0,01$  \*  $p \leq 0,05$

Tras la aplicación de las pruebas post hoc (HSD de Tukey), como queda reflejado en la Tabla 6.30, se encontraron diferencias significativas en las medias obtenidas en nivel de *estigma*, entre los grupos de adolescentes con los grados de Familiaridad 1 y 4 y con los grados 1 y 3. También se encontraron diferencias significativas en las medias del nivel de estigma obtenidas en la subescala de Estereotipos entre los grados de Familiaridad 1 y 4. Con los resultados obtenidos a través de la subescala de Prejuicios, se comprueba que existen diferencias significativas a nivel de estigma entre los adolescentes con grado de Familiaridad 1 y 3 y entre los adolescentes con grados 1 y 4. Y, por último, en las puntuaciones medias obtenidas por los adolescentes en la subescala de Discriminación también se ha constatado que existen diferencias significativas entre los que poseen el grado de Familiaridad 1 y el 4.



Tabla 6.30

Comparaciones Múltiples. HSD de Tukey. Medidas de Estigma en función del grado de Familiaridad con los Problemas Psicológicos.

Grados de Familiaridad		HSD deTukey	HSD deTukey	HSD deTukey	HSD deTukey
		<i>p</i> Estereotipos	<i>p</i> Prejuicios	<i>p</i> Discriminación	<i>p</i> Estigma
1	2	,980	,610	,462	,589
	3	,429	,002**	,068	,018*
	4	,004**	,000**	,000**	,000**
2	1	,980	,610	,462	,589
	3	,905	,598	,998	,879
	4	,189	,168	,642	,233
3	1	,429	,002**	,068	,018*
	2	,905	,598	,998	,879
	4	,059	,435	,220	,133
4	1	,004**	,000**	,000**	,000**
	2	,189	,168	,642	,233
	3	,059	,435	,220	,133

\*\*  $p \leq 0,01$  \*  $p \leq 0,05$

En el siguiente capítulo se presentan la discusión de los resultados y las conclusiones de la investigación realizada.



**CAPÍTULO VII**  
**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**



## DISCUSIÓN

En este último apartado se trata de recapitular los resultados del presente trabajo de tesis doctoral en relación a los objetivos de investigación planteados y que se han centrado en el estudio del estigma hacia los pares con problemas de salud mental en población adolescente general y de los factores que pueden estar interviniendo o mediando en este proceso de estigmatización.

Se exponen también las limitaciones del estudio, sus posibles aplicaciones prácticas en el ámbito de la psicología comunitaria y los planteamientos de continuidad y líneas de investigación futuras.

Existe una gran variabilidad respecto al estigma en función de las personas, los grupos y las situaciones. La comprensión de los factores que hacen que en la adolescencia se obtengan altos niveles de estigma puede derivar en la creación de programas de intervención educativa que prevenga la aparición o el mantenimiento de estereotipos, prejuicios y conductas discriminativas hacia los pares con problemas de salud mental. Factores que pueden estar mediando en el proceso de estigmatización y han sido incluidos en el desarrollo de la tesis son: la edad, el género, afirmación (consciencia) de tener o haber tenido problemas de salud mental, presencia de sintomatología clínica, haber ido a consulta psicológica y grado de familiaridad con los problemas de salud mental.

Esta investigación parte del supuesto de que los chicos y las chicas que reconocen tener o haber tenido problemas psicológicos, los que tienen altas puntuaciones en ansiedad, depresión y/o autoestima negativa, quienes han ido a consulta psicológica y/o los que tienen relación con algún familiar, amigo, compañero, conocido o vecino con problemas psicológicos, están más sensibilizados con los temas de salud mental y desarrollan actitudes menos estigmatizadoras y más prosociales hacia sus iguales con problemas de salud mental, por lo que sus puntuaciones en las medidas del estigma serán más bajas que las obtenidas por los adolescentes y las adolescentes menos sensibilizados. También se parte de que

variables tales como la edad y el género pueden tener un papel importante en el desarrollo del estigma.

## 7.1 EL ESTIGMA Y SU RELACIÓN CON LA EDAD

En el estudio empírico se planteó si la variable edad podría ser relevante en cuanto al estigma hacia los pares, los datos obtenidos sugieren que en todos los grupos de edad (de 12 a 16 años) existen diferencias significativas en algunas de las medidas del estigma (Escala 3E y subescalas de Estereotipos y de Discriminación). No se observan diferencias significativas en las medias obtenidas en la subescala de Prejuicios ni en las obtenidas en el Cuestionario r-AQ. Corrigan et al. (2007) tampoco encontraron en su investigación diferencias significativas entre los resultados obtenidos en el r-AQ de los diferentes grupos de edad evaluados. Se observa un aumento en el nivel de estigma de los 12 a los 14 años y una disminución del estigma desde los 14 a los 16 años. La edad de los 14 años parece ser clave, dado que en todas las puntuaciones medias de las medidas del estigma se produce el pico más elevado. ¿Qué puede explicar este repunte? En la revisión teórica presentada en los primeros capítulos de esta tesis, se han presentado diferentes investigaciones y trabajos que pueden ayudar a explicar este elevado nivel de estigma hacia los pares con problemas de salud mental. En primer lugar, destacar que la edad de los 14 años coincide con la transición de la etapa de adolescencia temprana (11-13 años) a la etapa de la adolescencia intermedia (14-16 años) en la que, aunque todavía continúan los cambios físicos, las preocupaciones comienzan a centrarse en el descubrimiento de la propia identidad; una etapa filosófica, en la que se plantean preguntas sobre la realidad, la política, la religión, los valores, la familia; se valora de manera especial la libertad y autonomía, molestan los límites y controles parentales y sociales y aunque el grupo de iguales sigue siendo fundamental, las relaciones de pareja cobran una mayor importancia (Vargas-Trujillo & Barrera, 2002).

Cardenal y Fierro (2003) concluyeron de los paradójicos resultados de su estudio que relacionaban altos niveles de autoestima con bajos niveles de empatía y conducta prosocial y más frecuencia de conductas de rechazo en adolescentes de 14 a

17 años, que quizás el proceso de desarrollo moral que conduce al altruismo y al comportamiento prosocial requiera en la adolescencia un período de intenso egocentrismo para consolidar la identidad personal. Selman (1980) explica, en su teoría del conocimiento social, los procesos a través de los que niños, niñas y adolescentes conceptualizan a los demás y aprenden a comprenderlos. El conocimiento social implica empatía, comprensión de los diferentes puntos de vista de los demás, pensamientos y sentimientos, actitudes y comportamientos sociales. Es a partir de los 15 años cuando se produce un avance del quinto al sexto estadio, un nivel más abstracto en el que se adopta una perspectiva de interacción simbólica. Se tienen en cuenta las perspectivas de la sociedad, las del individuo y el grupo. Se comprende la relatividad de las perspectivas y la posibilidad de adoptar nuevos puntos de vista fuera del grupo o de una sociedad determinada.

Por otro lado, Hernández-Guanir (2009), en sus estudios sobre inadaptación personal, expone que es, a partir de los 14 años, cuando el miedo se asocia a la culpabilidad y el momento en el que la tensión vivida se suele externalizar responsabilizando a los demás, a través de mecanismos de proyección y extrapunición, del propio malestar, miedo y/o frustración. Según algunos autores (Aboud, 1988; Adorno et al., 1965), los y las adolescentes que aprenden a expresar sus tensiones, hostilidades o diferencias de opinión hacia los padres y otras figuras de autoridad tienen menos motivos para ser prejuiciosos. Aboud (1988) habla de un tipo de prejuicio, menos prevalente en adultos, que es aquel en el que se reflejan las propias dificultades transitorias para manejar los retos que plantea la vida. No hay evidencia de ira fuerte, pero sí de un sentimiento de frustración con los problemas actuales sociales y personales. De los problemas y frustraciones se culpa a otras personas, como los padres y los miembros de exogrupos.

También habría que tener en cuenta la teoría evolutiva de Piaget (1932), según la cual es probable que el egocentrismo aumente cada vez que el niño comience a enfrentarse con un campo nuevo de acción cognoscitiva. A medida que domina y se reafirma en este nuevo campo, el egocentrismo comienza a disminuir. Este repunte del egocentrismo forma parte del modelo del equilibrio que Piaget utiliza para explicar el desarrollo cognoscitivo. Son tres los puntos álgidos en los que resurge con fuerza el egocentrismo, dos de ellos en la primera infancia y otro en la

adolescencia, cuando el pensamiento reflexivo se hace extensivo al ámbito de lo posible (Flavell, 1979). Quizás este egocentrismo pueda explicar el repunte del nivel de estigma a los 14 años.

Aboud (1988) alerta sobre la posibilidad de que el prejuicio en los niños, niñas y adolescentes puede variar, no sólo a causa de las diferencias individuales, sino también porque cada edad trae consigo un conjunto diferente de capacidades personales y limitaciones sociales que plantean retos evolutivos o hitos (Graber y Brooks-Gunn, 1996). Dichos hitos, entendidos como momentos clave (por ejemplo, el cambio de un centro educativo a otro), ejercerán una gran influencia en la adaptación posterior del adolescente. A la edad de 14 años se pasa de 2º a 3º curso de ESO, un ciclo educativo con mayores exigencias curriculares, cambio que podría estar actuando como otro hito o estresor (Compas, 1995). Quizás esta edad, aparte de las etapas evolutivas cognitiva y moral alcanzadas, sea un punto clave en el desarrollo de su identidad personal y social en el que los adolescentes y las adolescentes quieren afirmarse, mostrando abiertamente sus creencias y sus intenciones conductuales discriminativas hacia los iguales con problemas de salud mental. Según Erikson (1995), en esta etapa se agrupan en clanes o camarillas y excluyen a todos los que son diferentes. Esta intolerancia, dice el autor, es una defensa contra su sentimiento de confusión de identidad. Una postura de autosuficiencia defensiva adoptada frecuentemente por los adolescentes como mecanismo de defensa, por la que ellos se distancian de una realidad que les incomoda o les asusta y a la que no saben cómo hacer frente. Este mecanismo de la autosuficiencia defensiva no se relaciona con adaptación o inadaptación personal, más bien hace referencia a una excesiva autovaloración, una exaltación del yo y la utilización de los mecanismos de proyección y extrapunición ya comentados (Hernández-Guanir, 2009).



## 7.2 EL ESTIGMA Y SU RELACIÓN CON EL GÉNERO

En el estudio del estigma hacia los problemas de salud mental, el género ocupa un importante lugar. Habría que estudiar este tema en profundidad, pues respecto a la mujer con problemas de salud mental hay que tener en cuenta la coexistencia de dos estigmas: ser mujer y tener problemas psicológicos.

Los resultados de investigaciones centradas en los modelos de atribución y aceptación social, indican que la edad, el género y la responsabilidad percibida del problema mental son los tres predictores más importantes de la aceptación de los pares. En una reciente investigación (Swords et al., 2011), se ha puesto de manifiesto que los chicos (de 6 a 16 años) que responsabilizan a otros chicos por su depresión o su TDAH, muestran una menor aceptación de ellos. Las chicas participantes en este estudio dieron calificaciones más altas de aceptación y un menor nivel de estigma, tanto para personajes masculinos como femeninos con TDAH y con depresión. En esta misma línea van los resultados obtenidos por Farina (1981), en cuya investigación, las mujeres puntúan más bajo en estigma hacia los problemas de salud mental que los hombres. Existen estudios que sugieren que como la depresión es más común en las mujeres también durante la adolescencia, es posible que ellas estén más influenciadas por la familiaridad con los síntomas depresivos, por lo que pueden reaccionar de un modo menos discriminativo y estigmatizante ante sus pares con estos problemas (Dooley et al., 2012; Hankin et al., 1998; Nolen-Hoeksema et al., 1994; Yap et al., 2013). Existen estudios que confirman que los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) son más frecuentes entre las mujeres, en especial durante la adolescencia y que el riesgo de depresión y de ansiedad se incrementa con la edad (Bragado et al., 1999; Del Barrio, 2010). Éste podría ser otro de los factores que esté mediando en el menor nivel de estigma existente en adolescentes del género femenino.

Sin embargo, hay estudios, como el realizado por Corrigan et al. (2007), en el que no se encuentran diferencias significativas en nivel de estigma (Cuestionario r-AQ) en relación a la variable género. En el estudio empírico de la tesis que se presenta, sí se han encontrado diferencias significativas en relación al género en todas las medidas utilizadas, entre ellas, la obtenida con el Cuestionario r-AQ que también utilizó el autor en la citada investigación (Corrigan et al., 2007). Las

puntuaciones medias obtenidas han sido significativamente más bajas en el grupo de las adolescentes que en el de los chicos, tanto a nivel de estigma general (Escala 3E y r-AQ) como a nivel de estereotipos, prejuicios y discriminación. La diferencia más notable es la encontrada en la medida del estigma con la escala 3E en la que los chicos obtienen una media ( $M=45,5$ ) mucho más elevada que la obtenida por las chicas ( $M=39,2$ ). Los resultados obtenidos por Pinfold et al. (2003) apoyan estos datos. En un estudio realizado en colegios del Reino Unido con un programa educativo, se comprobó que las adolescentes obtenían puntuaciones más bajas de estigma que los chicos. Méndez et al. (2002) también ponen de relieve, en su estudio sobre diferencias de género y edad en la etapa de la adolescencia respecto a las relaciones sociales, la existencia de puntuaciones más elevadas en conducta prosocial en adolescentes de género femenino y en conducta antisocial en adolescentes de género masculino. Según los autores (2002), estos datos se pueden justificar por los diferentes patrones de desarrollo social seguidos en el proceso de socialización en función de estereotipos de género y las pautas educativas adaptadas a estos estereotipos: en los chicos se fomenta la aserción negativa y el comportamiento competitivo y en las chicas la conducta prosocial, de ayuda y cuidado de los demás, de ceder ante los deseos de los demás.

Shear et al. (2009) apoyan la existencia de diferencias de género constantes respecto a rasgos de personalidad. En su estudio, las mujeres puntuaban más alto en empatía y ayuda, mientras los hombres lo hacían en afirmación y agresión. Mason et al. (2015) también encontraron en su estudio con adolescentes que ser mujer y creer que la persona está enferma predice de forma consistente una actitud de ayuda y entrega hacia ella. Estos datos resultan interesantes porque apoyan los obtenidos en la presente investigación, en la que se ha visto que las mujeres obtienen un nivel significativamente más bajo de actitudes estigmatizadoras y discriminativas hacia los pares con problemas de salud mental. El hecho de que el contenido de los ítems inversos de la Escala 3E vaya referido a reacciones emocionales y conductas prosociales permite que de la obtención de resultados de más bajo nivel de estigma se pueda inferir una mayor probabilidad, en este caso, en chicas, de actitudes empáticas, de apoyo y ayuda hacia los compañeros con problemas de salud mental.

### 7.3 CORRELACIONES ENTRE ESTEREOTIPOS, PREJUICIOS Y DISCRIMINACIÓN

Aunque el estigma en salud mental es un fenómeno complejo en el que intervienen multitud de factores tanto intrapersonales (biológicos y psicológicos), como sociales, económicos y políticos y en el que, para una mayor y mejor comprensión, son necesarios diferentes niveles de análisis (Muñoz et al., 2011), en la presente investigación, el estudio se ha centrado en la dimensión individual o actitudinal del estigma público como un proceso formado por aspectos cognitivos, emocionales y conductuales conocidos como estereotipos, prejuicios y discriminación. En la revisión de la literatura existente relativa a este tema se han encontrado resultados dispares. Unos autores concluyen que hay una estrecha relación entre estas tres respuestas evaluativas de la actitud (Corrigan, 2004); otros demuestran que prejuicios y conducta no siempre van asociados (Billig, 1986) y, otros demuestran que, aunque parezca que las personas no son prejuiciosas, continúan presentando, con frecuencia, conductas discriminatorias y de rechazo y exclusión social (Meertens y Pettigrew, 1992; Navas, 1998).

Los estereotipos y los prejuicios hacia los miembros de un subgrupo suelen conducir a la discriminación de los miembros de dicho subgrupo (Corrigan, 2000; Corrigan & Watson, 2002). Una manera de aproximarse a la comprensión del estigma es interpretarlo como un conjunto de actitudes negativas, considerando las actitudes como un estado interno evaluativo hacia una persona, objeto o situación, que media entre el ambiente externo y las reacciones de la persona que quedan agrupadas en tres categorías: cognitivas, afectivas y conativo-conductuales. Sin embargo, y desde un punto de vista teórico, la actitud no pierde su carácter de variable unitaria, pues estas tres vías de expresión, aunque son diferentes entre sí, no lo son completamente, ya que todas ellas remiten a la misma variable, esto es, a la actitud y por tanto deben estar relacionadas positivamente, aunque no sea de un modo muy intenso (Morales & Huici, 2003).

El modelo teórico de Corrigan (2004) marca la utilidad y las relaciones entre las señales, los estereotipos, los prejuicios y las conductas discriminatorias para organizar un amplio conjunto de estudios sobre el estigma de la salud mental. Además presenta esta información de manera consistente con el paradigma

cognitivo-social (Eagly & Chaiken, 1993) que el autor asume en el marco teórico del estigma público de la enfermedad mental al tomar en consideración que la influencia de las señales sobre las conductas está mediada por las actitudes. Corrigan ha utilizado la teoría atribucional de Weiner (1995) sustentándola en la evidencia de las relaciones entre las señales y las tres respuestas evaluativas de la actitud. Éste sería el modelo cognitivo-social aplicado al *estigma público* que es el tipo de estigma más conocido y estudiado y que se centra en las actitudes negativas o desfavorables de la población general hacia las personas estigmatizadas (Lam et al., 2006; Link et al., 1997).

El estigma público en población infanto-juvenil es un fenómeno muy poco estudiado hasta el momento, por ello, otro de los objetivos planteados al iniciar este trabajo de investigación, fue el de realizar un análisis para comprobar si existe correlación entre estereotipos, prejuicios y conducta discriminatoria en los participantes adolescentes. De los análisis correlacionales realizados entre las tres subescalas de la Escala 3E (Estereotipos, Prejuicios y Discriminación) y con el Cuestionario r-AQ, se desprende que todas las correlaciones han resultado significativas, siendo la más elevada la obtenida entre Prejuicios y Discriminación, hecho que confirma los datos aportados por otros estudios que sugieren que los prejuicios están en estrecha relación con las conductas de discriminación y rechazo social (Corrigan, 2004; Weiner, 1993).

Los resultados obtenidos en el estudio de la tesis indican que el alumnado de 12 a 16 años contesta de forma coherente al contenido de los ítems planteados en las tres subescalas de evaluación del estigma y sugieren que sí existe relación entre los tres componentes del constructo estigma en la población objetivo de este estudio. Otro dato a destacar es que los datos obtenidos con el Cuestionario r-AQ de Corrigan (Corrigan et al., 2007) correlacionan de forma significativa con los hallados en las tres subescalas de la Escala 3E (Martínez, 2014) por lo que se sugiere que ambos instrumentos de medida comparten información, variabilidad y resultan complementarios. En estos dos cuestionarios, y de acuerdo con el modelo teórico seguido (Corrigan, 2004), se contemplan los sentimientos de compasión o de pena, como respuesta afectiva de la actitud ante la atribución de no responsabilidad y la intención conductual asociada es de ayuda, prosocial; por otro lado se comprueba

que las reacciones de aprensión y miedo ante la atribución de “peligrosidad”, dificultad o imprevisibilidad del comportamiento del compañero con problemas psicológicos, van asociadas a las intenciones conductuales de evitación. La redacción de ítems de la Escala 3E en sentido inverso, facilita la inferencia en los adolescentes con bajas puntuaciones en nivel de estigma (Estereotipos, Prejuicios y Discriminación) de una mayor frecuencia de reacciones emocionales positivas (empatía y comprensión) y de intención de conducta prosocial. Los adolescentes que piensan que sus compañeros con problemas de salud mental no son culpables o responsables de tener dichos problemas, y tampoco son peligrosos o “raros”, reaccionan de forma positiva con sentimientos de compasión y comprensión y conductas o intenciones de conductas prosociales.

#### **7.4 EL ESTIGMA Y SU RELACIÓN CON TENER PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECIBIR TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

Otro de los objetivos importantes planteados al inicio de esta tesis ha sido comprobar el grado de interiorización del estigma público por parte del alumnado con problemas de salud mental, ya que en este tipo de estudios es muy importante tener en cuenta el punto de vista del estigmatizado. En los estudios revisados se hace hincapié en la importancia de contemplar esta perspectiva, olvidada en investigaciones anteriores (Crocker & Major, 1989; Steele & Aronson, 1995). Este objetivo se ha conseguido recabando, en primer lugar, información sobre los porcentajes de alumnos y alumnas que afirman haber tenido o tener problemas psicológicos. En la muestra de 1.112 participantes de 12 a 16 años, se ha puesto de manifiesto que un 19,2% de adolescentes (40,1% de adolescentes de género masculino y 59,9% de género femenino) contestan de forma afirmativa a la pregunta planteada: ¿Tienes o has tenido un problema psicológico? Esto quiere decir que prácticamente 1 de cada 5 adolescentes tienen problemas de salud mental. Este porcentaje es muy similar al encontrado en un estudio epidemiológico realizado con población infanto-juvenil de la Región de Murcia atendida en Centros de Salud Mental (Fundación Alicia Koplowitz, 2014).

Por otro lado, en el estudio empírico de la tesis se comprueba que existe un porcentaje más elevado de adolescentes de género femenino con problemas, datos sustentados por otras investigaciones (Bragado et al., 1999; Del Barrio, 2010).

Shear et al. (2009) presentan varios estudios (Ashmore, 1990; Costa et al., 2001; Eagly & Steffen, 1986; Feingold, 1994) que apoyan la existencia de diferencias de género constantes respecto a rasgos de personalidad. Las mujeres obtuvieron puntuaciones más elevadas que los hombres en *Neuroticismo* (tendencia a la depresión, a la ansiedad y una mayor vulnerabilidad al estrés y a la inestabilidad emocional).

En el siguiente apartado de este mismo punto del capítulo, se comparan los resultados encontrados en la pregunta de si se tiene o ha tenido problemas psicológicos con los obtenidos en las dos pruebas diagnósticas (Cuestionario de Ansiedad STAIC-R y Cuestionario de Depresión y Autoestima Negativa CDI) que detectan la sintomatología depresiva, de ansiedad y de baja autoestima, y se comprueba si se mantienen los porcentajes del alumnado con problemas de salud mental detectados con la primera pregunta del protocolo de pruebas; también se verifica el nivel de conciencia de “enfermedad”.

Respecto a si tener o haber tenido un problema de salud mental influye en el nivel de estigma, los resultados sugieren que existen diferencias significativas entre quienes afirman tener problemas y los que afirman no tenerlos (en la Escala 3E y en las subescalas de Prejuicios y Discriminación). Los participantes con problemas tienen puntuaciones medias más bajas en estigma y, por tanto, una tendencia a mostrar una mayor conducta prosocial y de ayuda hacia los pares con problemas de salud mental. Se confirma, en líneas generales, lo afirmado por autores como Angermeyer y Matschinger (1996) o Yap et al. (2013), que, en sus investigaciones, demostraron que las personas que habían tenido estos problemas mostraban con mayor frecuencia reacciones prosociales hacia personas con problemas de salud mental que aquellas otras que no habían pasado por un problema mental, observándose una disminución del estigma.

Respecto a los adolescentes que han recibido tratamiento psicológico, se constata que el 23% de los participantes afirman haber ido a consulta psicológica, encontrándose diferencias significativas entre el porcentaje de chicas (54%) y el de

chicos (46%). Parece que las chicas muestran una tendencia superior a pedir ayuda profesional que los chicos. Estos datos son apoyados por el informe presentado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008), según el cual, las chicas sufren depresión más a menudo que los chicos, pero también se comunican con más facilidad y solicitan ayuda, hecho que, en algunos casos, facilita la prevención del suicidio. Esta diferencia respecto a la búsqueda de ayuda según el género podría, también, explicarse en función de los diferentes patrones de socialización seguidos en relación a los estereotipos de género.

Por otro lado, sólo se han encontrado diferencias significativas en el nivel de estigma medido a través de la subescala Discriminación entre las medias obtenidas por los adolescentes que han ido y los que no han ido a consulta psicológica. Se sugiere que los adolescentes y las adolescentes que han ido a consulta presentan una mayor tendencia a mostrar actitudes prosociales y de ayuda hacia los pares con problemas que los que no han ido. Este dato se vería apoyado por los resultados de Angermeyer y Matschinger (1996) y los de Yap et al. (2013) sobre la familiaridad y sensibilización.

### **7.5 PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, EDAD Y GÉNERO**

En un estudio presentado por Stephens et al. (2000), se encontró que los adolescentes, entre 12 y 19 años, eran los que mostraban una mayor prevalencia de problemas de salud mental. Además se prevé que para el año 2020, dicha prevalencia aumentará en niños y adolescentes hasta un 50% (Comisión Europea, 2004).

Según un informe elaborado por UNICEF (2011), la frecuencia de los problemas mentales ha aumentado en los últimos 20 años, el 20% de la población adolescente a nivel mundial tiene problemas de salud mental (porcentaje similar al obtenido en el estudio empírico de esta tesis), casi la mitad de estos problemas comienzan antes de los 14 años de edad, la depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de

edad y el suicidio es cometido anualmente por unos 71.000 adolescentes. Este informe sugiere como causas de dicho aumento, la ruptura de las estructuras familiares, el aumento del desempleo entre los jóvenes y las poco realistas expectativas educativas y profesionales que las familias tienen para sus hijos e hijas. Otros autores (Coleman & Hendry, 2003; Rutter & Smith 1995) explican dicho aumento como el resultado de la combinación de dos factores, por un lado, una cultura adolescente más aislada en la que se potencia una mayor confianza en los pares y una menor confianza en los adultos, y, por otro, la presencia en la sociedad actual de valores más individualistas.

Uno de los objetivos de esta tesis es comprobar la prevalencia de sintomatología ansiosa, depresiva y autoestima negativa en población general adolescente en la Región de Murcia. Una elevada prevalencia resaltaría la necesidad de llevar a cabo estudios sobre el estigma en estas etapas del desarrollo evolutivo a través de los que se pueda conocer y comprender mejor el proceso de estigmatización y preparar programas educativos de sensibilización hacia los problemas de salud mental adaptados a las necesidades reales de niños y adolescentes.

Tomando como referencia los datos obtenidos en el grupo de adolescentes que han respondido los cuestionarios de ansiedad y de depresión, se puede afirmar que casi el 16% de participantes presentan niveles elevados de ansiedad y casi el 15% presenta sintomatología depresiva. Por último, un 11,5% de participantes en este estudio superaron el punto de corte de autoestima baja o muy baja.

Respecto a la variable edad, en el grupo de 12 a 16 años no se encuentran diferencias significativas entre puntuaciones elevadas en ansiedad y edad. Tampoco se encuentran diferencias entre baja o muy baja autoestima y edad. Sin embargo, sí se han hallado diferencias significativas entre elevada sintomatología depresiva y edad, mostrando un incremento del porcentaje de adolescentes con depresión de los 12 (12,4%) a los 13 años (15,5%), un descenso importante de este porcentaje desde los 13 a los 14 años (del 15,5% al 10,8%) y una tendencia a incrementar de forma relevante el porcentaje de adolescentes con sintomatología depresiva de los 14 a los 16 años, pasando de un 10,8% a un 22,9%.



Las tasas de depresión aumentan de un modo más pronunciado para las chicas que para los chicos durante la adolescencia; a partir de los 15 años, las adolescentes tienen el doble de probabilidades de deprimirse que los chicos, por lo que puede ser un momento clave para investigar las diferencias de género en las respuestas que dan ambos grupos a sus pares con depresión (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994).

Respecto a la variable género, los datos obtenidos sugieren que la presencia de problemas de salud mental es mucho más elevada en adolescentes de género femenino (ansiedad, 19,4%; depresión, 21,3%; baja o muy baja autoestima, 16,2%) que en los adolescentes de género masculino (ansiedad, 12,7%; depresión, 8,5%; baja o muy baja autoestima, 7,1%). Estos datos se ven apoyados por los obtenidos en el estudio epidemiológico realizado por Bragado et al. (1995), en el que se tienen en cuenta dos fuentes de información (padres, niños y adolescentes de 6 a 17 años) y se observa un incremento notable de la prevalencia de los problemas de ansiedad (31,37%) y depresión (15,68%) a partir de los 14 años. Y, en función del género, se observa un porcentaje mayor de chicas que de chicos tanto para depresión (7,14% frente al 4,35%) como para ansiedad (31,63% frente al 23,19%).

Los datos obtenidos en la tesis también se ven apoyados por los resultados hallados por Garaigordobil y Durá (2006) en un estudio sobre autoestima con adolescentes (14-17 años) en el que las chicas tienen puntuaciones significativamente más bajas en autoestima y más elevadas en depresión y ansiedad que los chicos.

Son muchos los autores que recomiendan la creación de un marco de trabajo para evaluar el género y la cultura en las investigaciones en el campo de la salud mental, ya que dichos estudios se verán enriquecidos al incluir estas variables (Alarcón et al, 2002; Wisner, 2004). Las hipótesis planteadas sobre las causas de las diferencias en la frecuencia de los problemas de salud mental (en concreto de sintomatología depresiva y ansiedad) en función del género son variadas, unas se centran en factores biológicos (fisiología endocrina femenina, transmisión genética ligada al cromosoma X), otras se centran en los factores psicosociales, atribuyendo a la mayor cantidad de estrés soportado por las mujeres, el origen de la más elevada prevalencia de la ansiedad y la depresión en la mujer que en el hombre (Matud, 2005).

El género puede influir en todos los aspectos de la fenomenología de la enfermedad incluyendo la vulnerabilidad a los trastornos, la sintomatología, las características de la expresión de los síntomas, la historia natural de la enfermedad, la selección y respuesta al tratamiento, el apoyo social y la capacidad funcional. Además, como refiere Altemus (2009), se ha demostrado la existencia de diferencias sexuales en múltiples dimensiones de la respuesta neurobiológica comportamental al estrés, hecho que apoya la importancia del género en la determinación de la vulnerabilidad al estrés. Los acontecimientos vitales estresantes, el estrés sostenido y el trauma emocional son factores de riesgo a tener en cuenta en muchos problemas de salud mental, en especial, cuando aparecen en fases tempranas de la vida. Además, Altemus (2009) expone la hipótesis de que las mujeres presentan una mayor frecuencia de problemas de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos somatomorfos debido a una mayor exposición al estrés y a una respuesta biológica al estrés también más elevada que la observada en los hombres.

## **7.6 ESTIGMA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA**

Los resultados obtenidos en la tesis doctoral confirman la relación existente entre tener problemas de salud mental y las actitudes hacia los pares con dichos problemas. Se confirma la hipótesis de que los participantes con ansiedad muestran un nivel más bajo de estigma hacia los pares con problemas de salud mental, por estar sensibilizados y empatizar con unas circunstancias similares a las suyas (Angermeyer & Matschinger, 1996; Yap et al., 2013). También se confirman estos mismos datos respecto a los adolescentes y las adolescentes que superan la puntuación de corte en el test que evalúa la presencia de sintomatología depresiva. Quienes presentan sintomatología depresiva obtienen un nivel más bajo en estigma que los que no tienen dicha sintomatología. Similares resultados se han obtenido en participantes con baja o muy baja autoestima que obtienen niveles significativamente más bajos de estigma que quienes presentan buena autoestima. Este dato vendría a apoyar los resultados obtenidos por Cardenal y Fierro (2003) en los que se verificó una correlación negativa entre autoestima y conducta de ayuda, de forma paradójica

en función de lo que se esperaba y otros estudios demuestran (Garaigordobil & Durá, 2006). La conclusión de Cardenal y Fierro (2003) de que a mayor autoestima menor conducta prosocial, se intenta justificar con la coincidencia en la adolescencia de un periodo de intenso egocentrismo para consolidar la identidad personal. En la tesis que se presenta, las relaciones significativas entre tener ansiedad, depresión y/o baja o muy baja autoestima y mostrar más bajos niveles de estigma y por tanto, más actitudes prosociales hacia los pares con problemas de salud mental, se explicarían por la familiaridad, la empatía, la sensibilización e identificación con los compañeros que están atravesando por situaciones y circunstancias similares a las suyas.

Uno de los objetivos de la investigación es, como ya se ha expuesto, comprobar la prevalencia de sintomatología ansiosa, depresiva y autoestima negativa en población general adolescente en función del género y si tener estos problemas influye en el nivel de estigma hacia los pares con problemas de salud mental. Existen estudios que sugieren que como la depresión es más común en las mujeres durante la adolescencia, es posible que las adolescentes estén más sensibilizadas por la familiaridad con los síntomas depresivos, por lo que pueden reaccionar de un modo menos discriminatorio y estigmatizante ante sus pares con estos problemas (Dooley et al., 2012; Hankin et al., 1998; Nolen-Hoeksema et al., 1994; Yap et al., 2013).

### **7.7 CONCIENCIA DE “ENFERMEDAD” Y TENER PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

¿Son los adolescentes conscientes de sus problemas psicológicos? ¿O, guiados por las creencias culturales asimiladas, creen, más bien, que sus problemas son dificultades y vivencias propias de la etapa por la que atraviesan? ¿Es el factor de autosuficiencia defensiva el que complica el reconocimiento de la existencia de dificultades en el ámbito de la salud mental?

Éstas son algunas de las cuestiones que se plantearon para llevar a cabo el análisis sobre la conciencia que los adolescentes muestran de los problemas de salud mental que pueden presentar en esta etapa de su vida.

La conciencia de los problemas de salud mental, denominada en el ámbito psicológico como *insight*, comprende, en su acepción más amplia, la percepción y aceptación de los trastornos y sus síntomas, sus consecuencias y la actitud hacia el tratamiento y su cumplimiento (Lysaker & Buck, 2007). La adaptación personal es esencial, los adolescentes y las adolescentes con competencia personal pueden reconocer y definir sus problemas, hacer un análisis de las alternativas a la situación conflictiva y escoger la más adecuada y en caso de ser necesario buscar ayuda profesional (López et al., 2001; Rodríguez & Grossi, 1999). Sin embargo, no siempre es éste el caso.

Para comprobar si tenían conciencia de “enfermedad” se les planteó, por un lado, la pregunta de si tenían o habían tenido un problema psicológico y, por otro, se cotejaban las respuestas a esta pregunta con los resultados obtenidos en las pruebas diagnósticas. De este modo, se podría constatar si los participantes que habían respondido de forma afirmativa, obtenían también elevadas puntuaciones en los cuestionarios de ansiedad, depresión y/o autoestima negativa o no, y a la inversa, si los que habían respondido de forma negativa puntuaban bajo o no en estos cuestionarios. También se tuvo en cuenta en estos análisis el género.

Si los adolescentes y las adolescentes que afirman no tener problemas psicológicos, puntúan alto en los tests de diagnóstico clínico utilizados, se podrían sugerir varias interpretaciones:

- La primera de ellas, podría ser que estos adolescentes realmente no son conscientes de que tienen un problema psicológico, a pesar de que hayan puntuado alto en depresión o ansiedad o tengan una baja autoestima, como concluyeron Frankel y Myatt (1996) en su estudio. Esta ausencia de “insight” o conciencia de “enfermedad” puede ser debida a varios factores, uno de ellos podría ser que se han acostumbrado a vivir con el malestar; otro factor podría ser que creen que sentirse así de mal en la adolescencia es normal.

- La segunda de las interpretaciones posibles hace referencia a la condición de que, aún a pesar de ser conscientes de que tienen un problema, no quieren reconocerlo. La motivación para ello se puede encontrar en que están utilizando el mecanismo de defensa de “ocultación” para evitar ser etiquetados como 'locos' o 'débiles' y rechazados por sus compañeros, es decir, por miedo a ser estigmatizados (Jones et al., 1984; Schneider & Conrad, 1980).

El porcentaje de adolescentes que, teniendo altos niveles de ansiedad (STAIC-R), afirman tener un problema psicológico es del 34%. Sin embargo, se encuentra que un 11,4% del alumnado que afirma no tener problemas psicológicos, también puntúa alto en ansiedad. Teniendo en cuenta el género, los porcentajes resultan curiosos o paradójicos, pues, vistos los datos anteriormente expuestos, se supone que las chicas reconocen más sus problemas y así ha sucedido en la primera parte del análisis, en la que el porcentaje de chicas que reconocen que tienen un problema y que puntúan alto en ansiedad (38,6%) es superior al de los chicos (29,4%). Sin embargo, en la segunda parte del análisis, y aquí es donde aparece el dato paradójico, se comprueba que el porcentaje de chicas que dicen no tener problemas y puntúan alto en ansiedad (13,3%) es superior al de los chicos (9,9%). Parece que hay más chicas que a pesar de tener altos niveles de ansiedad no reconocen tener problemas psicológicos.

Además de valorar estos resultados en cuanto a niveles altos de ansiedad en alumnado adolescente, también se han llevado a cabo análisis similares respecto a niveles altos de depresión y de baja o muy baja autoestima.

Respecto al porcentaje de alumnado que afirma tener un problema psicológico y que presenta elevados niveles de sintomatología depresiva, se ha encontrado un 31,1%, junto con un 10,5% del alumnado que no reconoce tener problemas psicológicos y sí presenta altos niveles en sintomatología depresiva. Éstas son las diferencias en función del género:

1. El 18,8% de los chicos que reconocen tener un problema psicológico también puntúan alto en depresión, frente a un 39,4% de chicas que reconocen tener

problemas psicológicos y también puntúan alto en depresión. Como se aprecia el porcentaje de chicas con sintomatología clínica depresiva es el doble del porcentaje de chicos.

2. El 15,3% de chicas que niegan tener problemas psicológicos puntúan alto en depresión, mientras entre los chicos, tan sólo un 6,6% de los que niegan tener problemas de salud mental, obtienen altas puntuaciones en depresión. Como se puede apreciar, sucede un fenómeno similar al encontrado en la valoración de las puntuaciones en ansiedad y su relación con la respuesta de si se tienen o no problemas psicológicos, las chicas parece que no son conscientes de que se encuentran mal o quizás evitan el reconocimiento de su malestar por temor a mostrarse débiles ante los demás (confirmando este estereotipo de género).

Y, por último, respecto a la variable autoestima, el 25% del total de participantes que afirman tener problemas psicológicos, poseen una autoestima baja o muy baja. El porcentaje de participantes que afirman no tener problemas psicológicos y, sin embargo, sí poseen una autoestima baja o muy baja es del 8,2%. Haciendo el estudio en función del género, los resultados obtenidos van en la misma línea de los comentados respecto a la ansiedad y a la depresión:

- El 29,1% de las chicas que afirman tener problemas psicológicos obtienen también bajos niveles de autoestima, frente al 18,8% de los chicos en las mismas condiciones.
- Un 11,8% de las chicas que afirma no tener problemas, sí obtienen bajos niveles de autoestima, frente al 5,2% de los chicos en similares condiciones.

En resumen, estos datos pueden sugerir que las chicas son más “sufridoras” y están acostumbradas a pasarlo mal, por lo que no identifican el malestar emocional experimentado como un problema de salud mental. Las adolescentes participantes en el estudio empírico afirman no tener un problema psicológico pero sí contestan los cuestionarios de evaluación clínica mostrando altos niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y baja autoestima. Puede que crean que sentirse mal es normal, algo propio de las chicas, en parte debido a las actitudes educadoras y a los estereotipos que se transmiten y mantienen a través de la familia, el colegio y la

sociedad general (Silverio & García, 2007) y, en parte, a que por el hecho ser mujer pertenecen a un grupo estigmatizado, un grupo “subordinado” a la dominación masculina, y pueden vivir con un cierto nivel de estrés esta condición que experimentan como algo cotidiano. Las madres se convierten en muchas ocasiones en las portavoces de esos valores dominantes (Tavora, 2001). Fivush (1991) en su investigación confirmó que las madres alentaban las manifestaciones de tristeza y penalizaban las de ira en las niñas, mientras que ante los niños, ignoraban las expresiones de tristeza y eran más permisivas con las de ira.

Tanto la negación o ausencia de conciencia como la conciencia de tener un problema de salud mental implica riesgos y puede obstaculizar la recuperación de la persona (Calveti et al., 2012; Lysaker & Buck, 2007; Lysaker et al., 2007; Staring et al., 2009). Parece que el efecto de la conciencia (facilitar o bloquear la recuperación) de tener un problema de salud mental está mediado por el significado asociado al problema (Lysaker & Buck, 2007). Si los adolescente piensan que tener un problema de salud mental es un hecho terrible que les apartará de su “ansiosa” vida social, probablemente se sentirán peor, pero no reconocerán que tienen este problema, querrán seguir con su vida como si no pasase nada. Hay estudios que confirman que si se tienen altos niveles de insight asociados a creencias autoestigmatizantes los resultados respecto al tratamiento y la recuperación son negativos (Lysaker et al., 2007; Staring et al., 2009) por lo que se aconseja la preparación de programas de intervención psico-educativos que incluyan la normalización de los problemas de salud mental y la lucha contra el estigma, para mejorar el insight sin correr el riesgo del deterioro del estado de ánimo, de la autoestima y de la calidad de vida.

Si los adolescentes ocultan (por miedo al rechazo) o no reconocen (por falta de información o por miedo a ser estigmatizados) sus problemas psicológicos, ambos factores podrían estar motivados por el propio estigma hacia la salud mental y las consecuencias pueden ser muy graves. Al no buscar ayuda en sus padres o en sus amigos, tampoco en ningún profesional de la salud, los adolescentes pueden bajar el rendimiento escolar, fracasar en los estudios, sufrir un empeoramiento de la sintomatología o el aumento del riesgo de caer en adicciones, entre otras consecuencias (Pinto et al., 2012).

Los alumnos y alumnas con niveles altos de ansiedad y depresión y con alto grado de estigma hacia sus iguales, podrían anticipar el rechazo y aislarse o utilizar el mecanismo de la ocultación (ocultar o negar la presencia de problemas psicológicos) que genera una carga añadida de estrés (Pedersen, 2005), para tratar de evitar dicha experiencia negativa.

## **7.8 EL ESTIGMA Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE FAMILIARIDAD**

Como ya se comentó en la exposición de los resultados, el criterio seguido para establecer los diferentes grados de *Familiaridad* con los problemas de salud mental es el de tener o no tener problemas psicológicos combinado con tener o no tener conocidos con problemas psicológicos.

Estos son los grados de mayor a menor familiaridad (de 1 a 4):

- *Grado de Familiaridad 1*: adolescentes que tienen o han tenido problemas psicológicos y conocen a alguna persona con problemas psicológicos.
- *Grado de Familiaridad 2*: adolescentes que tienen o han tenido problemas psicológicos y no conocen a ninguna persona con problemas psicológicos.
- *Grado de Familiaridad 3*: adolescentes que no tienen ni han tenido problemas psicológicos pero sí conocen a alguna persona con problemas psicológicos.
- *Grado de Familiaridad 4*: adolescentes que no tienen ni han tenido problemas psicológicos y tampoco conocen a ninguna persona con problemas psicológicos.

De los resultados obtenidos se concluye que las medias en estigma se incrementan a medida que el grado de familiaridad es menor. Las adolescentes y los adolescentes con distintos grados de familiaridad difieren de forma significativa en cuanto a las puntuaciones obtenidas en el nivel de estigma. Se encontraron



diferencias significativas en nivel de estigma entre los grupos de adolescentes con los grados de Familiaridad 1 y 4 y con los grados 1 y 3. Se sugiere que los adolescentes y las adolescentes que tienen mayor familiaridad con los problemas de salud mental presentan más bajo nivel de estigma de lo que se infiere una mayor tendencia a mostrar actitudes prosociales y de ayuda hacia los pares con problemas. Este dato se vería apoyado por los resultados de estudios como los de Yap et al. (2013) y los de Angermeyer y Matschinger (1996) sobre la familiaridad y sensibilización. En su estudio sobre el efecto de la experiencia personal con la enfermedad mental sobre las actitudes hacia los individuos que presentan estos problemas de salud mental, concluyen que las personas con mayor experiencia personal (tener problemas psicológicos, ser familiar de una persona con problemas psicológicos, entre otras experiencias) muestran una mayor tendencia a reaccionar de forma prosocial, a desarrollar sentimientos de ansiedad con menor frecuencia y a expresar menos deseos de distancia social ante las personas con problemas de salud mental que aquellos que no tienen experiencia alguna con este tema. Un dato curioso que va en contra de los datos recién comentados, es el hallado por Corrigan et al. (2005), utilizando también el Cuestionario r-AQ, con una muestra de 303 adolescentes, exploró la relación entre el nivel de familiaridad o contacto y la discriminación hacia personas con problemas de salud mental, concluyendo de forma totalmente inesperada que a mayor familiaridad mayor discriminación.

## **7.9 CONCLUSIONES**

El análisis de los resultados obtenidos en esta investigación indica la relevancia de factores como el género, la edad y el grado de familiaridad con los problemas de salud mental y sugiere la importancia de su inclusión en investigaciones sobre el estigma en salud mental en la etapa de la adolescencia. Es importante recordar que el nivel de estigma de todos los participantes se incrementa de los 12 a los 14 años, edad en la que alcanza su punto más álgido. De los 14 a los 16 años, el nivel de estigma invierte de nuevo su dirección, descendiendo de forma significativa. Respecto al género hay que hacer dos puntualizaciones, una referente a la prevalencia de problemas de salud mental, según la cual, las chicas con depresión,

ansiedad y baja autoestima representan un porcentaje significativamente muy superior al de los chicos; otra referente al nivel de estigma, según la cual, las chicas obtienen niveles inferiores de actitudes estigmatizadoras, prejuicios y discriminación hacia sus pares con problemas que los obtenidos por los chicos en todas las edades. Las chicas presentan un mayor porcentaje de conductas prosociales hacia sus iguales con problemas de salud mental.

Por otro lado, el grado de familiaridad más alto (tener o haber tenido un problema psicológico y tener algún conocido con problemas psicológicos) correlaciona con un nivel de estigma más bajo, menos prejuicios y una mayor probabilidad de actitudes de empatía y de conductas de ayuda en los participantes del estudio. Respecto a la prevalencia de problemas de salud mental en general, los datos obtenidos corroboran también los hallados en España y a nivel internacional. Casi el 20% de los adolescentes, es decir, 1 de cada 5, tienen un problema de salud mental. Tener un problema de salud mental o tener sintomatología depresiva, ansiosa o baja autoestima se asocia a un nivel más bajo de estigma hacia los pares con estos problemas. Otro dato curioso es el de la falta de consciencia o la ocultación acerca de tener un problema de salud mental, más notable en adolescentes de género femenino que en los de género masculino y que bloquearía el acceso a la ayuda profesional con el agravamiento de la sintomatología y del sufrimiento emocional.

A la vista de los datos se hace evidente la necesidad de diseñar e implantar programas de sensibilización y educación en salud mental que favorezcan la normalización de los problemas de salud mental, el diálogo y la comunicación sobre estos temas en el grupo de iguales, la toma de conciencia o insight sobre estos problemas y la búsqueda de ayuda profesional, en caso de ser necesaria y el desarrollo de la empatía y del comportamiento prosocial hacia los pares con problemas psicológicos.

### 7.10 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Aún a pesar de que el objetivo de la investigación era demostrar que el modelo socio-cognitivo del estigma de la enfermedad mental grave de Corrigan (2004) se podía extrapolar al estigma hacia cualquier problema de salud mental, hecho que se ha comprobado, se podría decir que una limitación del estudio es que la investigación se ha centrado en el estigma hacia los problemas de salud mental en general, aunque es sabido que existen diferentes grados de estigma en función de las diferentes categorías diagnósticas (Link et al., 1999). Así, en un estudio realizado por O'Driscoll et al. (2012) motivado, por un lado, por la escasez de estudios que exploran las dificultades que los y las adolescentes con problemas de salud mental tienen en las relaciones con los pares y, por otro, por las dificultades para medir el estigma de los problemas mentales entre pares, se exploraron los patrones de estigmatización explícita e implícita de los compañeros ante dos trastornos psicológicos diferentes, el TDAH y la depresión. Los resultados obtenidos en los cuestionarios de estigma indican que los pares con TDAH son percibidos de forma más negativa que los pares con depresión en todas las dimensiones del estigma. En contraste, los hallazgos conseguidos con el Test de Asociación Implícita, sugieren que los participantes tenían puntos de vista más negativos de los pares con depresión que de los pares con TDAH.

Las conclusiones del estudio de O'Driscoll et al. (2012) ponen en evidencia la necesidad de utilizar medidas implícitas y explícitas del estigma. Ésta sería otra limitación de la investigación realizada en la tesis: el hecho de que sólo se hayan utilizado medidas explícitas del estigma, puede haber introducido el sesgo de la deseabilidad social, por lo que sería conveniente como planteamiento de continuidad de esta línea de investigación, incluir ambos tipos de medidas para poder contrastarlas.

Otra limitación del presente estudio es que no se ha tenido en cuenta la variable género, en el personaje de la viñeta de la escala de medida del estigma. Las reacciones emocionales y de intención de conducta ante una persona con problemas de salud mental no sólo difieren en función del tipo de diagnóstico, también varían en función del género de dicha persona. En el estudio empírico de la tesis, el personaje de la viñeta es de género masculino con un problema de salud mental sin

especificar y la edad, inferida, similar (ya que se presentaba como un compañero de clase con un problema de salud mental) a la del alumnado que cumplimentaba los dos cuestionarios de evaluación del estigma (3E, Martínez, 2014; r-AQ, Corrigan et al., 2007). En futuros proyectos, el personaje de la viñeta debería incluirse como una variable más dentro del diseño y metodología de la investigación, preparando varias viñetas distintas en las que se combinen tanto el género del personaje, como el cuadro clínico o sintomatología psicológica para así poder comprobar si existe realmente una diferencia significativa entre las reacciones emocionales y conductuales ante las personas con problemas mentales en función de su género y de su diagnóstico.

### **7.11 APLICACIONES PRÁCTICAS EN PSICOLOGÍA COMUNITARIA**

La lucha contra el estigma tiene varias vertientes y diferentes tipos de estrategias: la investigación, la educación, el contacto social y la protesta. Desde la psicología comunitaria, son muchos los proyectos que se pueden llevar a cabo, entre ellos, las campañas de sensibilización y de educación a población general y específica, y dado que estudios recientes sugieren que los adolescentes estigmatizan los problemas de salud mental (Chandra & Minkovitz, 2006, 2007; Mukolo et al., 2010) e interiorizan dicho estigma (autoestigma) haciendo suyas las creencias y prejuicios del estigma social percibido (Corrigan & Watson, 2007; Franke et al., 2011; Moses, 2009, 2010), es importante desarrollar este tipo de programas de lucha contra el estigma en población infanto-juvenil. Además, cada día, se concede mayor importancia a la educación y a la promoción de la salud mental como método para luchar contra el estigma (Bono et al., 2012; Catalá-López et al., 2013; García-Silberman, 2002; O'Mara et al., 2009; Ventieri et al., 2011) y para ello hay que diseñar investigaciones que se centren en el desarrollo de programas de sensibilización para niños, niñas y adolescentes y en la evaluación de la efectividad de dichos programas. De ahí, también, la necesidad de contar con instrumentos de medida contruidos y baremados con población infantil y adolescente.

El estudio de esta tesis aporta instrumentos de medida que han demostrado su fiabilidad y validez en población adolescente y datos sobre importantes factores (Género, Edad, Grado de Familiaridad) que están mediando en el proceso de estigmatización en adolescentes, también sobre la alta prevalencia de los problemas de salud mental en esta población, una tendencia a la ocultación de los problemas de salud mental sobre todo en las participantes de género femenino y una cierta resistencia a la búsqueda de ayuda inferida de la falta de conciencia de enfermedad.

Una posible aplicación práctica de esta investigación sería llevar a cabo programas de sensibilización y educación en salud mental en las aulas en los que se hagan partícipes del proceso a padres, madres, alumnado y profesorado y que permitan la normalización de los problemas de salud mental, mejoren el autoconocimiento, el aprendizaje de la expresión de emociones y de estilos comunicativos y de relación saludables; que aporten información sobre los distintos problemas de salud mental y estrategias sobre cómo ayudar a los pares que se encuentran en problemas y sobre cómo pedir ayuda en caso de ser necesario. Estos programas deberían estar diseñados con una evaluación pre-intervención para conocer el nivel de estigma inicial del alumnado, padres, madres y profesorado y otra evaluación post-intervención para comprobar la eficacia y el impacto del programa.

Otra aplicación práctica que puede derivarse de las conclusiones de la investigación realizada, es la creación y desarrollo de programas de contacto social, pues los resultados obtenidos constatan el importante papel del grado de familiaridad en el nivel de estigma, ya verificado en investigaciones llevadas a cabo por otros autores (Angermeyer y Matschinger, 1996; Martínez et al., 2015; Yap et al., 2014). Dos podrían ser, entre otros, los objetivos principales de estos programas. A través del contacto social semanal entre participantes con y sin problemas de salud mental, en talleres de creación de proyectos y formación, basados en las técnicas del aprendizaje cooperativo se conseguiría:

- Favorecer la normalización de la salud mental y erradicación de prejuicios en el grupo general de participantes.
- Promocionar la inclusión y participación social, el empoderamiento y la recuperación de los participantes con problemas de salud mental.

Las personas no se recuperan solas. El proceso de recuperación se encuentra muy relacionado con los procesos de inclusión social. La actitud de apoyo y empatía de familia, amigos, vecinos y otras personas del entorno social en el que se mueve la persona con problemas de salud mental, son cruciales en el proceso de recuperación (Shepherd et al., 2008).

Otra aplicación práctica, derivada de las conclusiones de este estudio, sería la formación y preparación sobre el complejo proceso de estigmatización, sus graves consecuencias y las estrategias existentes para ganarle la batalla al estigma, en el marco de las Universidades y de los Centros Sanitarios, de los estudiantes como futuros profesionales y de los ya profesionales en ejercicio dentro del área de salud mental. Es muy importante que los profesionales de la salud mental, como parte de la cadena de estigmatización, estén más familiarizados con el empoderamiento del usuario, modifiquen sus propias actitudes negativas y de discriminación y se conceda mayor importancia al apoyo entre iguales (Muñoz et al., 2009; Shepherd et al., 2008).

## **7.12 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS**

La investigación que se ha presentado tiene como objetivo general la evaluación del estigma hacia los pares con problemas de salud mental en población adolescente y en el entorno escolar y como objetivos más específicos, comprobar la existencia de otras variables que podrían estar modulando la presencia y la intensidad de las reacciones estigmatizadoras hacia los iguales en el entorno escolar. Como ya se ha mencionado en otros estudios (Link et al, 2004), el estigma a este nivel se centra en la presencia de reacciones emocionales negativas hacia estos compañeros.

En la mayor parte de los artículos acerca del estigma de los problemas de salud mental, los autores (Corrigan et al., 2007; Link et al., 2004; Pinto et al., 2012) suelen concluir con la necesidad de abrir nuevas líneas de investigación que aborden y profundicen en el estudio de los mecanismos a través de los que se perpetúan los estereotipos y el momento en que los niños y niñas comienzan a desarrollar

conceptos acerca de la enfermedad y la salud mental. Existen tres importantes aspectos relacionados con el estigma que es necesario tener en cuenta en su estudio: los atributos que estigmatizan, los procesos de estigmatización y las dinámicas estigmatizantes, es decir, las interacciones sociales en contextos concretos en los que se produce la discriminación de las personas estigmatizadas (Badallo, 2012).

La representación del estigma se construye a lo largo de la historia y en cada sociedad y contexto histórico-político y cultural. Dado que el entorno escolar es tan importante en la etapa de la adolescencia, como escenario donde se pone en juego el desarrollo de la identidad personal y social y teniendo en cuenta la alta prevalencia de los problemas de salud mental en estas edades, es importante continuar profundizando en el estudio y comprensión del estigma hacia los pares con problemas de salud mental en los centros educativos y considerar el papel que padres, madres y profesorado pueden desempeñar en el proceso de normalización y educación en salud mental.

Otro punto en el que se considera relevante profundizar hace referencia al estudio del estigma de los problemas de salud mental y su relación con las variables de género, edad y etnicidad. Respecto al género: Estudiar cómo influye el género del adolescente “estigmatizado” con problemas de salud mental en el proceso de estigmatización. O’Driscoll et al. (2012) concluyeron que los adolescentes varones muestran una evaluación negativa más fuerte de los compañeros con depresión, que hacia las compañeras con depresión. Aquí, cabría preguntarse si estará mediando el estereotipo de que las mujeres son débiles para no mostrar reacciones de enfado o rechazo ante ellas por sus problemas de salud mental. Por lo que se evidencia la necesidad de estudiar los procesos de estigmatización en función del género del estigmatizado. Cuando se mide el estigma, en las viñetas, por regla general, se utilizan personajes masculinos como ya se ha comentado. Tendrían que prepararse viñetas con personajes de ambos géneros y comprobar los efectos que se producen para mejorar la comprensión del papel del género en este proceso de estigmatización. Analizar cómo influye el género del adolescente que estigmatiza en la dinámica de estigmatización ante pares de género femenino y ante pares de género masculino con problemas de salud mental, qué procesos de socialización subyacen a las diferencias encontradas entre los más bajos niveles de estigma en adolescentes de género

femenino y si dichos niveles se mantienen con independencia del género del par con problemas.

Desde la perspectiva del estigmatizado, en este caso estigmatizada, también respecto al género, es interesante estudiar los factores que intervienen en el hecho de que, a pesar de que, ya de por sí, existe una mayor prevalencia de adolescentes de género femenino con cuadros de ansiedad, depresión y/o baja o muy baja autoestima, también existe un porcentaje más elevado de chicas que de chicos que tienen estos mismos problemas y no lo reconocen. Cabría preguntarse: ¿Creen las chicas que sentir esos niveles de ansiedad o depresión es algo normal o saludable? ¿Por qué no identifican estos altos niveles de ansiedad o depresión como problemas psicológicos? ¿Acaso está mediando el estigma de ser mujer y la amenaza de estereotipo de que las mujeres son débiles, y no quieren evidenciarlo?

Estudiar la variable etnicidad y su relación con el estigma en salud mental, podría ser una línea de investigación de interés, dado los elevados porcentajes de inmigrantes residentes en la región de Murcia. Según el Centro Regional de Estadística de Murcia, durante el curso 2012-2013, el 11,33% del alumnado matriculado en Educación Primaria y el 14,48% del matriculado en Educación Secundaria, son extranjeros. Esta línea de investigación podría centrarse en el estudio de los factores que median en el doble estigma de ser emigrante y persona con problemas de salud mental (Ibáñez, 2015); también analizar si el hecho de pertenecer a un grupo estigmatizado (“chinos”, “marroquíes”, “rusos”, “negros”, etc.) por ser de una etnia o cultura diferente influye en el nivel de estigma hacia las personas con problemas de salud mental. Se podría suponer que por pertenecer a un grupo estigmatizado, las personas estarían más sensibilizadas y no tendrían actitudes estigmatizadoras hacia otras personas que también son estigmatizadas por tener un problema de salud mental o si, por el contrario, esto no influye para nada.

Otra línea de investigación interesante sería abordar el estudio del estigma contemplándolo desde la psicología del desarrollo evolutivo, utilizando un diseño experimental que pudiera aportar datos que ayudasen a clarificar los factores que están mediando en el proceso de estigmatización para que se haya producido este notable incremento en el nivel de estigma a la edad de los 14 años y un descenso de este nivel de los 14 a los 16 años. Si están interviniendo factores que a ciertas edades



hacen a las personas más resilientes o más vulnerables al estigma y la identificación de estrategias de afrontamiento efectivas para abordar las situaciones que suponen una amenaza para el estigmatizado.

También sería útil investigar sobre el tema de la conciencia de “enfermedad/salud mental” y el autoestigma en adolescentes con problemas, dado que de ello depende la autoestima, la búsqueda de ayuda y la recuperación de la salud. Será importante estudiar el grado de relación entre el autoestigma y las diferentes categorías diagnósticas. Las creencias y prejuicios interiorizados se supone que serán diferentes si el adolescente tiene una psicosis, un cuadro de fobia social, una depresión o un trastorno obsesivo compulsivo y las estrategias de afrontamiento de la discriminación también. Muñoz et al. (2009) apreciaron que el aislamiento y la ocultación de la enfermedad son dos estrategias utilizadas ante el rechazo (Garay et al., 2014; Link et al., 1999). Investigar sobre el sentido que cada uno le da a la enfermedad determinará si ser consciente de ella supone un revulsivo para buscar ayuda o el sentimiento de hundimiento y desesperanza ante la meta de la recuperación. Investigar también sobre los procesos que forman las distintas percepciones de los problemas de salud mental y sobre qué tipo de experiencias educativas pueden favorecer una mejor comprensión y unas ideas más adecuadas y positivas acerca de los problemas de salud mental y de las personas que los presentan de modo que se evite la aparición de conductas discriminativas y de rechazo social, por un lado, y, por otro, el desarrollo del autoestigma.

A la vista de los resultados obtenidos, en el futuro habría que contemplar el estudio de las variables de ansiedad y depresión, no sólo desde el punto de vista del estigmatizado, sino también, desde el punto de vista de quien estigmatiza, pues el estigma suele ir asociado a distintas categorías diagnósticas; no se piensa, ni se reacciona emocional y conductualmente de igual manera, ante un compañero con depresión, con esquizofrenia, con TDAH o con ansiedad. Un hallazgo clave de algunos estudios (Swords et al., 2011) es que los adolescentes no tienen una concepción unitaria de los problemas de salud mental. Sus percepciones, juicios, atribuciones, reacciones emocionales e intenciones de conducta hacia el par con problemas de salud mental varían en función de los diferentes tipos de patologías. Según estos autores, habrá que dirigir los esfuerzos de investigación a la

comprensión de los factores que median en esta variedad de reacciones, con el objetivo final de promover las interacciones positivas dentro del grupo de pares.

Además, sería conveniente perfilar la Escala de Evaluación del Estigma 3E (Martínez, 2014), diseñada para llevar a cabo esta tesis, realizando algunos análisis con los datos obtenidos, puliendo algunos ítems que aporten más información. Teniendo en cuenta que, tras la elaboración de la escala se contemplaron, a parte del marco teórico de Corrigan (2004), las conclusiones de los trabajos de otros autores (Angermeyer et al., 1999; Link et al., 2004; Watson et al., 2004) sería conveniente llevar a cabo una revisión y elaborar una versión breve de este instrumento que evalúe las reacciones emocionales hacia los pares con problemas de salud, presentando una serie de viñetas que muestren una variedad de cuadros diagnósticos y cuyos personajes sean de género femenino y masculino. Según Angermeyer et al. (2010), las reacciones emocionales (agresividad: enfado; reacciones prosociales: ayuda y simpatía; ansiedad y miedo) son importantes porque pueden predecir con fuerza conductas de distanciamiento social y discriminación de las personas con problemas de salud mental.

Una línea de investigación interesante derivada de los modelos de estigma basados en la teoría de la atribución, podría centrarse en la discusión sobre la aplicabilidad de las conclusiones encontradas en las verificaciones empíricas de dichos modelos. En concreto, el punto que más se ha debatido, pues tiene tanto defensores como detractores, es el de la *atribución de control* sobre los problemas de salud mental y su utilización en *campañas de sensibilización* y lucha contra el estigma dirigidas tanto a población general, como específica (Angermeyer et al., 2011; Shepherd et al., 2008). Es importante reflexionar sobre este tema, para la creación e implantación de campañas anti-estigma. En principio, y a nivel de investigación, cabría preguntarse: ¿Por qué adultos y adolescentes atribuyen la responsabilidad de la enfermedad mental al que la padece? ¿Sucede igual cuando se trata de enfermedades físicas? ¿La atribución de responsabilidad o controlabilidad es sólo en el inicio de la enfermedad o también en el mantenimiento, curso o cronicidad de los problemas de salud mental?

Y, como es cierto que existe la creencia de que las personas son responsables de sus problemas de salud mental, es necesario trasladar a la sociedad la idea de que

esta creencia es errónea, que las personas no tienen control sobre su enfermedad, mas esa atribución no debería basarse en argumentos genéticos o bioquímicos que conllevan un cierto nivel de desesperanza ante la imposibilidad del cambio – estabilidad de la causa-, sino en un compendio de factores bio-psico-sociales y culturales que se hallan en la base de la psicopatología de los problemas mentales. Existen abundantes pruebas de que las campañas de sensibilización para reducir el estigma hacia los problemas de salud mental que se han basado en modelos biogenéticos de los problemas de salud mental graves han sido contraproducentes (Angermeyer et al., 2011). Desde el Modelo de Recuperación (Andresen et al., 2003; Shepherd et al., 2008) se tienen en cuenta, no sólo la dimensión biológica, sino también las dimensiones sociales, culturales y psicológicas. Continuando con esta línea de investigación, se podría analizar si la atribución de no responsabilidad estaría en la causa, en el origen de la enfermedad, pero no en el mantenimiento, ya que adolescentes y adultos sí pueden ejercer su responsabilidad y mantener un “cierto” control en el proceso de recuperación de la salud, desde el momento en que se decide la búsqueda de ayuda profesional, pasando por la adherencia y seguimiento del tratamiento (psicológico, y psicofarmacológico, si es necesario) hasta la auténtica y profunda implicación en la puesta en marcha de las soluciones.

Sin duda, hay que continuar investigando para estar en condiciones de preparar y planificar programas de intervención en entornos educativos para combatir el estigma, prevenir la aparición de conductas de discriminación o acoso escolar hacia los iguales con problemas de salud mental, favorecer el cambio de actitudes hacia estos compañeros y educar promocionando hábitos positivos sobre el cuidado de la salud mental, como la comunicación asertiva, la expresión de las emociones, el desarrollo de la empatía y la cooperación en las relaciones interpersonales, también facilitando la búsqueda de ayuda profesional y evitando, de este modo, las graves consecuencias que este estigma conlleva en el área de la salud. y el bienestar emocional y a nivel de la inclusión y participación escolar y social de todo el conjunto de adolescentes.



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Aarts, H., Chartrand, T., Custer, R., Danner, U., Dik, G., Jefferis, V. E., & Cheng, C. M. (2005). Social stereotypes and automatic goal pursuit. *Social Cognition*, 6, 465-490.
- Aboud, F. E. (1977). Interest in ethnic information: a cross-cultural developmental study. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 9, 134-146.
- Aboud, F. E. (1980). A test of ethnocentrism with young children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 12, 295-209.
- Aboud, F. E. (1988). *Children & Prejudice*. Cambridge, USA: Balckwell.
- Aboud, F. E. (1993). The developmental psychology of racial prejudice. *Transcultural Psychiatry Research Review*, 30, 229-242.
- Aboud, F. E. (2003). The formation of in-group favoritism and out-group prejudice in young children: Are they distinct attitudes? *Developmental Psychology*, 39, (1), 48-60.
- Aboud, F. E., & Fenwick, V. (1999). Exploring and evaluating school-based interventions to reduce prejudice. *Journal of Social Issues*, 55, (4), 767-785.
- Aboud, F. E., & Doyle, A. B. (1996). Parental and peer influences on children's racial attitudes. *International Journal of Intercultural Relations*, 20, 243-254.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, (1), 49-74.
- Adlaf, E., Paglia-Boak, A., Beitchman, J., & Wolfe, D. (2005). *The mental health and well-being of Ontario student 1991- 2005 (Rep. N° 18)*. Centre for Addiction and Mental Health.
- Adorno, T., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. J., & Sanford, R. (1965). *La personalidad autoritaria Volumen I y II*. Buenos Aires: Proyección.

- AEN (2008). Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2007. *Cuadernos Técnicos*, 8.
- Aggleton, P., Whitty, G., Knight, A., Prayle, D., & Warwick, I. (1996). *Management summary of promoting young people's health: the health concerns and needs of young people*. Londres: Education Authority.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. A. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. United States of America: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. A. (1975). Bayesian analysis of attribution processes. *Psychological Bulletin*, 82, 261-277.
- Alarcón, R. D., Bell, C. C., Kirmayer, L. J., Lin, K. M., Ustun, B., & Wisner, K. L. (2002). Beyond the funhouse mirrors. A research agenda for DSM-V. *American Psychiatric Association, Washington, DC*, 219-281.
- Alder, A. K., & Wahl, O. F. (1998). Children's beliefs about people labeled mentally ill. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, (2), 321-326.
- Allport, G. (1935). Attitudes. En C. Murchison (Ed.), *Handbook of social psychology*. (pp. 798-884). Wescester: Clark University Press.
- Allport, G. (1963). *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Eudeba.
- Altemeyer, B. B. (1981). *Righ-wing authoritarianism*. Winnipeg: University of Manitoba Press.
- Altemus, M. (2009). Neurobiología, sexo y género. En Narrow, W. E., First, M., Sirovatka, P. J., & Regier, D. A. (2009). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*. (pp. 47-62). Barcelona: Elsevier Masson.
- Alvarez, L., & Almeida, O. (2008). Actitudes hacia el trastorno mental y la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga. *Revista de la Facultad de Medicina*, 56, (2).



- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> edn, text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, (5), 586-594.
- Angel, B., Cooke, A., & Kovac, K. (2005). First person accounts of stigma. En P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. (pp. 69-98). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Angermeyer, M. C. (2005). Do biogenetic causal explanations increase public acceptance of people with mental illness? *Center for Public mental health Gössing am Wagram and Department of Public Health University of Cagliari*.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carla, M., & Schoumerns, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: Systematic of population studios. *British Journal of Psychiatry*, 199, 367-372.
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, (3), 163-179. [doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x)
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Labeling-stereotype-discrimination. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, (5), 391-395.
- Angermeyer, M. C., Schulze, B., & Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma: A focus group study of relatives of schizophrenia Patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, (10), 593-602.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S. G. (1999). Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, (4), 202-210.

- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1996). The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, (6), 321-326.
- Arkowitz, H., Hinton, R., Perl, J., Himadi, W., Arrindell, W. A., Vand der Ende, J.,...Stewart, R. Y. (1978). Treatment strategies for dating anxiety in college men based on real-life practice. *The Counseling Psychologist*, 7, 41-46
- Arnaiz, A., & Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 26, 49-59.
- Aronson, E. (1981). *El animal social. Introducción a la psicología social*. Alianza Editorial.
- Aronson, E. (2000). *Nobody left to hate: Teaching Compassion after Columbine*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Arranz, P., & De Albornoz, C. (1994). Intervención psicológica en niños y adultos afectados de SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, (2), 183-191.
- Asher, S. R., & Allen, V. L. (1969). Racial preference and social comparison processes. *Journal of Social Issues*, 25, 157-67.
- Ashmore R. D. (1990). Sex, gender and the individual. En L. A. Pervin, (Ed.), *Handbook of personality theory and research*. (pp. 627-643). New York: Guilford
- Ashmore, R. D., & Del Boca, F. K. (1981). Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping. En D. L. Hamilton (Ed.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior*. (pp. 1-35). Hilldale, NJ: Erlbaum.
- Ausubuel, D. P. (1952). *Ego development and personality disorders*. Nueva York: Grune y Stratton.
- Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *American Psychologist*, 38, (11), 1145-1160.

- Badallo, A. (2012). *Estigma y salud mental*. Madrid: Grupo 5.
- Bakan, D. (1971). Adolescence in America: from idea to social fact. *Daedalus, Fall*, 979-986.
- Bandura, A. (1964). The stormy decade: Fact or fiction? *Psychology in the schools*, 1, 224-231.
- Barbero, M. I. (1993). *Métodos de elaboración de escalas*. Madrid: UNED.
- Baron, R. A., & Byrne, D. (2006). *Psicología social*. Madrid: Pearson.
- Bar-Tal, D., Graumann, C. F., Kruglanski, A. W., & Stroebe, W. (Ed.) (1989). *Stereotyping and prejudice. Changing conceptions*. New York: Springer Science+Business Media.
- Bartran, R. P. (1966). El peligro del enfermo mental y la asistencia psiquiátrica. *Anales de Medicina y Cirugía*. XLVII, 193, 9-17.
- Baumann, A. E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'. *International Review of Psychiatry*, 19, (2), 131-135.
- Baumeister, R. F. (1984). Choking under pressure: Self-consciousness and paradoxical effects of incentives on skillful performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, (3), 610-620.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, (3), 497-529.
- Baumrind, D. (1975). Early socialization and adolescent competence. En: S. E. Dragastin & G. H. Elder (Eds.), *Adolescence in the life cycle*. Washington: Hemisphere.
- Bayton, J. A., McAlister, L. B., & Hamer, J. (1956). Race-class stereotypes. *Journal of Negro Education*, 25, 75-78.

- Bell, A. P., Weinberg, M. S., & Hammersmith, S. K. (1981). *Sexual preference: Its development in men and women*. Bloomington: Indiana University Press.
- Bentham, C., Daunt, A., Taylor, S., & Simmons, M. (2013). Mental health workshops delivered by medical students in Cambridge secondary schools: an evaluation of learning. *Psychiatria Danubina*, 25, 224-230.
- Berger, K. S. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Madrid: Médica Panamericana.
- Berkels, H., Henderson, J., Henke, N., Huhn, K., Iivikainen, J., Lehtinen, V.... Zenzinger, K. (2004). *Mental health promotion and prevention strategies for coping with anxiety, depression and stress related disorders in Europe. Final report 2001-2003*. Dortmund, Berlin, Dresden : Whp in Europe.
- Berkowitz, L. (1965). Some aspects of observed aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, (3), 359-369.
- Berkowitz, L. (1969). Revisión de la hipótesis de la frustración-agresión. En J. Torregrosa y Crespo, J. (Eds.), *Estudios básicos en psicología social*. (pp. 225-245). Barcelona: Hora.
- Berra, S., Bustingorry, V., Henze, C., Díaz, M. P., Rajmil, L., & Butinof, M. (2009). Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107, (4), 307-314.
- Betancourt, H. (1990). An attributional-empathy model of helping behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 573-591.
- Bethlehem, D. W. (1985). *A social psychology of prejudice*. Londres-Sidney: Croom Helm.
- Biernat, M., Vescio, T. K., & Manis, M. (1998). Judging and behaving toward members of stereotyped groups: a shifting standards perspective. En C. R. Sedikides, J. Schopler & C. A. Insko (Eds.), *Intergroup cognition and intergroup behavior*. (pp. 151-175). Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Billig, M. (1976). *Social psychology and intergroup relations*. London: Academic Press.
- Billig, M. (1978). *Fascists*. Londres: Harcourt Brace Jovanovich.
- Billig, M. (1986). Racismo, prejuicios y discriminación. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología Social II*. (pp. 575-600). Barcelona: Paidós.
- Billig, M., & Tajfel, H. (1973). Social categorization and similarity in intergroup behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 3, (1), 27-52.
- Bishop, G. D. (1987). Lay conceptions of physical symptoms<sup>1</sup>. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, (2), 127-146.
- Block, J. H. (1973). Conceptions of sex role: Some cross-cultural and longitudinal perspectives. *American Psychologist*, 28, (6), 512-526.
- Blos, P. (1962). *On adolescence*. Nueva York: Free press.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22, (3), 162-186.
- Bogardus, E. S. (1950). Stereotypes versus sociotypes. *Sociology and Social Research*, 34, 286-291.
- Bono del Trigo, A., Toro, S., Ruiz, P., & Carrasco, R. (Coords.) (2012). *Informe evaluación de intervención*. Lo Hablamos. Escuela Andaluza de Salud Mental. (Accedido Mayo 2014). Disponible en: [http://www.1decada4.es/adolescenciayestigma/lohablamos/Informe\\_Eval.pdf](http://www.1decada4.es/adolescenciayestigma/lohablamos/Informe_Eval.pdf)
- Bourhis, R. Y. (1994). Power, gender, and intergroup discrimination: Some minimal group experiments. En M. Zanna y J. Olson (Eds.), *The psychology of prejudice: The Ontario symposium* (Vol. 7, pp. 171-208). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bourhis, R. Y., Gafnon, A., & Moïse, L. C. (1996). Discriminación y relaciones intergrupales. En R. Y. Bourhis & J. P. Leyens (Eds.), *Estereotipos, discriminación y relaciones entre grupos*. (pp. 139-170). Madrid: McGraw-Hill.

- Bragado, C., Bersabé, R., & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema, 11*, (4), 939-956.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L., Bersabe, R. M., Loriga, A., & Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud, 6*, (1), 67-82.
- Brand, E. S., Ruiz, R. A., & Padilla, A. M. (1974). Ethnic identification and preference: A review. *Psychological Bulletin, 81*, (11), 860-890.
- Branden, N. (1987). *Como mejorar su autoestima*. Buenos Aires: Paidós.
- Brannan, A. M., & Heflinger, C. A. (2001). Distinguishing caregiver strain from psychological distress: Modeling the relationships among child, family, and caregiver variables. *Journal of Child and Family Studies, 10*, (4), 405-418.
- Branscombe, N. R., Schmitt, M. T., & Harvey, R. D. (1999). Perceiving pervasive discrimination among African Americans: Implications for group identification and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, (1), 135-149
- Brickman, P., Rabinowitz, V., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E. & Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist, 37*, (4), 368-384.
- Brigham, J. C. (1971). Ethnic stereotypes. *Psychological Bulletin, 76*, (1), 15-38.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press. Cambridge
- Brown, G., & Johnson, S. P. (1971). The attribution of behavioural connotations to shaded and white figures by Caucasian children. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 10*, (4), 306-312.
- Brown, J., & Weiner, B. (1984). Affective consequences of ability versus effort ascriptions: Controversies, resolutions, and quandaries. *Journal of Educational Psychology, 76*, 146-158.

- Brown, J., & Rohrkemper, M. M. (1981). The influence of problem ownership on teachers' perceptions of and strategies of coping with problem students. *Journal of Educational Psychology, 73*, 295-311.
- Brown, R. (1998). *Prejuicio. Su psicología social*. Madrid: Alianza.
- Brown, R. P., & Josephs, R. A. (1999). A burden of proof: Stereotype relevance and gender differences in march performance. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, (2), 246-257.
- Brown, S. A. (2008). Factors and measurement of mental illness stigma: a psychometric examination of the attribution questionnaire. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 32*, (2), 89-94.
- Bruner, J. S. (1957). On perceptual readiness. *Psychological Review, 64*, (2), 123-152.
- Bryant, B., & Trower, P. (1974). Social difficulty in a student sample. *British Journal of Educational Psychology, 44*, (1), 13-21.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment, 6*, (1), 65-72.
- Calvo, T. (1991). *Los racistas son los otros*. Madrid: Popular.
- Campell, D. T. (1947). *The generality of social attitude*, Tesis doctoral. Universidad de California: Berkely.
- Campell, D. T. (1956). Enhancement of contrast as composite habit. *The Journal of abnormal and social Psychology, 53*, (3), 350-355.
- Campell, D. T. (1967). Stereotypes and perception of group differences. *American psychologist, 22*, (10), 817-829.
- Campell, D. T., & Levine, R. A. (1961). A proposal for cooperative cross-cultural research on ethnocentrism. *Journal of Conflict Resolution, 5*, (1), 82-108.
- Campos-Arias, A., & Herazo, E. (2013). Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental. *Revista Ciencias Biomédicas, 4*, (1), 9-10.

- Canto, J. M. (1996a). Modelos teóricos de la persuasión. En L. Gómez & Jesús M. Canto (Eds.), *Psicología social*. (pp.93-105). Madrid: Pirámide.
- Canto, J. M. (1996b). Percepción social. En L. Gómez & Jesús M. Canto (Eds.), *Psicología social*. (pp.15-32). Madrid: Pirámide.
- Canto, J. M. (1996c). Influencia social. En L. Gómez & Jesús M. Canto (Eds.), *Psicología social*. (pp.184-195). Madrid: Pirámide.
- Cantor, N., & Mischel, W. (1979). Prototypes in person perception. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 12, pp. 3-52). New York: Academic Press.
- Cárdaba, M. A., Briñol, P., Horcajo, J., & Petty, R. E. (2013). The effect of need for cognition on the stability of prejudiced attitudes toward South American immigrants. *Psicothema*, 25, (1), 73-78.
- Cardenal, V., & Fierro, A. (2003). Componentes y correlatos del autoconcepto en la escala de Piers-Harris. *Estudios de Psicología*, 24, (1), 101-111.
- Carretero, M. (1998). Teoría de la adolescencia. En Carretero, M., Palacios, J., & Marchesi, A., (Edts.), *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. (pp. 9-36). Madrid: Alianza.
- Carretero, M., Palacios, J., & Marchesi, A. (Eds.). (1998). *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-2015.
- Cascos, M. (1990). Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media-superior. *Salud Mental*, 13, (2), 18-23.
- Cascos, M., Natera, G., & Herrejón, M. E. (1987). La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía. *Salud Mental*, 10, (2), 41-53.



- Castrillón, D. A., & Borrero P. E. (2005). Validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta Colombiana de Psicología*, 8, (1), 79-90.
- Catalá-López, F., Genova-Maleras, R., Álvarez-Martín, E., de Larrea-Baz, N. F., & Morant-Ginestar, C. (2013). Burden of disease in adolescents and young people in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 6, (2), 80-85.
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E. M., Rüsçh, N., & Vauth, R. (2012). Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53, (5), 468-479.
- Centers for Disease Control and prevention (CDC, 2014). *Understanding teen dating violence*. Retrieved February 1, 2015, de <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/teen-dating-violence-factshhet-a.pdf>.
- Centro Regional de Estadística de Murcia (2013). *Porcentaje total de extranjeros escolarizados en primaria y secundaria, 2012-2013*. Extraído de <http://www.carm.es/econet/home.html>
- Chabrol, H., Carlin, E., Michaud, C., Rey, A., Cassaan, D., Juillot, M.,...Callhan, S. (2004). A study of the Rosenberg self-esteem scale de Piers-Harris. *Estudios de Psicología*, 24, 101-111.
- Chandra, A., & Minkovitz, C. S. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38, (6), 754.
- Chartrand, T. L., & Bargh, J. A. (1999). The chameleon effect: The perception-behavior link and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, (6), 893-910.

- Chisholm, K. E., Patterson, P., Torgerson, C., Turner, E., & Birchwood, M. (2012). A randomised controlled feasibility trial for an educational school-based mental health intervention: Study protocol. *BMC Psychiatry*, *12*, (1), 23.
- Cialdini, R. B., Borden, R. J., Thorne, A., Walker, M. R., Freeman, S., & Sloan, L. R. (1976). Basking in reflected glory: three (football) field studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, *34*, (3), 366-374.
- Clark, K. B., & Clark, M. P. (1947). Racial identification and preference in Negro children. En R. M. Newcomb & E. L. Hartley (Eds.), *Readings in social psychology*. (pp. 169-178). New York: Holt.
- Clark, A., Hocevar, D., & Dembo, M. H. (1980). The role of cognitive development in children's explanations and preferences for skin color. *Developmental Psychology*, *16*, (4), 332-339.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, (3), 316-336.
- Clement, S., Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., Castro, M.,... Thornicroft, G. (2012). Filmed V. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *201*, 57-64. [doi: 10.1192/bjp.bp.11.093120](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.11.093120)
- Coates, D., Wortman, C. B., & Abbey, A. (1979). Reactions to victims. En I. H. Frieze, D. Bar-Tal & J. S. Carrol (Eds.), *New approaches to social problems*. (pp. 21-52). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cohen, J., & Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personal of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *64*, (5), 349-360.
- Coleman, J. C. (1974). *Relationships in adolescence*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- Coleman, J. C. (1978). Current contradictions in adolescent theory. *Journal of Youth and Adolescence*, *7*, (1), 1-11.

- Coleman, J. C. (1979). Current views of the adolescent process. En: J. C. Coleman (Ed.), *The school years. Current issues in the socialization of young people*. Londres: Methuen.
- Coleman, J. C., & Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Collins, R. L. (1974). Three faces of cruelty: Towards a comparative sociology of violence. *Theory and Society*, 1, (4), 415-440.
- Collins, R. L., Woming, E. C., Cerully, J. L., Schultz, D., & Eberhart, N. K. (2012). *Interventions to reduce mental health stigma and discrimination*. Santa Mónica: Rand.
- Coll-Planas, G. (2013). *Dibujando el género*. Madrid: Egales.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005). *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas.
- Compas, B. (1995). Promoting successful coping during adolescence. En Rutter, M. (Ed.), *Psychosocial disturbance in young people*. Cambridge, G. B: Cambridge University Press.
- Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública. (2005). *Las concepciones de salud de los jóvenes. Informe 2004*. Documentos Técnicos de Salud Pública, nº. 93. Madrid.
- Cooley, C. H. (1956). *Human nature and the social order*. New York: Free Press.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *American Psychological Association*, 7, (1), 48-67.
- Corrigan, P. W. (2004). *Beat the stigma and discrimination. Four lessons for mental health advocates*. Chicago: The Chicago consortium for stigma research.

- Corrigan, P. W. (2005). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. American Psychological Association.
- Corrigan, P. W. (2012a). Research and the elimination of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 201, (1), 7-8.
- Corrigan, P. W. (2012b). *A toolkit for evaluating programs meant to erase the stigma of mental illness*. National Consortium on Stigma and Empowerment.
- Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Vega, E., Gause, M., Larson, J., Krzyzanowski, R. y Botcheva, L. (2014). Key ingredients to contact-based stigma change: A cross-validation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 37, (1), 62-64.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57, (8), 464-469.
- Corrigan, P. W., Morriss, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsçh, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63, (10), 963-975.
- Corrigan, P. W., & Lundin, R. K. (2012). Coming out proud to eliminate the stigma of mental illness. Manual for program facilitators and participants. Retrieved May, 30, 2014.
- Corrigan P. W., & Wassel A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46, (1), 42-48.
- Corrigan, P., & Press, R. (2008). *Illness self-management strategies. A guideline developed for the behavioural health recovery management project*. Illinois: University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Corrigan, P., & Larson, J. E. (2008). The stigma of families with mental illness. *Academic Psychiatry*, 32, (2), 87-91.
- Corrigan, P. W. , Watson, A. C., Otey, E., Westbrook, A. L., Gardner, A. L., Lamb, T. & Fenton, W. S. (2007). How do children stigmatize people with mental illness? *Journal of Applied Social Psychology*, 37, (7), 1405-1417.

- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). How children stigmatize people with mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, (6), 526-546.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. & Miller, F. E. (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma of family members. *Journal of Family Psychology*, 20, (2), 239-246.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, (8), 875-884.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Byrne, P., & Davis, K. E. (2005). Mental illness stigma: Problem of public health or social justice?. *Social Work*, 363-368.
- Corrigan, P. W., Lurie, B. D., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K., & Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56, (5), 544-550.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30, (3), 481-491.
- Corrigan, P. W., & Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13, (6), 537-548.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2004). At issue: Stop the stigma: Call mental illness a brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 30, (3), 477-479.
- Corrigan, P., 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, 162-179.
- Corrigan, P. W., & Matthews, A. K. (2003). Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet. *Journal of Mental Health*, 12, (3), 235-248.

- Corrigan P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-179.
- Corrigan, P. W., Bodenhausen, G., Markowitz, F., Newman, L., Rasinski, K., & Watson, A. (2003). Demonstrating translational research for mental health services: An example from stigma research. *Mental Health Services Research*, 5, (2), 79-88.
- Corrigan, P., 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), 162-179.
- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, (1), 35-53.
- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1, (1), 16-20.
- Corrigan, P. W., & Rüsch, N. (2002). Mental illness stereotypes and clinical care: do people avoid treatment because of stigma?. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, (3), 312-334.
- Corrigan, P., Rowan, D., Green, A., Lundin R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., & Kubiack, M. (2002). Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28, (2), 293-309.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Waspwki, K., Champion, J.,...Kubiak, A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 7, (2), 187-195.
- Corrigan, P. W., Backs, A., Green, A., Diwan, S. L. & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, (2), 219-225.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, (9), 765-776.

- Costa P. T., Terracciano, A., & McCrae R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, (2), 322.
- Couture, S., & Penn, D. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12, (3), 291-305.
- Cox, O. C. (1948). *Caste, class and race: A study in social dynamics*. New York.
- Crandall, C. S. (2000). Ideology and theories of stigma: the justification of stigmatization. En T. R. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Helb & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 126-152). Londres: Guilford Press.
- Crandall, C. S., & Moriarty, D. (1995). Physical illness stigma and social rejection. *British Journal of Social Psychology*, 34, 67-83.
- Crane, D. (1969). Social structure in group of scientists: a test of the invisible college hypothesis. *American sociological review*, 34, (3), 335-352.
- Crisp, A. (2001). The tendency to stigmatise. *British Journal of Psychiatry*, 178, (3), 197-199.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatization of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. En D. T. Gilbert, S. T. Fisher & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (4<sup>a</sup> ed., Vol. 2, pp. 504-553). Boston: McGraw-Hill.
- Crocker, J., Cornwell, B., & Major, B. (1993). The stigma of overweight: affective consequences of attributional ambiguity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, (1), 60-70.

- Crocker, J., Voelkl, K., Testa, M., & Major, B. (1991). Social stigma: The affective consequences of attributional ambiguity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, (2), 218-228.
- Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96, (4), 608-630.
- Crocker, J., Voelkl, K., Cornwell, B., & Major, B. (1989). *Effects on self esteem of attributing interpersonal feedback to prejudice*. Unpublished manuscript: State University Of New York al Buffalo.
- Cullingford, C. (2003). *El prejuicio en los jóvenes. De la identidad individual al nacionalismo*. Madrid: Alianza ensayo.
- Damon, W. (1977). *The social World of the child*. San Francisco: Jossey-Bass.
- D´Andrade, R. G., Qauinn, N. R., Nerlovw, S. B., & Romney, A. K. (1972). Categories of disease in American-English and Mexian-Spanish. En A .K. Romney, R. N. Shepard & S. B. Nerlove (Eds.), *Multidimensional scaling: Theory and applications in the behavioral sciences* (Vol .2, pp. 9-54). New York: Sminar Press.
- Das, V. (2001). Stigma, contagion, defect: Issues in the anthropology of public health. Retrieved May, 12.
- Davey, A. (1983). *Learning to be prejudiced*. Londres: Arnold London.
- Davidson, A. R., & Thomson, E. (1980). Cross-cultural studies of attitudes and beliefs. En Triandis, H. C., & Brislin, R. W. (Ed.) *Social Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- De Armas, A., & Kelly, J. A. (1989). Social relationships in adolescence: Skill development and training. En J. Worell y f. Danner (Eds.), *The adolescent as decision-marker: Applications to development and education. Educational Psychology*. (pp. 83-109). San Diego, CA ,USA: Academic Press.
- Del Barrio, V. (1997). *Depresión infantil*. Barcelona: Ariel.



- Del Barrio, V. (2010). Salud mental infanto-juvenil: Requisitos para su evaluación, diagnóstico precoz y prevención. *Infocoponline: Revista de Psicología*. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3123](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3123)
- Del Barrio, V., & Carrasco, M. A. (2004). *Inventario de Depresión Infantil, CDI*. Madrid: TEA Ediciones.
- Del Barrio V., Moreno C., & López, R. (2001). Evaluación de la agresión y la inestabilidad emocional en niños españoles: su relación con la depresión. *Clínica y Salud, 12*, (1), 33-50.
- Del Barrio, V., Frías D., & Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada, 47*, (4), 471-476.
- Del Casale, A., Manfredi, G., Kotzalidis, G. D., Serata, D., Rapinesi, C., Cacci, F.,...Girardi, P. (2013). Awareness and education on mental disorders in teenagers reduce stigma for mental illness: a preliminary study. *Journal of Psychopathology, 19*, 208-212.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015). *Percepción de la violencia de género por la adolescencia y la juventud*. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Del Prado, M<sup>a</sup>. (2008). Reacciones afectivas ante el estigma de la discapacidad. En, J. R. Morales, C. Huici, A. Gómez, & E. Gaviria (Eds.), *Método, teoría e investigación en psicología social*. (pp.401-416). Madrid. Pearson.
- DeMarre, K. G., Wheeler, S. C., & petty, R. E. (2005). Priming a new identity: Self-monitoring moderates the effects of non-self primes on self primes on self-judgments and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 89*, (5), 657-671.
- Departamento for education and employment. (2001). *Promoting children's mental health within early years and school settings*. Nottingham: DFEE Publications.
- Deutsch, M. K., & Katz, I. I., & Jensen, A. (1968). *Social class, race, and psychological development*. New York: Holt, Rinehart & Winson.

- Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice. Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, (1), 5-19.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Dijker, A. J. (1987). Emotional reactions to ethnic minorities. *European Journal of Social Psychology*, 17, (3), 305-325.
- Dijksterhuis, A., & Bargh, J. A. (2001). The perception behavior expressway: Automatic effects of social perception on social behavior. En M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. (Vol. 33, pp. 1-40). San Diego, CA, EE.UU: Academic Press.
- Dion, K. L. (1975). Women's reactions to discrimination from members of the same or opposite sex. *Journal of Research in Personality*, 9, (4), 294-306.
- Dion, K. L. (1986). Responses to perceived discrimination and relative deprivation. En J. M. Olson, C. P. Herman & M. P. Zanana (Eds.), *Relative deprivation and social comparison: The Ontario symposium* (Vol. 4. Pp. 159-179). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Doise, W., Deschamps, J. C., & Mugny, G. (1980). *Psicología social experimental: autonomía, diferenciación e integración*. Barcelona: Hispano Europea.
- Dolphin, L., & Hennessy, E. (2014). Adolescents' perceptions of peers with depression: An attributional analysis. *Psychiatry Research*, 218, (3), 295-302.
- Dollard, J., Miller, N. E., Doob, L. W., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven CT: Yale University Press.
- Dooley, P. A. (1995). Perceptions of the onset controllability of AIDS and helping judgements: An Attributional analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 859-869.
- Doughty, C. (2005). The effectiveness of mental health promotion, prevention and early intervention in children, adolescents and adults, a critical appraisal of the literature. *NZHTA REPORT*, 8, (2).

- Douvan, E., & Adelson, J. (1966). *The adolescent experience*. Nueva York: Wiley.
- Dovidio, J. F., Kawakami, K., & Gaertner, S. L. (2002). Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, (1), 62.
- Dovidio, J. F. Major, B. y Croker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. En T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Helb & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp.1-30). Londres: Guilford Press.
- Dovidio, J. F., Brigham, J. C., Johnson, B. T., & Gaertner, S. (1996). Stereotyping, prejudice, and discrimination: Another look. En Macrae, C. N., Stangor, CH., & Hewstone, M. (Edts.), *Stereotypes & Sterotyping*. (pp. 276-319). New York: The Guilford Press.
- Dovidio, J., & Gaertner, S. (1986). Prejudice, discrimination and racism: Historical trends and contemporary approaches. En J. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination and racism*. New York: Academic Press.
- Eagly, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The social psychology of attitudes*. Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich.
- Eagly, A. H., & Steffen, V. J. (1986). Gender and aggressive behavior: a meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychological Bulletin*, 100, (3), 309.
- Eccles, J., Flanagan, C., Lord, S., Midgley, C., Roeser, R., & Yee, D. (1996). Schools, families and early adolescents: What are we doing wrong and what can we do instead? *Developmental and Behavioural Pediatrics*, 17,(4), 267-276.
- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Pirámide. Madrid.
- Economou, M., Peppou, L. E., Geroulanou, K., Louki, E., Tsaliagkou, I., Kolostoumpis, D., & Stefanis, C. N. (2014). The influence of an anti-stigma

intervention on adolescents' attitudes to schizophrenia: A mixed methodology approach. *Child and Adolescent Mental Health*, 19, (1), 16–23.

Economou, M., Louki, E., Peppou, L. E., Gramandani, C., Yotis, L., & Stefanis, C. N. (2012). Fighting psychiatric stigma in the classroom: The impact of an educational intervention on secondary school students' attitudes to schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 58, (5), 544–551.

Economou, M., Gramandani, C., Louki, E., Seryianni, C., & Stalikas, A. (2006). Evaluation of an anti-stigma educational intervention in Greek secondary schools. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 13, (3), 44–58.

Eisenberg, N. (1986). *Altruistic emotion, cognition, and behavior*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Eiser, J.R., & Stroebe, W. (1972). *Categorization and social judgment*. London: Academic Press.

Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025-1034.

Elzo J. (2008). *La voz de los adolescentes*. Madrid: PPC.

Enesco, I., Giménez, M., Del Olmo, C., & Paradela, I. (1998). El desarrollo de las ideas y actitudes étnico-raciales: una revisión crítica. *Estudios de Psicología*, 19, (59), 87-104.

Epstein, R., & Komorita, S. S. (1966a). Parental discipline stimulus characteristics of outgroups and social distance in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 416-420.

Epstein, R., & Komorita, S. S. (1966b). Childhood prejudice as a function of parental ethnocentrism, punitiveness, and outgroup characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, (3), 259-264.

Erhlich, H. J. (1973). *The social psychology of prejudice*. New York. Wiley.

Erich, F. (1974). *El miedo a la libertad*. Argentina: Paidós.

- Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic association*, 4, 56-121.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle* (Vol. 1). WW Norton & Company
- Erikson, E. H. (1995). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI.
- Estroff, S. E., Penn, D. L., & Toporek, J. R. (2004). From stigma to discrimination: an analysis of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label. *Schizophrenia Bulletin*, 30, (3), 493-509.
- Evans, C., & Eder, D. (1993). "NO EXIT" Processes of Social Isolation in the Middle School. *Journal of Contemporary Ethnography*, 22, (2), 139-170.
- Evans-Lacko, S., Malcom, E., West, K., Rose, D., London, J., Rüsich, N.,...Thornicroft, G. (2013). Influence of time to change's social marketing interventions on stigma in England 2009-2011. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 77-88. doi. 10.1192/bjp.113.126672
- Farina, A. (1981). Are women nicer people than men? Sex and the stigma of mental disorders. *Clinical Psychology Review*, 1, (2), 223-243.
- Farina, A., Fischer, E. H., Sherman, S., Smith, W. T., Groh, T., & Mermin, P. (1977). Physical attractiveness and mental illness. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, (5), 510-517.
- Fazio, R. H. (1990). Multiple processes by which attitudes guide behavior: The MODE model as an integrative framework. En M. P. Zanna (Ed.). *Advances in experimental social psychology*. (Vol. 23, pp. 75-109). Nueva York: Academic Press.
- Feingold, A. (1994). Gender differences in personality: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116, (3), 429-456
- Feldman, S., & Elliot, G. (1990). *At the threshold: the developing adolescent*. Cambridge, Ma: Harvard University Press.

- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, (2), 117-140.
- Fierro, A. (1998). Desarrollo social y de la personalidad en la adolescencia. En Carretero, M., Palacios, J., & Marchesi, A. (Eds.), *Psicología evolutiva 3. Adolescencia madurez y senectud*. (pp. 95-138). Madrid: Alianza.
- Finze, M. (2009). *Antimanuel d`Adolescence*. Québec: Les editions de l`home.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research*. London: Addison-Wesley.
- Fiske, S. T. (1993). Controlling other people: The impact of power on stereotyping. *American Psychologist*, 48, (6), 621-628.
- Fiske, S. T. (1998). Sterereotyping, prejudice, and discrimination. En D. T. Gilbert, S. T. Fisker & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology*. (4ª Ed., Vol. 2 pp. 357-411). Nueva York: McGraw-Hill.
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P. & 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),879-902.
- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (1991). *Social cognition*. New York: McGraw Hill.
- Fivush, R. (1991). Gender and emotion in mother-child conversations about the past. *Journal of Narrative and Life History*, 1, 325-341.
- Flavell, J. H. (1979). *La psicología evolutiva de Jean Piaget*. Buenos Aires: Paidós.
- Fodor, I. G. (1992). *Adolescent assertiveness and social skills training: a clinical handbook*. New York, USA: Springer Publishing Co, Inc.
- Font, A., & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6, (1), 27-42.
- Foucault, M. (2006). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de cultura económica.

- Frankel, F., & Myatt, R. (1996). Self-esteem, social competence and psychopathology in boys without friends. *Personality and Individual Differences*, 20, (3), 401-407.
- Fredricks, J. A., & Eccles, J. S. (2002). Children's competence and value beliefs form childhood through adolescence. Growth trajectories in two male-sex-typed domains. *Developmental Psychology*, 38, (4), 519-533.
- Freedman, A. M., Kaplan, H.I. y Sadock, B. J. (1983). *Compendio de psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Freeman, H. E. (1961). Attitudes toward mental illness among relatives of former patients. *American Sociological Review*, 26, 59-66.
- Freidson, E. (1966). Disability as social deviance. En M. B. Sussman (Ed.), *Sociology and rehabilitation*. Washington, D. C.: American Sociological Association.
- Frenkel-Brunswik, E. (1948). A study of prejudice in children. *Human relations*, 1, (3), 295-306.
- Frenkel-Brunswik, E. (1949). Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Journal of Personality*, 18, 108-143.
- Frenkel-Brunswik, E. (1953). Prejudice in the interviews of children: attitudes toward minority groups. *Journal of Genetic Psychology*, 82, (1), 91-136.
- Freud, A. (1958). Adolescence. Psychoanalytic. *Study of The Child*, 13, 255-278.
- Freud, S. (1973). *Obras completas. Tres ensayos para una teoría sexual. Volumen II*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Friedrich, S., Morgan, S. B., & Devine, C. (1996). Children's attitudes and behavioral intentions toward a peer with Tourette syndrome. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, (3), 307-319.
- Fundación Alicia Koplowitz. (2014). *Libro blanco de la psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid: Fundación Alicia Koplowitz.

- Gaertner, S. L., & Dovidio, J. F. (2000). *Reducing intergroup bias. The common ingroup identity model*. Filadelfia: Psychology Press.
- Gaertner, S. L., & Dovidio, J. F. (1986). The aversive form of racism. En J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp.61-89). Orlando: Academic Press.
- Garaigordobil, M., & Durá, A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32, 141, 37-64
- Garay, M., Pousa, V., & Pérez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34, (123), 459-475.
- García-Silberman, S. (2002). Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública de México*, 44, (4), 289-292.
- Gardner, R. C., Kirby, D. M. Gorospe, F. H., & Vilamin, A. C. (1972). Ethnic stereotypes: An alternative assessment technique, the stereotypes differential. *Journal of Social Psychology*, 87, (2), 259-267.
- Gasco, M., Briñol, P., & Horcajo, J. (2010). Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: el efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes. *Psicothema*, 22, (1), 71-76.
- Gaviria, E., & García-Ael, C. (2012). *Investigación-acción: aportaciones de la investigación a la reducción del estigma*. Madrid: Sanz y Torres.
- Gearing, R. E., MacKenzie, M. J., Ibrahim, R. W., Brewer, K. B., Batayneh, J. S., & Schwalbe, C. S. J. (2015). Stigma and mental health treatment of adolescents with depression in Jordan. *Community Mental Health Journal*, 51, (1), 111-117.
- Gerbner, G. (1980). Stigma: Social functions of the portrayal of mental illness in the mass media. J. Rabkin, L. Gelb, & J. Lazar (Ed.), *Attitudes toward the mentally ill: Research perspectives. Report of an NIMH workshop*. (pp 24-



- 25). DHHS Publication No. (ADM) 80-1031. Washington, DC: U.S: Government Printing Office
- Gereard, H. B., & Miller, N. (1975). *School desegregation: a long term study*. New York: Plenum Press.
- Gergen, K. J. (1971). *The concept of self*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Gilbert, G. M. (1951). Stereotype persistence and change among college students. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46, (2), 245-254.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1988). *Internados, Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gómez, L. (1996). Factores de cambio de actitud. En L. Gómez & Jesús M. Canto (Eds.), *Psicología social*. (pp.81-92). Madrid: Pirámide.
- González, C., García, M. A., Carnicero, J. A. C., & Montesinos, M. D. (2000). Elaboración de una adaptación a población española del cuestionario Infant Behavior Questionnaire para la medida del temperamento en la infancia. *Psicothema*, 12, (4), 513-519.
- González, H., & Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales*. Alianza Editorial: Madrid.
- Goodman, M. E. (1952). *Race awareness in young children*. Cambridge: Addison-Wesley Press, Ing.
- Goodman, M. E. (1964). *Race awareness in young children*. New York: Collier Books.
- Goosens, L., & Marcoen, A. (1999). Relationships during adolescence: constructive versus negative themes and relational dissatisfaction. *Journal of Adolescence*, 22, (1), 49-64.
- Goranson, R. E., & Berkowitz, L. (1966). Reciprocity and responsibility reactions to prior help. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, (2), 227-232

- Graber, J. A. (2004). Internalizing problems during adolescence. En R. M. Lerner y L. D. Steiberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 587-626). Hoboken, NJ: Wiley.
- Graber, J., & Brooks-Gunn, J. (1996). Transitions and turning points: navigating the passage from childhood through adolescence. *Developmental Psychology*, 32, (4), 768-776.
- Graham, S., Weiner, B., & Zucker, G. S. (1997). An attributional analysis of punishment goals and public reactions to OJ Simpson. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23,(4), 331-346.
- Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A., & Gilheany, B. (2003). A mental health service users perspective to stigmatisation. *Journal of Mental Health*, 12, (3), 223-234.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, (6), 1464.
- Guimond, S., & Dubé, L. (1983). Relative deprivation theory and the Quebec nationalist movement: The cognition–emotion distinction and the personal–group deprivation issue. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, (3), 526-535.
- Gussow, A., & Tracy, G. S. (1968). Status ideology and adaptability to stigmatized illness: A study of leprosy. *Human Organization*, 27,(4), 316-325.
- Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatization. Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *British Journal of Psychiatry*, 178, (3), 207-2045.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence. Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. Nueva York: Appleton.
- Hamilton, D. L. (1979). A cognitive-attributional analysis of stereotyping. En Berkowitz, L., (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 12. (pp. 53-84). New York: Academic.

- Hamilton, D. L. (1981). *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior*. New Jersey: Erlbaum
- Hamilton, D. L., & Trolie, T. K. (1986). Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach. En J. F. Dovidio y S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism*. Orlando: Academic.
- Hamilton, D. L., & Gifford, R. K. (1976). Illusory correlations in interpersonal perception: A cognitive basis for stereotypic judgments. *Journal of Experimental and Social Psychology*, 12, (4), 392-407.
- Harré, R., & Gillett, G. (1994). *The discursive mind*. Thousand Oaks: Sage.
- Harrell, A. (2005). *The effect of empathy induction and perceived responsibility on mental health stigma and helping behavior*. UMI.
- Harris, M. J., Milich, R., Corbitt, E. M., Hoover, D. W., & Brady, M. (1992). Self-fulfilling effects of stigmatizing information on children's social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, (1), 41-50.
- Harris, M. J., Milich, R., Johnston, E. M., & Hoover, D. W. (1990). Effects of expectancies on children's social interactions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, (1), 1-12.
- Hauser, S., & Bowlds, M. (1990). Stress, coping and adaptation. En Feldman, S. & Elliot, G (Eds.), *At the threshold: the developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Heatherton, T., Kleck, R., Hebl, M., & Hull, J. (Eds.). (2003). *The social psychology of stigma*. Guilford Press.
- Hebl, M. R., & Kleck, R. E. (2000). *To mention or not to mention. Acknowledgement of a stigma by physically disabled and obese individuals*. Manuscrito sin publicar, Rice University.
- Hebl, M. R., Tickle, J., & Heatherton, R. F. (2000). Awkward moments in interactions between nonstigmatized and stigmatized individuals. En T. F.

- Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma*. (pp. 273-306). New York: The Guilford Press.
- Heflinger, C. A., Wallston, K. A., Mukolo, A., & Brannan, A. M. (2014). Perceived stigma toward children with emotional and behavioral problems and their families: The attitude about child mental health questionnaire. *Journal of Rural Mental health, 38*, (1), 9-19.
- Heider, F. (1946). Attitudes and cognitive organization. *The Journal of psychology, 21*, (1), 107-112.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Heijnders, M., & Van Der Meij, S. (2006). The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychology, Health & Medicine, 11*, (3), 353-363.
- Heimberg, R. G., Madsen, C. H. Montgomery, D., & McNabb, C. E. (1980). Behavioral treatments for heterosocial problems. *Behavior Modification, 4*, (2), 147-172.
- Heintz, P. (1968). *Los prejuicios sociales. Un problema de la personalidad, de la cultura y de la sociedad*. Madrid: Técnos.
- Henderson, C., Brohan, D., Clement, S., Williams, P., Lassman, F., Schauman, O.,...Thornicroft, G. (2013). Decision aid on disclosure of mental health status to an employer: feasibility and outcomes of a randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 203*, 350-357. doi: 10.1192/bjp.bp.113.128470
- Henderson, C., Brohan, E., Clement, S., Williams, P., Lassman, F., Schauman, O., ... Thornicroft, G. (2012). A decision aid to assist decisions on disclosure of mental health status to an employer: protocol for the CORAL exploratory randomised controlled trial. *BMC Psychiatry, 12*, (1), 133.
- Henderson, C., Corker, E., Lewis-Holmes, E., Hamilton, S., Flach, C., Rose, D.,...Thornicroft, G. (2012). England's time to change antistigma

- campaign: one-year outcomes of service user-rated experiences of discrimination. *Psychiatric Services*, 63, (5), 451-457.
- Hendry, L., Glendinning, A., Reid, A., & Wood, S. (1998). *Lifestyles, health and health concerns of rural youth: 1996-1998*. Report to Department of Health, Scottish Office: Edimburgo.
- Hernández-Guanir, P. (2009). TAMAI. *Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil*. TEA: Madrid.
- Henry, E. (1991). Préjugés et tolérance au Canada. En *Le nouveau visage du Canada: Incidence économique et sociale de l'immigration*. Ottawa: Conseil Économique du Canada.
- Hidalgo, M. I., Redondo, A. M., & Castellano, G. (2012). *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. SEMA.
- Higgins, E. T. (1981). Role taking and social judgment: Alterantive developmental perspectives and processes. En J. H. Flavell y L. Ross (Eds.), *Social cognitive development*. Cambridge. University Press.
- Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annual Review Clinical Psychology*, 4, 367-393.
- Hirsch, B., & DuBois, D. (1989). The school-nonschool ecology of early adolescent friendships. En E. Belle (Ed.), *Children's social networks and supports*. Nueva York: John Wiley.
- Hoek, H., & Van Hoeken, F. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *The International Journal of eating disorders*, 34, (4), 383-396
- Hoffman, M. L. (1976). Empathy, role-taking, guilt and development of altruistic motives. En T. Likone (Ed.), *Morality: Theory, research and social issues*. (pp.124-143). New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Hoffman, M. L. (1982). Development of prosocial motivation: Empathy and guilt. En N. Eisenber-Bog (Ed.), *Development of prosocial behavior*. (pp. 281-313). New York: Academic Press.
- Hoffman, W., Gawronski, B., Gschwendner, T., Le, H., & Schmitt, M. (2005). A meta-analysis on the correlation between the implicit association test and explicit self-report measures. *Personality and Social Psychological Bulletin*, *31*, (10), 1369-1385.
- Huici, C. (1999). Estereotipos. En Morales J. F., & Huici, C. (Eds.), *Psicología social*. (pp. 73-84). Madrid: McGrawHill.
- Ibañez, P. L. (2015). *La enfermedad mental en inmigrantes Subsaharianos*. Almería: Universidad de Almería.
- Inderbitzen, H. M. (1992). *Exploration of factor structure and gender differences on the TiSS*. Unpublished manuscript. University of Nebraska-Lincoln.
- Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., Méndez, F. X., & Inderbitzen, H. M. (2003). The Teenage Inventory of Social Skills: reliability and validity of the Spanish translation. *Journal of Adolescence*, *206*, (4), 505-510.
- Inglés, C. J. Méndez, F. X., & Hidalgo, M. D. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿Factor de riesgo de fobia social? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *6*, 91-104.
- Inhelder, B., & Piaget, J. (1972). *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Buenos Aires: Paidós.
- Jackson, D. N. (2007). Attitudes toward seeking professional psychological help among Jamaican adolescents.
- Jackson, D. N. (2012). Where do Jamaican Adolescents turn for psychological help? *Child & Youth care forum*, *41*, (5), 461-477.
- Jackson, D., & Heatherington, L. (2006). Young Jamaicans' attitudes toward mental illness: Experimental and demographic factors associated with social

- distance and stigmatizing opinions. *Journal of Community Psychology*, 34, (5), 563–576.
- Jaspers, J., & Hewstone, M. (1985). La teoría de la atribución. En S. Moscovi (Ed.), *Psicología social II*. (pp. 415-438). Barcelona: Paidós.
- Johnson-Dalzin, P., HDalzin, L., & Martin-Stanly, C. (1996). Fear of criminal violence and the African American elderly: An assessment of a crime prevention strategy. *Journal of Negro Education*, 65, 462-469.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Marcus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: Freeman and Company.
- Jones, R. A., & Ashmore, R. D. (1973). The structure of intergroup perception: Categories and dimensions in views of ethnic groups and adjectives used in stereotypes research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25, (3), 48-438.
- Jones, E. E., & Davis, K. E. (1965). From acts to dispositions the attribution process in person perception. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology (vol. 2)*. (pp. 219-266). Nueva York: Academic Press.
- Jost, J. T., & Banaji, M. R. (1984). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology*, 33, 1-27
- Julián, I. P., Donat, A. A., & Bernabeu, I. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. *Norte de Salud Mental*, 11, (46), 20-28
- Jung, J. (1990). Global versus health-specific social support and match of preferred and perceived social support levels in relationship to compliance and blood pressure of hypertensives. *Journal of Applied social Psychology*, 20/13, 1103-1111.
- Jussimin L., & Fleming, C. (1996). Self-fulfilling prophecies and the maintenance of social stereotypes: The role of dyadic interactions and social forces. En C.

- N. Macrae, C. Stangor y M. Hewstone (Eds.), *Stereotypes and stereotyping*. (pp. 161-192). Londres: Guilford Press.
- Juvonen, J., (1991). Deviance, perceived responsibility, and negative peer reactions. *Developmental Psychology*, 27, (4), 672-681
- Kadri, N., & Sartorius, N. (2005). The global fight against the stigma of schizophrenia. *Plos Medicine*, 7, (7), 597-599. [doi. 10.1371/journal.pmed.0020136](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020136)
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. *Psychological Review*, 80, (4), 237-251.
- Kalin, R. (1981). Ethnic attitudes. En R. C. Gardner y R. Kalin (Eds.), *A Canadian social psychology of ethnic relations*. Toronto: Methuen.
- Kaplan, H. B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 345-377.
- Karlins, M., Coffman, T. L., & Walters, G. (1969). On the fading of social stereotypes. Studies in three generations of college students. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, (1), 1-16.
- Katz, D., & Braly, K. (1933). Racial stereotypes of one hundred college students. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 28, (3), 280.
- Katz, I. (1981). *Stigma: A social psychological analysis*. Hillsdale: L. Erlbaum.
- Kelman, H. C., & Pettigrew, T. F. (1959). How to understand prejudice. *Commentary*, 28, (5), 436-445.
- Kelley, H. H. (1967). *Attribution theory in social psychology*. En D. Levine (Ed.), *Nebraska symposium on motivation (vol. 15)*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Kelley, H. H. (1972). Causal schemata and the attribution process. En E. E. Jones, D. E. Kanouse, H.H. Kelley, R. E. Nisbett, S. Valins & B. Weiner (Eds.),



- Attribution: Perceiving the causes of behavior* (pp. 151-176). Morrison, NJ: General learning Press.
- Kelley, H. H. (1973). The processes of causal attribution. *American Psychologist*, 28, (2), 107-128.
- Kelley, H. H., & Michela, J. L. (1980). Attribution theory and research. *Annual review of psychology*, 31, (1), 457-501.
- Kelly, C. (1988). Intergroup differentiation in a political context. *British Journal of Social Psychology*, 27, (4), 314-322.
- Kelly, G. A. (1955). *A theory of personality: the Psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kerrick, J. S. (1969). Dimensions in the judgment of illness. *Genetic Psychology Monographs*.79, 191-209.
- Kirchler, E., Palmonari, a., & Pombeni, M. (1995). Developmental tasks and adolescents relationships with their peers and their family. En Jackson, S. y Rodriguez-Tome, H. (Eds.), *Adolescence and its social worlds*. Hove: Erlbaum.
- Kleck, R. E. (1968a). Physical stigma and nonverbal cues emitted in face-to-face interaction. *Human Relations*, 21, 19-28.
- Kloep, M. (1998). *Att vara ung I Jamtland. Osterasen: Uddeholt*.
- Kohlberg, L. (1968). The child as a moral philosopher. *Psychology Today*, 1, 25-30.
- Kohlberg, L. (1973). Continuities in childhood and adult moral development revisite. En: P. B. Baltes y H. W. Schaie (Eds.), *Life-span developmental psychology: personality and socialization*. Nueva York: Academic Press.
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: The cognitive developmental approach. En R. Lickona (Ed.), *Moral development and behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

- Kohlberg, L. (1981). *Essays on moral development, Vol I: The philosophy of moral development*. Nueva York: Harper and Row.
- Kohlberg, L., & Gilligan, C. (1972). The adolescent as a philosopher: The discovery of the self in postconventional world. En Kagan, J. y Coles, R. (Ed.), *Twelve to sixteen: early adolescence*. (pp. 1051-1086). Nueva York: Norton.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox (R. M. Barclay, Trans.)*. Liningstone: Edinburgh.
- Kranke, D. A. (2009). *The narrated subjective experience of stigma for adolescents diagnosed with a mental illness and prescribed psychiatric medication*. Doctoral dissertation: Case Western Reserve University.
- Kranke, D., Guada, J., Kranke, B., & Floersch, J. (2012). What do African American youth with a mental illness think about help-seeking and psychiatric medication? Origins of stigmatizing attitudes. *Social Work in Mental Health, 10*, (1), 53–71.
- Kranke, D. A., Floersch, J., Kranke, B. O., & Munson, M. R. (2011). A qualitative investigation of self-stigma among adolescents taking psychiatric medication. *Psychiatric Services, 62*, (8), 893-899.
- Kranke, D., Floersch, J., Townsend, L., & Munson, M. (2010). Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. *Children and Youth Services Review, 32*, (4), 496–505.
- Kranke, D., & Floersch, J. (2009). Mental health stigma among adolescents: Implications for school social workers. *School Social Work Journal, 34*, (1), 28–42.
- Kreisman, D. E., & Joy, V. D. (1974). Family response to the illness of a relative: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin, 10*, (1), 34-57.
- Kreitman, N., & Philip, A. E. (1969). Parasuicide. *British Journal of Psychiatry, 115*, 746-7.

- Kroger, J. (1985). Relationships during adolescence: a cross-national comparison of New Zealand and United States teenagers. *Journal of Youth and Adolescence*, 8, (1), 47-56.
- Kuhl, J., Jarkon-Horlick, L., & Morrissey, R. F. (1997). Measuring barriers to help-seeking behavior in adolescents. *Journal of Young and Adolescence*, 26, (6), 637-650.
- Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127, (2), 187-208.
- 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.
- Kyung, S. y In S. (2013). Psychological factors in college students' attitudes toward seeking professional psychological help: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44, (1), 37-45.
- Laespada, T., Iraurgi, I., & Aróstegi, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Bilbao: Universidad de Deusto, Instituto Deusto de drogodependencias.
- Lam, C. S., Tsang, H., Chan, F., & Corrigan, P. W. (2006). Chinese and American perspectives on stigma. *Rehabilitation Education*, 20, (4), 269-279.
- Lambert, W. E., & Klineberg, O. (1967). *Children's views of foreign peoples: A cross-national study*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Lane, J. D., & Wegner, D. M. (1995). The cognitive consequences of secrecy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, (2), 1-17.
- LaPierre, R. T. (1934). Attitudes versus actions. *Social Forces*, 13, (2), 230-237.
- LaPierre, R. T. (1936). Type-rationalizations of group antipathy. *Social Forces*, 15, 232-237.

- Larsen, J. A. (2004). Finding meaning in first episode psychosis: experience, agency and the cultural repertoire. *Medical Anthropology Quarterly*, 18, 447-471.
- Lawrie, S. M. (2000). Newspaper coverage of psychiatric and physical illness. Newspaper coverage of psychiatric and physical illness. *Psychiatric Bulletin*, 24, (3), 104-106.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress. Appraisal, and coping*. Nueva York: Plenum Press.
- Leckman, J. F., & Leventhal B. L. (2008). Editorial: A Global perspective on child and adolescent mental health. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, (3), 221-225.
- Lee, M., & Sapp, S. (1996). The reverse social distance scale. *The Journal of Social Psychology*, 136, (1), 17-24.
- Lerner, M. J. (1970). The desire for justice and reactions to victims. In J. Macauley and L. Berkowitz (Ed.), *Altruism and helping behavior*. New York: Academic Press.
- Lerner, M. J. (1980). *The belief in a just world: A fundamental delusion*. Nueva York: Plenum Press.
- Lerner, R. M. (1998). Theories of human development: Contemporary perspectives. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child Development, Vol.1. Theoretical models of human development*. Nueva York: Wiley and Sons
- Levine, R. A., & Campbell, D. T. (1972). *Ethnocentrism: Theories of conflict, ethnic attitudes, and group behavior*. New York: Wiley.
- Leyens, J. P., Yzerbyt, V. Y., & Schadron, G. (1994). *Stereotypes and social cognition*. London: SAGE.
- Leyens, J. P., Yzerbyt, V. Y., & Schadron, G. (1992). Stereotypes and social judgeability. *European Review of Social Psychology*, 3, (1), 91-120
- Lience, K. (2004). Promoting and protecting the health of children and young people. *Child: Care, Health & Development*, 30,(6), 623-635.

- Linder, E. (2006). *Making enemies: humiliation and international conflict*. Westport: Praeger Security International.
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, (1), 96-112.
- Link, B. G. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal Public Health*, 89, (9), 1328-1333.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring Mental Illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30, (3), 511-541.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., Phelan, Jo. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, (9), 1328-1333.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, (2), 177-190.
- Link, B. G, Cullen, F. T. Struening, E. L., Shrout, P. E., & Dohrenned, B. P. (1989). A modified labeling theory approach in the area of mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 100-123.
- Link, B, G., Cullen, F. T., Frank, J., y Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, 1461-1500.
- Lippman, W. (1922). *Public opinión*. Nueva York: Harcourt-Brace.

- 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
- Loevinger, J. (1976). *Ego development*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Long, A. (1990). *Dimensión of illness*. Unpublished doctoral dissertation. University of California at los Angeles.
- López, M., Fernández, L., Laviana, M., Aparicio, A., Perdiguero, D., & Rodríguez, A. M. (2010). Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla. Resultados generales del estudio "Salud mental: imágenes y realidades". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30, 106, 219-248.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28, 101, 43-83.
- López, M., Laviana, M., Alvarez, F., González, S., Fernández, M., Peláez, V., & Paz, M. (2004). Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo: algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *AEN. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 31-65.
- López, M. J., Garrido, V., & Ross, R. (2001). *El programa del pensamiento prosocial: avances recientes*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Lozano, C., Huertas, A., Martínez, C. J., Ezquiaga, E., García-Camba, E., & Rodríguez, R. J. (2004). Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. *Revista de la Asociación Española de Neurosiquiatría*, (91), 11-22
- Luengo, M. A., Romero, E., Gómez, J. A., García, A., & Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela*.

*Análisis y evaluación de un programa.* Santiago: Universidad de Santiago de Compostela.

- Luhtanen, R., & Crocker, J. (1989). A collective self-esteem scale: Self-evaluation of one's social identity. *Personality and social psychology bulletin*, 18,(3), 302-318.
- Luty, J., Umoh, O., Sessay, M., & Sarkhel, A. (2007). Effectiveness of Changing Minds campaign factsheets in reducing stigmatised attitudes towards mental illness. *The Psychiatrist*, 31, (10), 377-381.
- Lysaker, P. H., & Buck, K. D. (2007). Insight, outcome and recovery in schizophrenia spectrum disorders: an examination of their paradoxical relationship. *Current Psychiatry Reviews*, 3, (1), 65-71.
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33, (1), 192-199.
- Maas, A., & Cadinu, M. (2003). Stereotype threat: When minority members underperform. *European Review of social Psychology*, 14, 243-275.
- Mackie, D. M., Hamilton, D. L. Susskind, J., & Rosselli, F. (1996). Social psychological foundations of stereotype formation. En Macrae, D. N., Stangor, C., & Hewstone, M. (Eds.), *Stereotypes & Stereotyping*. (pp. 41-78). New York: The Guilford Press.
- Magliano, L., Read, J., Patalano, M., Sagliocchi, A., Olivero, N., D'Ambrosio, A., ...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.
- Major B., & O'Brien, T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychological*, 56, 393-421.

- Major, B., & Eccleston, C. P. (2005). Stigma and social exclusion. En D. Abrams, M. A. Hogg., & J. M. Marques (Eds.), *The social psychology of inclusion and exclusion*. (pp. 63-87). Nueva York: Psychology Press.
- Major, B., McCoy, S. K., Kaiser, D. R., & Quinton, W. J. (2003). Prejudice and self-esteem: A transactional model. *European Review of Social Psychology*, 14, (1), 77-104.
- Major, B., Quinto, W. J., & McCoy, S. K. (2002). Antecedents and consequences of attributions to discrimination: Theoretical and empirical advances. En M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. (Vol. 34, pp. 251-330). San Diego: Academic Press.
- Major, B., Carrington, P. I., & Carnavele, P. (1984). Physical attractiveness and self-esteem: attributions for praise from an other-sex evaluator. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10, (1), 43-50.
- Malinowski, B. (1974). *Sexo y represión en la sociedad primitiva*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Mann, C. E., & Himelein, M. J. (2004). Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, (2), 185-187.
- Maras, P. E. (1993). *The integration of children with disabilities into the mainstram*. Sin publicar. PhD thesis, Universidad de kent.
- Marchesi, A. (1984). El conocimiento social del niño. En Palacios, J., Marchesi, A., & Carretero, M. (Eds.), *Psicología evolutiva 2. Desarrollo cognitivo y social del niño*. (pp. 323-350). Madrid: Alianza.
- Marchesi, A., Palacios, J., & Carretero, M. (1989). Psicología evolutiva: Problemas y perspectivas. En A. Marchesi, M. Carretero & J. Palacios (Eds.), *Psicología evolutiva 1. Teorías y métodos*. (pp. 265-318). Madrid: Alianza.
- Marichal, F., & Quiles, M<sup>a</sup>. N. (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12, (3), 458-465.



- Mardomingo, M. J. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos.
- Markus, H. R., & Kitayamas, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychological Review*, 98, (2), 224-253.
- Marsh, H. W. (1986). Global self-esteem: Its relation to specific facets of self-concept and their importance. *Journal of Personality and social Psychology*, 51, (6), 1224-1236.
- Martínez-Sánchez, E., & Ros, M. (2001). Los significados de la salud y la salud como un valor. En M. Ros & V.V. Gouveia (Eds.), *Psicología social de los valores humanos. Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados*. (pp.238-263). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez, M. C. (1996). *Análisis psicosocial del prejuicio*. Madrid: Síntesis.
- Martínez, M. C., Paterna, C., & Gouveia, V. V. (2006). Relevancia del modelo dual de valores en relación con el prejuicio y la intención de contacto hacia exogrupos. *Anales de Psicología*, 22, Diciembre, 243-250
- Martínez, M. C., & Vera, J. J. (1994). La estructura del prejuicio. Realidad y simbolismo. *Boletín de Psicología (Valencia)*, (42), 21-38.
- Martínez, M. N. (2014). *Escala de evaluación del estigma (3E)*. Departamento de Investigación y Desarrollo. Fundación Cattell Psicólogos. Documento sin publicar.
- Martínez, M. N., Lorenzo, E., López, J. J., & Regadera, J. J. (2015). *Un programa de contacto para reducir el estigma y el autoestigma en personas con y sin problemas de salud mental*. Departamento de Investigación y Desarrollo. Fundación Cattell Psicólogos. Documento sin publicar.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, (4), 370-396.

- Mason, R. J., Hart, L. M., Rossetto, A., & Jorm, A. F. (2015). Quality and predictors of adolescents' first aid intentions and actions towards a peer with a mental health problem. *Psychiatry Research*, 228, 31-38.
- Mastern, A. S. & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. *American Psychologist*, 53, (2), 205-220.
- Masuda, A., & Latzman, R. D. (2011). Examining the associations among factor-analytically derived components of mental health. Stigma, disters, and psychological flexibility. *ERSITY. Psychology Faculty Publications*, 2-23.
- Masuda, A., & Boone, M. S. (2011). Mental health stigma, self-concealment, and help-seeking attitudes among Asian American and European American college students with no help-seeking experience. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 33, (4), 266–279.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Twohig, M. P., Lillis, J., Fletcher, L. B., & Gloster, A. T. (2009). Comparing Japanese international college students' and U.S. college students' mental-health-related stigmatizing attitudes. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 37, (3), 178–189.
- Masuda, A., Price, M., Anderson, P. L., Schmertz, S. K., & Calamaras, M. R. (2009). The role of psychological flexibility in mental health stigma and psychological distress for the stigmatizer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, (10), 1244–1262.
- Matud, M.P. (2005). Diferencias de género en los síntomas más comunes de salud mental en una muestra de residentes en Canarias, España. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 2, 395-403.
- Maxwell, C., Aggleton, P., Warwick, I., & Yankah, E. (2007). Supporting children's emotional wellbeing and mental health in England: A review. *Health Education*, 108, (4), 272-286.
- McCauley, C., & Stitt, CH. (1978). An individual and quantitative measure of stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, (9), 929-940.

- McConahay, J. B. (1986). Modern racism, ambivalence, and the modern racism scale and the modern racism scale. En J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination and racism*. (pp.91-124). Nueva York: Academic Press.
- McEwan, K., Waddell, C., & Barker, J. (2007). Bringing children's mental health "out of the shadows". *Canadian Medical Association Journal*, 176, (4), 471-472.
- McGarty, C. (1999). *Categorization and social psychology*. London: SAGE.
- McGarty, C. (2002). Stereotype formation as category information. En McGarty, V. Yzerbyt & R. Spears (Eds.), *Stereotypes as explanations. The formation of meaningful beliefs about social group* (pp. 16-37). Cambridge: Cambridge University Press.
- McGarty, C., Yzerbyt, V. Y., & Spears, R. (2002). *Stereotypes as explanations. The formation of meaningful belief about social groups*. Cambridge: Cambridge University Press.
- McKay, M., & Fanning, P. (1991). *Autoestima. Evaluación y mejora*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mead, M. (1956). The cross-cultural approach to the study of personality. En J. L. McCary (Ed.), *Psychology of personality*. New York: Grove Press.
- Mead, M. (1993). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Planeta-Agostini: Barcelona
- Meertens, R. W., & Pettigrew, R. F. (1992). Le racisme voilé: dimensions et mesure. En M. Wiewiorka (Dir.), *Racisme et modernité* (pp. 109-126). Paris: La Découverte.

- Mena, A. L., Bono, A., López, A., & Díaz, D. (2010). Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30, (4), 1-15.
- Méndez, F. (1999). *Miedos y temores en la infancia. Ayudar a los niños a superarlos*. Pirámide. Madrid.
- Méndez, F. X., Inglés, D. J., & Hidalgo, M. D. (2002). Estrés en las relaciones interpersonales: un estudio descriptivo en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 8, 25-36.
- Menec, V. H., & Perry, R. P. (1998). Reactions to stigmas among Canadian students: Testing an attribution-affect-help judgment model. *The Journal of Social Psychology*, 138, (4), 443-453.
- Merrell, K. W., & Gimpel, G. (1998). *Social skills of children and adolescents: Conceptualization, assessment, treatment*. Hahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review*, 8, 193-210.
- Michaels, P. J., López, M., Rüsck, N., & Corrigan, P. W. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society and Education*, 4, (2), 183-194.
- Miller, A. G. (1982). Historical and contemporary perspectives on stereotyping. En Miller, A. G. (Ed.), *In the eye of the beholder. Contemporary issues in stereotyping*. (pp.1-39). New York: Praeger.
- Millon, T. (1993). MACI. *Inventario clínico para adolescentes de Millon*. TEA: Madrid.
- Minard, R. D. (1952). Race relations in the Pocahontas Coal Field. *Journal of Social Issues*, 8, (1), 29-44.

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Los adolescentes españoles y su salud*. Resumen del estudio Health behaviour in School aged children (HBSC). Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategias en salud mental del sistema Nacional de salud*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Informe sobre la salud mental en niños y adolescentes*. Madrid.
- Missé, M., & Coll-Planas. (Eds.) (2010). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales.
- Molero, F. (2004). El liderazgo. En C. Huici y J. F. Morales (Dirs.), *Psicología de grupos I. Estructura y proceso*. (pp. 141-169). Madrid: UNED.
- Molero, F. (2007a). El estudio del prejuicio en la psicología social: definición y causas. En Morales, J. F., Moya, M., Gaviria, E., & Cuadrado, I. (Coords.), *Psicología social*. (pp. 591-617). Madrid: McGrawhill.
- Molero, F. (2007b). Prejuicio y estigma: efectos y posibles soluciones. En Morales, J. F., Moya, M., Gaviria, E., & Cuadrado, I. (Coords.), *Psicología social*. (pp.619-640). Madrid: McGrawhill.
- Montalban, F. (1996). Comportamiento de grupo. En L. Gómez & Jesús M. Canto (Eds.), *Psicología social*. (pp.198-209). Madrid: Pirámide.
- Montalban, F., & Durán, A. (1996). Prejuicio y discriminación. En L. Gómez & Jesús M. Canto (Eds.), *Psicología social*. (pp.210-219). Madrid: Pirámide.
- Morales, J. F., & Bustillo, A. (2008). La exclusión social. En J. F. Morales, C. Huci, E. Gaviria, & A. Gómez (Eds.), *Método, teoría e investigación en psicología social*. Madrid: Pearson, Prentice Hall.
- Morales, J., Moya, M. C., Gaviria, E., & Cuadrado, I. (Coords.). (2007). *Psicología Social*. UNED Madrid: Mc GRAW-HILL
- Morales, J., & Huici, C. (Coords.) (1999). *Psicología social*. Madrid: Mc GRAW-HILL.

- Morales, J., & Moya, M. (1996). *Tratado de psicología social. Volumen I: Procesos básicos*. Madrid: Síntesis.
- Morales, P. (2000). *Medición de actitudes en psicología y educación, construcción de escalas y problemas metodológicos*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Morales, P., Urosa, B., & Blanco, A. (2003). *Construcción de escalas de actitudes tipo liker*. Madrid: La Muralla.
- Mora-Rios, J., Bautista-Aguilar, N., Natera, G., & Pedersen, D. (2013). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental, 36*, (1), 9-18.
- Moreno, A. M., Sánchez, F., & López, M. (2014). Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society & Education, 6*, (1), 17-26.
- Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2009). Recall of news stories about mental illness by Australian youth: associations with help-seeking attitudes and stigma. *Australian New Zealand Journal Psychiatry, 43*, (9), 866-872.
- Moscovici, S. (1985). *Psicología social I: influencia y cambio de actitudes. Cognición y desarrollo humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Moses, T. (2008). *Adolescent mental health consumers' self-stigma: the role of problem attributions and parental stigma*. Unpublished manuscript. University of Wisconsin-Madison: Madison.
- Moses, T. (2009a). Self-labeling and its effects among adolescents diagnosed with mental disorders. *Social Science & Medicine, 68*, (3), 570-578.
- Moses, T. (2009b). Stigma and self-concept among adolescents receiving mental health treatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 79*, (2), 261-274.
- Moses, T. (2010a). Adolescent mental health consumers' self-stigma: Associations with parents' and adolescents' illness perceptions and parental stigma. *Journal of Community Psychology, 38*, (6), 781-798.

- Moses, T. (2010b). Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science & Medicine*, 70, (7), 985–993.
- Moses, T. (2011). Stigma apprehension among adolescents discharged from brief psychiatric hospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, (10), 778–789.
- Mukolo, A. A., Hefling, C. A., & Wallston, K. A. (2010). The stigma of childhood mental disorders: A conceptual framework. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 49, (2), 92-198.
- Munné, F. (1989). *La construcción de la psicología social como ciencia teórica*. Barcelona: Alamex.
- Muñoz, M., Guillén, A. I., & Pérez-Santos, E. (2013). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Social*, 10, (2), 10-19.
- Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E., & De los Ángeles, M. (2011). Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research*, 186, (2), 402-408.
- Muñoz, M., Sanz, M., & Santos, E. P. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 7, 41-50.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Complutense.
- Muñoz-Rivas, M., González-lozano, P., Fernández-González, L., & Fernández, S. (2015). *Violencia en el noviazgo*. Pirámide: Madrid.
- Musher-Eizenman, D. R., Holub, S. C., Miller, A. B., Goldstein, S. E., & Edwards-Leeper, L. (2004). Body size stigmatization in preschool children: The role of control attributions. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, (8), 613-620.

- Musitu, G., & Cava, M. J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención psicosocial*, 12, (2), 179-192.
- Nadeem, E., Lange, J. M., Edge, D., Fongwa, M., Belin, T., & Miranda, J. (2007). Does stigma keep poor young immigrant and US-born black and Latina women from seeking mental health care?. *Psychiatric Services*, 58, (12), 1547-1554.
- Napoleon, T., Chassin, L., & Young, R. (1980). A replication and extension of "Physical attractiveness and mental illness". *Journal of Abnormal Psychology*, 89, (2), 250-253.
- Navas, M. S. (1998). Nuevos instrumentos de medida para el nuevo racismo. *Revista de Psicología Social*, 13, (2), 233-239.
- Navas, M., García, M. C., Rojas, A. J., Pumares, P., & Cuadrado, I. (2006). Actitudes de aculturación y prejuicio: la perspectiva de autóctonos e inmigrantes. *Psicothema*, 18, (2), 187-193.
- Naylor, P. B., Cowie, H. A., Walters, S. J., Talamelli, L., & Dawkins, J. (2009). Impact of a mental health teaching programme on adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 365-370. [doi: 10.1192/bjp.bp.108.053058](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053058)
- Nesdale, D. (2001). Development of prejudice in children. En M. Augoustinos & K. J. Reynolds (Eds.), *Understanding prejudice, racism and social conflict*. (pp. 57-72). Londres: SAGE
- Neuberg, S. L., Smith, D. M., & Asher, T. (2000). Why people stigmatize: Toward a biocultural framework. En T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Helb y J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp.31-61). Londres: Guilford Press.
- Nier, J. A. (2005). How dissociated are implicit and explicit racial attitudes? A bogus pipeline approach. *Group Processes & Intergroup Relations*, 8, (1), 39-52.
- Nisbett, R., & Ross, L. (1980). *Human inference: strategies and shortcomings of social judgment*. Englewood Cliffs, N. J.; Prentice-Hall.



- Nissen, G. (1971). *Depressive syndrome in Kindes-und jugendalter*. Berlin: Springer Verlag.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological bulletin*, *115*, (3), 424.
- Norman, P., & Bennett, P. (1996). Health locus of control. En M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Núñez, J., & Zapata, R. (1994). Actitudes hacia la enfermedad mental entre el personal de un hospital psiquiátrico penitenciario. *Anales de Psiquiatría*, *10*, (6), 242-247.
- Oakes, P. J., Haslam, S. A., & Turner, J. C. (1994). *Stereotyping and social reality*. Oxford: Blackwell.
- O'Driscoll, C., Heary, C., Hennessy, E., & McKeague, L. (2012). Explicit and implicit stigma towards peers with mental health problems in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*, (10), 1054-1062.
- Offer, D., Ostrov, E., & Howard, K. I. (1981). *The adolescent: a psychological self-portrait*. Nueva York: Basic Books.
- Offer, D., & Offer, J. B. (1975). *From teenage to young manhood*. Nueva York: Basic Books.
- O'Mara, L., Mueller, D., Grypstra, L., Browne, G., Akhtar-Danesh, N., Hoy, D., & Vrkljan, CH., (2009). *Does stigma towards mental illness decrease for youth 13-18 years old after participating in school-based youth net hamilton focus groups?* Ottawa: The provincial centre of excellence for child and youth mental health at CHEO.
- Oliva, A. (2003). Adolescencia en España a principios del siglo XXI. *Infancia y Aprendizaje*, *15*, (4), 373-383.

- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37, (3), 209-223.
- Oliva, A. (2008). *La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención*. Sevilla: Consejería de Salud.
- Opatow, S. (1990). Moral exclusion and injustice: An introduction. *Journal of Social issues*, 46, (1), 1-20.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Declaración de Helsinki*. Ginebra
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Mental health declaration for Europe: facing the challenges, building solutions: First WHO European Ministerial Conference on Mental Health*. Helsinki, Finland 12-15.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre la salud mental 2013-2020*. Ginebra.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, (2), 115-120.
- Ortega, M. A., Seva, A., Perez, A., & Torres (1994). Actitudes hacia la enfermedad mental en la población general de La Rioja. *Anales de Psiquiatría*, 10, (9), 343-349
- Ortega, R., Calmaestra, J., & Mora-Menchón, J. (2008). Cyberbullying. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, (2), 183-192.
- Osborn, S. M., & Harris, G. G. (1975). *Assertive training for women*. Springfield: Charles C .Thomas.
- Östman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association. Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181, (6), 494-498.

- Ottati, V., Bodenhausen, G. V., & Newman, L. S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. En P.W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. (pp.99-128). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling & Development*, 86, (2), 143-151.
- Park, R. E. (1950). *Race and culture*. Londres: Glencoe.
- Pedersen, D. (2005). Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, VI, (1), 3-14.
- Peláez, M. A., E., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2007). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychology*, 5, (2), 135-148.
- Pelechano, V. (2000). Identificación e integración personal: El problema del yo. En V. Pelechano (Ed.), *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel
- Penn, D. L., & Couture, S. M. (2002). Strategies for reducing stigma towards persons with mental illness. *World Psychiatry*, 1, (1), 20-21.
- Penn, D. L., & Martin, J. (1998). The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 69, (3), 235-247.
- Pennebaker, J. W. (1990). *Opening up: The healing power of confiding in others*. William Morrow.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, (2), 239-245.
- Perez, A., & Mejía, I. E. (1998). Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 10, (2), 111-119.

- Perles, F., & Martimportugués, C. (1996). Dinámica de grupo. En L. Gómez & Jesús M. Canto (Eds.), *Psicología social*. (pp.165-183). Madrid: Pirámide.
- Pescosolido, B. A. (2007). Culture, children and mental health treatment: Special section on the national sigma study-Children. *Psychiatric Services*, 58, (6), 611-612.
- Pescosolido, B. A. (2009). Stigma: Lessons and new directions from a decade of research on mental illness. Presentations to the National Institutes of Health *Behavior and Social Sciences Research Lecture Series*.
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Lang, A., & Olafsdottir, S., (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma. A framework integrating normative influences on stigma (FINIS). *Social Science & Medicine*, 67, (3), 431-440.
- Pescosolido, B. A., 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), 313-618.
- Pettigrew, T. F. (1958). Personality and sociocultural factors in intergroup attitudes: A cross-national comparison. *Journal of conflict resolution*, 2, 29-42.
- Pettigrew, T. F. (1959). Regional differences in anti-Negro prejudice. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, (1), 28-36.
- Phelan, J. C., Lucas, J. W., Ridgeway, C. L., & Taylor, C. J. (2014). Stigma, status, and population health. *Social Science & Medicine*, 103, 15-23.
- Phelan, C., Bromet, E. J., & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24, (1), 115-126.
- Piaget, J. (1932). *The moral judgment of the child*. London: Kegan Paul
- Piaget, J. (1954). *Les relations entre l'affectivité et l'intelligence dans le développement mental de l'enfant*. Paris: CDU.
- Piaget, J. (1977). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Fontanella

- Pinel, P. (1988). Tratado Medico-filosófico de la enajenación mental o mania (1801). *ERTE*, 397
- Pinel, E. C. (1999). Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, (1), 114-128.
- Pinel, E. C. (2002). Stigma consciousness in intergroup contexts: The power of conviction. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38, (2), 178-185.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182, (4), 342-346.
- Pinillos, J. L. (1960). Estereotipos raciales de universitarios españoles, ingleses y norteamericanos. *Revista de psicología general y aplicada*, 56, 777-797.
- Pinto-Foltz, M. D., Hickman, R., Logsdon, M. C., & Burant, CH. (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-Foltz, M. D., Logsdon, M., & Myers J. (2011). Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Social Science and Medicine*, 72, (12), 2011-2019.
- Pinto-Foltz, M. D. (2010). School-based intervention to reduce stigma toward mental disorders and improve mental health literacy in female adolescents.
- Pinto-Foltz, M. D., & Logsdon, M. C. (2009a). Conceptual model of research to reduce stigma related to mental disorders in adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 3, (12), 788-795.
- Pinto-Foltz, M. D., & Logsdon, M. C. (2009b). Reducing stigma related to mental disorders: Initiatives, interventions, and recommendations for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23 (1), 32-40.

- Piñuel, I., & Oñate, A. (2012). *AVE. Acoso y violencia escolar*. TEA: Madrid.
- Pitman, E., & Matthey, S. (2004). The smiles program: A group program for children with mentally ill parents or siblings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, (3), 383-388.
- Pleux, D. (2008). *Génération Dolto*. París: Odile Jacob.
- Polanco, N., Cajigas, I., Rivera, E., Varas, N., Santos, A., & Rosario, E. (2013). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud y Sociedad*, 4, (3), 250-263.
- Porteus, M. A. (1979). A survey of the problems of normal 15 year olds. *Journal of Adolescence*, 2, 307-323.
- Powlishta, K. K., Serbin, L. A., Doyle, A. B., & White, D. R. (1994). Gender, ethnic and body type biases: the generality of prejudice in childhood. *Developmental Psychology*, 30, (4), 526-536.
- Prothro, E. T., & Melikian, L. H. (1954). Studies in stereotypes: III Arab students in the near east. *Journal of Social Psychology*, 40, (2), 237-243.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, (25), 56-83.
- Rabkin, J. (1974). Public attitudes toward mental illness: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 1, (10), 9.
- Ramos, A. (2010). *Stop al estigma sobre la enfermedad mental*. Alicante: Club Universal.
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2014). Associations between beliefs about the causes of mental disorders and stigmatising attitudes: Results of a national survey of the Australian public. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, (8), 764-771.

- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2012). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: changes in Australia over 8 years. *Psychiatry Research*, *197*, (3), 302–306.
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011a). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*, (11), 947–956.
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011b). Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: Findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*, (12), 1086–1093.
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011c). Young people's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: Findings from an Australian national survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*, (12), 1033–1039.
- Reisenzein, R. (1986). A structural equation analysis of weiner's attribution-affect model of helping behavior. *Journal of Personality Social Psychology*, *50*, (6), 1123-1133.
- Reisenzein, R., & Hoffman, T. (1990). An investigation of the dimensions of cognitive appraisal in emotional using the repertory grid technique. *Motivation and Emotion*, *14*, 1-26.
- Resnick, J. H. (1991). Finally a definition of clinical psychology: A message from the president, division 12. *The clinical Psychologist*, *44*, (1), 3-11
- Retolaza, A. (2004). ¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. *Norte de salud mental*, *5*, (19), 49-57.
- Richardson, S. (1969). The Effect of physical disability on the socialization of a Child. En D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research*. (pp. 1047-1064). Chicago: Rand McNally & Company.

- 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.
- Robison, A. P., Kehle, T. J., Bray, M. A., Jenso, W. R., Calrk, E., & Laeless, K. A. (2001). Self-esteem, gender-role perception, gender-role orientation and attributional style as a function of academic competence: Smart girls are different, but a boy is a boy is a boy. *Canadian Journal of School Psychology, 17*, (1), 47-64.
- Rodeach, M., Smith, P. W., & Evans, R. I. (1960). Two kinds of prejudice or one? En M. Rokeach (Ed.), *The open and closed mind* (pp. 132-168). New York: Basic Books.
- Rodríguez, F. (1963). Estereotipos regionales españoles. *Revista de psicología general y aplicada, 68-69*, 763-771.
- Rodríguez, J. (2001). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, J., & Grossi, F. J. (1999). *Violencia y competencia social. Análisis y resultados del desarrollo de un programa de prevención en el aula de enseñanza primaria de la comunidad autónoma del Principado de Asturias*. Oviedo: Informe de FICYT.
- Rodríguez-Torres, R., Rodríguez-Pérez, A., & Leyens, J. P. (2003). La dimensión emocional del prejuicio: ¿sienten los miembros de los otros grupos igual que nosotros? En J. F. Morales & C. Huici (Dir.), *Estudios de psicología social* (pp. 55-79). Madrid: UNED.
- Roese, N. J., & Jamieson, D. W. (1993). Twenty years of bogus pipeline research: a critical review and meta-analysis. *Psychological Bulletin, 114*, (2), 363.
- Rogers, C. R. (1961). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Rojahn, K., & Pettigrew, T. F. (1992). Memory for schema-relevant information: A meta-analytic resolution. *British Journal of Social Psychology, 31*, (2), 81-109.



- Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind*. New York: Basic Books
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values* (Vol. 438). New York: Free press.
- Rokeach, M., & Rothman, G. (1965). The principle of belief congruence and the congruity principle as models of cognitive interaction. *Psychological Review*, 72, (2), 128.
- Ros, M. (2001). Valores, actitudes y comportamientos: una nueva visita a un tema clásico. ?. En M. Ros y V.V. Gouveia (Coords.), *Psicología social de los valores humanos. Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados*. (pp.78-99). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Roseman, I. J. (1984). Cognitive determinants of emotion: A structural theory. En P. Shaver (Ed.), *Review of personality and social psychology*. (Vol. 5, pp. 11-36). Beverly Hills: Sage.
- Rosen, A. (2006). Destigmatizing day-to-day practices: what developed countries can learn from developing countries. *World Psychiatry*, 5, (1), 21-24.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton. NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1986). Self-concept from middle childhood through adolescence. In J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives on the self* (Vol. 3, pp. 107-136). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rosenberg, M. J., & Hovland, C. I. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. En C. I. Hovland & M. J. Rosenberg (Eds). *Attitude organization and change: an analysis of consistency among attitude components*.( pp. 1-14). New Haven, CT: Yale University Press.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, August, 660-672.

- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom: Teacher expectation and pupils' intellectual development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Ross, L. (1978). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distorsions in the attribution process. En L. Berkowitz (Ed.), *Cognitive theories in Social Psychology*. New York: Academic Press.
- Ruggiero, J. A. (1979). Research on social class and intolerance in the context of American history and ideology. *Journal of the History Behavioral Sciences*, 15, (2), 166-176.
- Ruiz, M., García, M. V., Morales, I. M., Pena, J. M., Brotat, M., Aparicio, D.,...Rojas, A. (1994). Actitudes hacia la enfermedad mental y la religiosidad. Un estudio comparativo. *Anales de Psiquiatría*, 10, (6), 238-241.
- Runte, A. (2005). *Estigma y Esquizofrenia. Que piensan las personas afectadas y sus cuidadores*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Rüsch, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, (8), 529-539.
- Rutter, M., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44,(8), 1092-1115.
- Rutter, M., & Smith, D. (Eds.) (1995). *Psychosocial disorders in young people*. Chichester: John Wiley.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O., & Yule, W., (1976). Adolescent turmoil: fact or fiction? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 35-36.
- Sachdev, I., & Bourhis, R. Y. (1991). Power and status differentials in minority and majority group relations. *European Journal of Social Psychology*, 21, (1), 1-24.

- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sanjuan, A. M. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia. International Journal of Psychology*, 13, (2), 7-17.
- San Martín, J., & Perles, F. (1996a). Estructura de las actitudes. En L. Gómez & Jesús M. Canto (Eds.), *Psicología social*. (pp.59-70). Madrid: Pirámide
- San Martín, J., & Perles, F. (1996b). Medición de actitudes. En L. Gómez & Jesús M. Canto (Eds.), *Psicología social*. (pp.71-80). Madrid: Pirámide.
- Sanz, J. (1994). Algunas consideraciones adicionales sobre la versión española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Weisman y Beck. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, (73), 669-673.
- Sarió, C. (2014). Algunos mitos y leyendas relacionados con la psiquiatría. *Psiquiatría y Psicología*, 10, Febrero, 1-4.
- Sartorius, N. (2003). Uno de los últimos obstáculos para mejorar la asistencia en salud mental. *Avances en Salud mental Relacionada*, 2, (2).
- Sartre, J. P. (2005). *Reflexiones sobre la cuestión judía*. Seix Barral.
- Sayce, L. (1998). Stigma, discrimination and social exclusion: What's in a word? *Journal of Mental Health*, 7, (4), 331-343.
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, (5), 379-399.
- Scheff, T. J. (1974). The labelling theory of mental illness. *American Sociological Review*, 39, (3), 444-452.
- Scheff, T. J. (1998). Shame in the labeling of mental illness. En P. Gilbert, & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture*. (pp. 191-205). New York. Oxford.

- Schmelkin, L. P., Wachtel, A. B., Schneiderman, B. E., & Hecht, D. (1988). The dimensional structure of medical students' perceptions of diseases. *Journal of Behavioral Medicine, 11*, (2), 171-183.
- Schmidt, G., & Weiner, B. (1988). An attribution-affect-action theory of behavior: Replications of judgments of help-giving. *Personality and Social Psychology Bulletin, 14*, 610-621.
- Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., & Postmes, T. (2003). Women's emotional responses to the pervasiveness of gender discrimination. *European Journal of Social Psychology, 33*, (3), 297-312.
- Schmitt, M. T., & Branscombe, N. R. (2002). The internal and external causal loci of attributions to prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*, (5), 620-628.
- Schneider, J. W., & Conrad, P. (1980). In the closet with illness-epilepsy, stigma potential and information control. *Social Problems, 28*, (1), 32-44.
- Schnittker, J., Freese, J., & Powell, B. (2000). Nature, nurture, neither, nor: Black-White differences in beliefs about the causes and appropriate treatment of mental illness. *Social Forces, 78*, (3), 1101-1132.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry, 19*, (2), 137-155.
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Sciences Medical, 56*, 299-312.
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Marschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*, (2), 142-150.
- Schum, J. (2011). *Entry-level student affairs administrators' attitudes toward mental illness in college students*. Tesis doctoral. University of Louisville.

- Schwartz, C. G. (1957). Perspectives on deviance. Wives' definitions of their husband's mental illness. *Psychiatry*, 20, (3), 275-291.
- Schwartz, S. H. (2001). ¿Existen aspectos universales en la estructura y contenido de los valores humanos?. En M. Ros y V.V. Gouveia (Eds.), *Psicología social de los valores humanos. Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados*. (pp.52-77). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Schwartz, S. H., & Howarde, J. A. (1995). Internalized values as motivators of altruism. En E. Staub, D. Bar-Tal, J. Kalyowski & J. Reykowski (Eds.), *Development and maintenance of prosocial behavior. International perspectives on justice morality*. Londres: Penum Press.
- Schwartz, S. H., & Struch, N. (1989). Values, stereotypes, and intergroup antagonism. En D. Bar-Tal, C. Grauman, A. Kruglanski, & W. Stroebe (Eds.), *Stereotyping and prejudice*. (pp. 151-167). Nueva York: Springer-Verlag.
- Schwartz-Stav, O., Apter, A., & Zalsman., G. (2006). Depression, suicidal behavior and insight in adolescents with schizophrenia. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, (6), 352-359.
- Sears, D. O., & Kindor, D. R. (1971). Racial tensions and voting in los Angeles. En W. Z. Hirsch (Ed.), *Los Angeles: Viability and prospects for metropolitan leadership*. Nueva York: Praeger.
- Secker, J., Armstrong, C., & Hill, M. (1999). Young people's understanding of mental illness. *Health Education Research*, 14, (6), 729-739.
- Selman, R. (1977). A structural-developmental model of social cognitive. *Counseling Psychologist*, 6, 3-6.
- Selman, R. (1980). *The growth of interpersonal understanding. Developmental and Clinical analyses*. Londres: Academic Press.
- Selman, R. L., Beardslee, W., Schultz, L. H., Krupa, M., & Podorefsky, D. (1986). Assessing adolescent interpersonal negotiation strategies: Toward the

integration of structural and functional models. *Developmental psychology*, 22, (4), 450.

Shear, K., Halmi, K. A., Widieger, T. A., & Boyce, CH. (2009). Factores socioculturales y género. En Narrow, W. E., First, M., Sirovatka, P. J., & Regier, D. A. (Eds.) *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*. (pp. 63-76). Barcelona: Elsevier Masson.

Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Hacer de la recuperación una realidad*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Sherif, M. (1966a). *In common predicament: Social psychology of intergroup conflict and cooperation*. Boston: Houghton-Mifflin.

Sherif, M. (1966b). *Group conflict and cooperation*. Londres: Routledge and Kegan Paúl.

Sherif, M., Harvey, O. J., White, B. J., Hood, W. E., & Sherif, C. W. (1961). *Intergroup conflict and cooperation: The robbers cave experiment*. Norman: Institute of group relations, university of Oklahoma.

Sherif, M., & Sherif, C. (1953). *Groups in harmony and tension*. New York: Harper and Brothers.

Shucksmith, J., & Hendry, L. (1998). *Health issues and adolescents: growing up and speaking out*. Londres: Routledge.

Siller, J., Ferguson, L., Vann D., & Holland, B. (1968). Structure of attitudes toward the physically disabled: The disability factor scales-amputation, blindness, cosmetic conditions. *Proceedings of the 76<sup>th</sup> annual convention of the American Psychological Association*, 3, 651-652.

Simmons, R. G., Rosenberg, F., & Rosenberg, M. (1973). Disturbance in the self-image at adolescence. *American Sociological Review*, 38, 553-568.

- Simons, R. L., Conger, R. D., & Withbeck, L. B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues, 18*, 293-315.
- Siverio, M. A., & García, M. D. (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: La influencia del género. *Anales de Psicología, 23*, (1), 41-48.
- Slopen N. B., Watson, A. C., Garcia, G., & Corrigan P. W. (2007). Age analysis of newspaper coverage of mental illness. *Journal health Community, 12*, (1), 3-15
- Smart, L., & Wegner, D. M. (2000). The hidden costs of hidden stigma. En T. F. Heatherton, R. E., Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull. (Eds.), *The social psychology of sigma*. (pp. 220-242). Nueva York: The Guilford Press.
- Smith, C. A. (1991). The self, appraisal, and coping. En C. R. Snyder, D. R. Forsythe (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*. (pp. 116-127). Elmsford New York: Pergamon.
- Smith, E. R. (1993). Social identity and social emotions: Toward new conceptualizations of prejudice. En D. M. Mackie & D. L. Hamilton (Eds.), *Affect, cognition and stereotyping. Interactive processes in group perception*. (pp. 297-315). Nueva York: Academic Press.
- Smith, E. R., & Zárate, M. A. (1992). Exemplar-based model of social judgment. *Psychological Review, 99*, (1), 3-21.
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Green, B. J. (1986). Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory. *Journal of abnormal child psychology, 14*, (1), 25-39.
- Sobel, D. (1981). *Thousands with mental health insurance choose to pay own bill*. New York Times, August 4.
- Solbes, I. (2009). *El sobrepeso en la niñez y sus consecuencias sociales. Un estudio evolutivo sobre las actitudes explícitas e implícitas hacia la complexión*

*física y su relación con la imagen corporal* (Doctoral dissertation, Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid).

- Spagnolo, A. B., Murphy, A. A., & Librera, L. A. (2008). Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*, (3), 186-193.
- Spear, R. (2001). The interaction between the individual self and the collective self: Self-categorization in context. En C. Sedikides y M. B. Brewer (Edts.), *Individual self, relational self, collective self*. (pp. 171-198). Filadelfia: Psychology Pres.
- Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J., & Platzek, D. (1973). STAIC preliminary manual. *STAIC-Preliminary Manual*.
- Stangor, C., Nadar, J. K., Sechrist, G. B., DeCoster, J., Van Allen, K. L., & Ottenbreit, A. (2003). Pregunta, respuesta, y anuncian: Tres etapas en percibir y responder discriminación. *Revista Europea de Psicología Social, 14*, 277-311
- Stangor, C. & Crandall, C. S. (2000). Threat and the social construction of stigma. En T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Helb, & J. G. Hill (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 62-88). Nueva York: The Guilford Press.
- Star, S. A. (1955). *The Public's Ideas about Mental Illness: A Paper*. National Opinion Research Center.
- Staring, A. B. P., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H. J., & Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research, 115*, (2), 363-369.
- Steele, C. M. (1992). *Race and the schooling of black Americans*. The Atlantic Monthly.
- Steele, C. M. (1997). Stereotyping and its threat are real. *American Psychologist, 53*, (6), 680-681.



- Steele, C. M. y Aronson, J., (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and social Psychology*, 69, (5), 797-811.
- Steele, S. (1990). *The content of our character*. New York: St. Martin's Press.
- Stefani, D. (1977). Escala de actitudes hacia la enfermedad mental. *Actas de psiquiatría y Psicología de América Latina*, 23, 202-207.
- Stephens, T., Dulberg, C., & Joubert, N. (1999). Mental health of the Canadian population: a comprehensive analysis. *Chronic Diseases in Canada*, 20, (3), 118-126.
- Stephan, W. G. (1977). Stereotyping: The role of ingroup-outgroup differences in causal attribution for behavior. *The Journal of Social Psychology*, 101, (2), 255-266.
- Stephan, W. G. (1985). Intergroup relations. En G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *The hand-book of social psychology (Vol. 2)*. (pp. 599-658). New York: Random House.
- Stephan, W. G., & Stephan, C. W. (2000). An integrated threat theory of prejudice. En S. Oskam (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination*. (pp. 23-45). Mahwah: L. Erlbaum.
- Stephan, W. G., & Stephan, C. W. (1993). Cognition and affect in stereotyping: Parallel interactive networks. En D. M. Mackie & D. L. Hamilton (Eds.), *Affect, cognition, and stereotyping. Interactive processes in group perception*. (pp. 111-136). San Diego: Academic Press.
- Stephan, W.G., & Rosenfield, D. (1982). Racial and ethnic stereotypes. En Miller, A. G. (Ed.), *In the eye of beholder. Contemporary issues in stereotyping*. (pp. 92-135). New York: Praeger.
- Stroebe, W., & Insko, C. A. (1989). Stereotype, prejudice, and discrimination: Changing conceptions in theory and research. En Bar-Tal, D., Graumann, C. F., Kruglanski, A. W., & Stroebe, W. (Eds), *Stereotyping and prejudice*.

- Changing conceptions.* (pp. 3-34). New York: Springer Science+ Business Media.
- Stürmer, S., & Simon, B. (2004). Collective action: Towards a dual-pathway model. *European Review of Social Psychology, 15*, (1), 59-99.
- Summers, G. F. (Ed.). (1976). *Medición de actitudes.* México: Trillas.
- Sumner, W. G. (1906). *Folkways.* Boston: Ginn.
- Swords, L., Heary, C., & Hennessy, E. (2011). Factors associated with acceptance of peers with mental health problems in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, (9), 933-941.
- Tajfel, H. (1957). Value and the perceptual judgment of magnitude. *Psychological Review, 64*, (3), 192-204.
- Tajfel, H. (1969). Cognitive aspects of prejudice. *Journal of Social Issues, 25*, 79-97.
- Tajfel, H. (1978a). Social categorization, social identity and social comparison. En H. Tajfel (Ed.), *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations.* Londres: Academic.
- Tajfel, H. (1978b). *Differentiation between social groups: studies in the social psychology of intergroup relations.* Londres: Academic.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. En S. Worchel y W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (2ª ed., pp. 7-24). Chicago: Nelson-Hall.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. En W. G. Austin y S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations.* Monterey: Brooks/Cole.

- Tajfel, H., Flament, C., Billig, M. G., & Bundy, R. P. (1971). Social categorization and intergroup behavior. *European Journal of Social Psychology, 1*, (2), 149-178.
- Tajfel, H., & Wilkes, A. L. (1963). Classification and quantitative judgement. *British Journal of psychology, 54*, (2), 101-114.
- Távora, A. (2001). El género y los esquemas de referencia en salud mental. En C. Tomás, C. Tejedo, M. J., Barral, T. Fernández & T. Yago. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. (pp. 199-221). Madrid: Minerva Ediciones.
- Taylor, S. E., & Brown, J. (1988). Illusion and well-being: some social psychological contributions to a theory of mental health. *Psychological Bulletin, 103*, 193-210.
- Taylor, S. E., Fiske, S. T., Etkoff, N. L. & Ruderman, A. J. (1978). Categorical bases of person memory and stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology, 36*, (7), 778-793.
- Teasley, S. D. (1995). The role of talk in children's peer collaborations. *Developmental Psychology, 31*, (2), 207-220.
- Tesser, A., & Campbell, J. (1980). Self-definition: the impact of the relative performance and similarity of others. *Social Psychology Quarterly, 43*, 341-347.
- Their development and change (1961). *Popular conceptions of mental health. Their development and change*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Thibaut, J. W., & Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M. & INDICO Study Group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet, 373*, (9661), 408-415.

- Thornicroft, G., Rose, D., Kassan, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *British Journal of Psychiatry*, 190, (3), 192-193.
- Tobin-Richards, M. H., Boxer, A. M., & Peterson, A. C. (1983). The psychological significance of pubertal differences in perception of self during early adolescence. En Brooks-Gunn, J., & Peterson, A. C. (Eds.), *Girls at puberty*. (pp. 127-154). Nueva York: Plenum
- Toro, J. (2010). *El adolescente en su mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Pirámide: Madrid
- Torregrosa, J. R., & Crespo, E. (Eds.) (1984). *Estudios básicos de Psicología Social*. Barcelona: Hora.
- Tracy, J. J., & Cross, H. J. (1973). Antecedents of shift in moral judgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, (2), 238-244.
- Trull, T. J., & Phares, E. J. (2001). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson.
- Turiel, E. (1966). An experimental test of the sequentiality of developmental stages in the child's moral judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, (6), 611.
- Turiel, E. (1973). Adolescent conflict in the development of moral principles. En : R. L. Solso (Ed.), *Contemporary issues in cognitive psychology, (Loyola Symposium)*. Washington: Winston.
- Turk, D. C., Rudy, T. E., & Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9,(5),453-474.
- Turner, J. C. (1999). Some current issues in research on social identity and self-categorization theories. En N. Ellemers, R. Spears y B. Doosje (Eds.), *Social identity: Context, commitment, content*.(pp.6-34). Oxford: Blackwell.

- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Basil: Blackwell.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: a heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5, (2), 207-232.
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F. (2003). Social exclusion and the deconstructed state: time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion, and self-awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, (3), 409.
- UNICEF (2011). *La adolescencia, estado mundial de la infancia*. París.
- Uribe, M., Moral, O. L., & Cortés, A. C. (2007). Voces del estigma, percepción de estigma y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48K, (3), 207-219.
- U.S. Department of Health and Human Services: Mental Health. (1999). *A report of the surgeon general, executive summary*. Rockville, MD, U.S.: Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Institute of Mental Health.
- Vander, J. (1989). *Manual de psicología social*. Barcelona: Paidós Studio.
- Vann, D. H. (1970). Components of attitudes toward the obese including presumed responsibility for the condition. *Proceedings of the 78<sup>th</sup> Annual Convention of the American Psychological Association*, 5, 695-698.
- Vann, D. H. (1976). *Personal responsibility, authoritarianism and treatment of the obese*. New York University: Unpublished Ph D. Dissertation.
- Varas, N., Santos, A., Polanco, N., Cajigas, I., Rivera, M., Lugo, C. I.,...Rivera, E. (2012). Desarrollo de una escala para medir el estigma relacionado a problemas de salud mental en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, (2), 107-118.

- Vargas-Trujillo, E., & Barrera, F. (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: Una revisión. *Revista colombiana de Psicología*, 11, (1), 115-134
- Vaughan, G. M. (1987). A social psychological model of ethnic identity development. En J. S. Phinney, & M. J. Rotheram (Eds.), *Children's ethnic socialization*. Londres: Sage.
- Vaughan, G. M., Tajfel, H., & Williams, J. A. (1981). Bias in reward allocation in an intergroup and an interpersonal context. *Social Psychology Quarterly*, 44, 37-42.
- Ventieri, D, Clarke, D. M., & Hay, M. (2011). The effects of a school based educational intervention on preadolescents' knowledge of and attitudes towards mental illness. *Advances in School Mental Health Promotion*, 4, (3), 5-16.
- Vera, J. J., & Martínez, M. C. (1994). Preferencias de valores en relación con los prejuicios hacia exogrupos. *Anales de Psicología*, 10, (1), 29-40.
- Vinacke, W. E. (1956). Explorations in the dynamic process of stereotyping. *Journal of Social Psychology*, 43, (1), 105-132.
- Vincular, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). Un enfoque de la teoría de etiquetado modificado para trastornos mentales: una evaluación empírica. *American Revision Sociológicas*, 54, 400-423.
- Wagner, U., & Schönbach, P. (1984). Links between educational status and prejudice: Ethnic attitudes in West Germany. En M. Miller y M. Brewer (Eds.), *Group in contact*. (pp. 29-50). San Diego: Academic Press.
- Wahl, O. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, (3), 467-478.
- Wahl, O. (2002). Children's views of mental illness: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, (2), 134-158.

- Wahl, O. (2003). Depictions of mental illnesses in children's media. *Journal of Mental Health, 12*, (3), 249-258.
- Wahl, O., Hanrahan, E., Karl, K., Lasher, E., & Swaye, J. (2007). The depiction of mental illness in children's television programs. *Journal of Community Psychology, 35*, (1), 121-133.
- Walster, E., Walster, G. W., & Berscheid, E. (1978). *Equity: Theory and research*. Boston: Allyn & Bacon.
- Warner, R. (2010). Does the scientific evidence support the recovery model?. *The Psychiatrist, 34*, 3-5. [doi. 10.1192/pb.bp.109.025643](https://doi.org/10.1192/pb.bp.109.025643)
- Watson, A. C., & Corrigan, P. W. (2005). Challenging public stigma: A targeted approach. En P.W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. (pp.281-294). Washington D.C. : American Psychological Association.
- Watson, A., Otey, E., & Westbrook, A., Gardner, A. L., Lamb, R. A., Corrigan, P. W. & Fenton, W. S. (2004). Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophrenia Bulletin, 30*, (3), 563-572.
- Whatley, C. D. (1959). Social attitudes toward discharged mental patients. *Social Problems, 6*, (4), 313-320.
- Weiner, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology, 71*, (1), 3-25.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review, 92*, (4), 548-573.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. Nueva York: Springer-Verlag
- Weiner, B. (1993). On sin versus sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation. *American Psychologist, 48*, (9), 957-965.
- Weiner, B. (1995). *Judgements of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. New York: The Guilford Press.

- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, (5), 738-748.
- Weiner, B., & Handel, S. J. (1985). Anticipated emotional consequences of causal attributions and reported communication strategy. *Developmental Psychology*, 21, (1), 102-107.
- Weiner, B., Grahan, S., & Chandler, C. (1982). Causal antecedents of pity, anger, and guilt. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 226-232.
- Weiner, B., Russell, D., & Lerman, D. (1979). The cognition–emotion process in achievement-related contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, (7), 1211.
- Weiner, B., & Kukla, A. (1970). An attributional analysis of achievement motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15, (1), 1-20
- Wells, J., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education*, 103, (4), 197-220.
- Werner, S., Corrigan, P., Ditchman, N., & Sokol, K. (2012). Stigma and intellectual disability: A review of related measures and future directions. *Research in Developmental Disabilities*, 33, (2), 748-765.
- Wessman, A. E., & Ricks, D. F. (1966). *Mood and personality*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- Wetherell, M. (1982). Cross-cultural studies of minimal groups: implications for the social identity theory of intergroup relations. En H. Tajfel (Ed.), *Social identity and intergroup relations*. (pp. 208-240). Cambridge: University Press.
- Wetherell, M., & Potter, J. (1992). Mapping the language of racism. *London: Harvester Wheatsheaf*.



- Wetherell, M., & Potter, J. (1986). Discourse analysis and the social psychology of racism. *Newsletter of the Social Psychology Section of the British Psychological Society*, 15, 24-29.
- Whal, O. F. (1999). Mental health consumer's experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, (3), 467-478.
- Wheeler, S. C., & Petty, R. E. (2001). The effects of stereotype activation on behavior: a review of possible mechanisms. *Psychological Bulletin*, 127, (6), 797-826.
- Wicker, F. W., Payne, G. C., & Morgan, R. D. (1983). Participant descriptions of guilt and shame. *Motivation and Emotion*, 7, (1), 25-39.
- Wilson, P. (1995). Working space: a mentally healthy young nation. *Youth and Policy*, 51, 60-63.
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., & Panapa, A. (2000). How mental illness in portrayed in children's television. *British Journal Of Psychiatry*, 176, (5), 440-443.
- Williams, H. (1996). *Health and illness in adolescents: a national overview*. Londres: Health of the young nation. Department of Health.
- Williams, K. D. (2007). Ostracism. *Annual Review of Psychology*, 58, (1), 425– 452.
- Williams, S. L., & Polaha, J. (2014). Rural parents' perceived stigma of seeking mental health services for their children: Development and evaluation of a new instrument. *Psychological Assessment*, 26, (3), 763-773.
- Wisner, K. L. (2004). Sex and psychiatry in the next 5 years. *Journal Clinical Psychiatry*, 65, (4), 462-463.
- Wisner, K. L., & Dolan-Sewell, R. (2009). ¿ Por qué tiene importancia el género. En Narrow, W. E., First, M., Sirovatka, P. J., & Regier, D. A. (Eds.), *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*. (pp. 7-17). Barcelona: Elsevier Masson.

- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996). Public education for community care. A new approach. *The British Journal of Psychiatry*, *168*, (4), 441-447.
- Worchel, S., & Rothgerber, H. (1996). Changing the stereotype of the stereotype. En R. Spears, P. Oakes, N. Ellemers, & S. Haslam (Eds.), *The social psychology of stereotyping and group life*. Oxford: Blackwell.
- Wright, S. C., Aron, A., McLaughlin-Volpe, T., & Ropp, S. A. (1997). The extended contact effect: Knowledge of cross-group friendships and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*, (1), 73-90.
- Wylie, R. (1979). *The self-concept (Vol. 2)*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Yanos, P. T., Roe, F., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, *59*, (12), 1437-1442.
- Yap, M. B. H., Mackinnon, A., Reavley, N., & Jorm, A. F. (2014). The measurement properties of stigmatizing attitudes towards mental disorders: Results from two community surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *23*, (1), 49-61.
- Yap, M. B. H., Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2013). Associations between stigma and help-seeking intentions and beliefs: Findings from an Australian national survey of young people. *Psychiatry Research*, *210*, (3), 1154-1160.
- Yap, M. B. H., Reavley, N., Mackinnon, A. J., & Jorm, A. F. (2013). Psychiatric labels and other influences on young people's stigmatizing attitudes: Findings from an Australian national survey. *Journal of Affective Disorders*, *148*, (2-3), 299-309.
- Yap, M. B. H., Wright, A., & Jorm, A. F. (2011). The influence of stigma on young people's help-seeking intentions and beliefs about the helpfulness of various sources of help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *46*, (12), 1257-1265.
- Yap, M. B. H., & Jorm, A. F. (2011). The influence of stigma on first aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or

- family member: findings from an Australian national survey of youth. *Journal of Affective Disorders*, 134, (1-3), 473–477.
- Yamaguchi, S., Mino, Y., & Uddin, S. (2011). Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among Young people: A narrative review of educational interventions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65, 405-415.
- Ybarra, O. J., & Stephan, J. (1994). Amenaza percibida como predictor de prejuicios estereotipos. Reacciones de los americanos a los inmigrantes mejicanos. *Boletín de Psicología*. (42), 39-54
- Yilá, L., Gonzalez, A., Ballesteros, J., & Guillén, V. (2007). Evaluación de las actitudes de la población frente al enfermo mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, (5), 323-335.
- Yoshii, H., Mandai, N., Saito, H., & Akazawa, K. (2015). Reliability and validity of the workplace social distance scale. *Global Journal of Health Science*, 7, (3), 46-51.
- Zander, A., Stotland, E., & Wolfe, D. (1960). Unity of group, identification with group, and self-esteem of members. *Journal of Personality*, 28, (4), 463-478.
- Zavalloni, M. (1973). L'identité psychosociale, un concept à la recherche d'une science. *Introduction à la Psychologie sociale*, 2, 245-263.
- Zawadzki, B. (1948). Limitations of the scapegoat theory of prejudice. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 43,(2), 127.
- Zeman, J., & Shipman, K. (1997). Social-contextual influences on expectancies for managing and sadness: The transition from middle childhood to adolescence. *Developmental Psychology*, 33, (6), 917-924.
- Zimbardo, P. (1971). The psychological power and pathology of imprisonment. *Declaración preparada por el Comité de Justicia del Congreso de los Estados Unidos; Subcomisión nº 3: Vistas sobre reforma penitenciaria. San Francisco, California. 25 Octubre. P. 3.*

Zucker, G., & Weiner, B. (1993). Conservatism and perceptions of poverty: An attributional analysis. *Journal of Applied Social Psychology, 23*, 925-943.

## **ANEXOS**



**ANEXO I. MODELO DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE COLABORACIÓN EN CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN DIRIGIDO AL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y AL EQUIPO DIRECTIVO DEL CENTRO EDUCATIVO**







UNIVERSIDAD  
DE MURCIA

*Facultad de Psicología*

### **Solicitud de Colaboración Campaña Sensibilización en las Aulas. Salud Mental.**

A la atención del/ de la director/a del centro.....

Estimado/a.....

Nos ponemos en contacto con usted para informarle sobre la posibilidad de que su centro educativo participe en un proyecto de sensibilización preparado por la Fundación Cattell Psicólogos.

Pedimos su colaboración para realizar esta campaña de sensibilización en las aulas sobre salud mental porque pensamos que puede favorecer el desarrollo de actitudes de empatía, apoyo y cooperación entre todos los compañeros y de modo especial hacia aquellos que muestran alguna dificultad o problema psicológico, evitando así la aparición o el mantenimiento de conductas de rechazo o discriminación de unos alumnos hacia otros. También favorecerá el mayor conocimiento de uno mismo y la adquisición de conductas o hábitos que faciliten una adecuada salud mental, como la expresión de emociones o sentimientos de miedo, angustia, rabia o tristeza en el ámbito de las relaciones con los demás como algo normal en el proceso vital.

Esta campaña se realizará en dos sesiones, de unos 55 minutos de duración cada una de ellas, dentro del aula, en las que el alumnado realizará una serie de actividades, la primera de las cuales consistirá en contestar a una serie de sencillas preguntas de forma totalmente anónima, en las que podrán reflexionar acerca de las ideas, las actitudes y las conductas que muestran o creen que mostrarían ante compañeros con problemas psicológicos. A continuación, se llevarán a cabo una serie de dinámicas y juegos diseñados de forma específica para cada tramo educativo y con los objetivos antes mencionados.

Los cuestionarios que se aplicarán al inicio tanto de la primera como de la segunda sesión son totalmente anónimos y su realización llevará unos 10 minutos de cada una de las sesiones. Los datos obtenidos serán analizados de forma global y exclusiva por el grupo de trabajo de esta campaña y su tratamiento será anónimo y confidencial.

Este es un proyecto diseñado y preparado por la Fundación Cattell Psicólogos (Protectorado Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia) y la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, para el desarrollo de una tesis doctoral.

Si así lo desea, puede solicitar un informe con el resultado final del estudio. Si necesita recibir más información o resolver cualquier duda, no dude en llamar a M<sup>a</sup> Nieves Martínez Hidalgo. Psicóloga Clínica. Dtra. Proyecto al teléfono 968274079.

Reciba un cordial saludo y toda nuestra gratitud.

Doy mi consentimiento para que el Centro.....  
participe en esta campaña de sensibilización

Fdo: Director/a del Centro

En....., a..... de..... de 2015



**ANEXO II. MODELO DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE  
CONSENTIMIENTO AUTORIZADO PARA PADRES Y MADRES DEL  
ALUMNADO DE 1º, 2º, 3º Y 4º CURSO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA**





UNIVERSIDAD  
DE MURCIA

*Facultad de Psicología*

### **Informe para padres y madres del taller sobre salud para alumnos y alumnas**

Estimados Padres y Madres:

Ponemos en su conocimiento que el grupo de su hijo o hija ha sido seleccionado para participar en un taller sobre salud en el que se pedirá al alumnado que cumplimenten unos **cuestionarios sobre salud**, en el que no figurará ni su nombre ni sus apellidos, por lo que los resultados serán **totalmente anónimos**. Además, en dicho taller se abordarán, a través de juegos y dinámicas adaptadas a la edad y ciclo educativo del alumnado, temas de interés acerca de la salud mental como son la comunicación y expresión de emociones, las actitudes de empatía y cooperación, el respeto a la diferencia, el apoyo a los compañeros o compañeras que presentan alguna dificultad afectiva o emocional. Con este programa **pretendemos fomentar hábitos y conductas que promuevan la salud mental y emocional y evitar la aparición de actitudes y comportamientos de rechazo hacia los compañeros o las personas con problemas psicológicos o mentales**.

El taller consta de dos sesiones de unos 55 minutos de duración y será llevado a cabo por miembros del equipo de trabajo a cargo del proyecto.

Este es un proyecto diseñado y preparado por la Fundación Cattell Psicólogos (Protectorado Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia) y la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, para el desarrollo de una tesis doctoral.

Toda la información recogida será analizada, de forma exclusiva por los miembros del equipo de trabajo. En todo momento se respetará el anonimato de los participantes según lo dispuesto en la ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. Igualmente, el tratamiento de los datos se realizará de manera anónima y confidencial.

Muchas, reciban un cordial saludo.

-----  
**SI NO QUIERE** que su hijo/a participe en este proyecto educativo ruego nos remita esta carta firmada a la mayor brevedad posible o comuníquelo al tutor o tutora del centro.

Yo.....como padre, madre o tutor del alumno/a..... comunico que **NO** doy mi autorización para la participación en el taller de salud mental que se va a desarrollar en el centro durante el presente curso 2014/2015

Fdo:

En..... a ..... de 201



### **ANEXO III. PROTOCOLO DE PRUEBAS FORMA A**

**Forma A.1: Test Autoinformado, Escala de Evaluación del Estigma 3E y Cuestionario de Atribución r-AQ.**

**Forma A.2: Cuestionario de Atribución r-AQ y Escala de Evaluación del Estigma 3E y Test Autoinformado.**

En el protocolo seguido en la aplicación Forma A.1, la mitad del alumnado cumplimentó primero el test autoinformado, la Escala de Evaluación del Estigma 3E (Martínez, 2014) y después el Cuestionario de Atribución r-AQ (Corrigan et al., 2007). La otra mitad del alumnado cumplimentó el protocolo Forma A.2, en el que el procedimiento utilizado fue a la inversa.

Ambos instrumentos de medida, 3E y r-AQ se pueden ver en los Anexos IV y V, respectivamente.

El Test Autoinformado incluido en el protocolo de pruebas puede verse en Anexo VI.





**ANEXO IV. ESCALA DE EVALUACIÓN DEL ESTIGMA 3E DE  
MARTÍNEZ (2014)**



FECHA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: Masculino //Femenino

CURSO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

CENTRO EDUCATIVO:

\_\_\_\_\_

¿De qué país es tu padre? \_\_\_\_\_ ¿Y tu madre? \_\_\_\_\_

Nivel de estudios: básico, bachiller, formación profesional, universitario

Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

¿En qué trabaja? Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES

1. Este cuestionario es anónimo. No hay que poner ni nombre ni apellido. Basta con que escribáis la fecha, la edad, el sexo, curso, el nombre del centro educativo y el código. En el código tienes que poner las iniciales de tu nombre o tus dos nombres y de tus dos apellidos y el día de nacimiento. Por ejemplo María José Fernández Jiménez, día de nacimiento:25 = Código: MJFJ25.

2. Este cuestionario consta de una serie de preguntas que debes contestar individualmente con la mayor sinceridad posible. **No hay preguntas correctas e incorrectas, contesta sin pensarlo demasiado y procura no dejar ninguna pregunta en blanco.**

3. A continuación encontrarás una serie de frases que describen posibles formas de pensar, sentir o actuar al saber que uno de tus compañeros de clase presenta problemas psicológicos.

4. Como puedes ver, cada pregunta tiene 4 respuestas: A-Nada, B-Poco, C-Bastante, D-Mucho.

- Si la frase no coincide con tu forma de pensar, sentir o actuar, **marca la letra A.**
- Si la frase se corresponde sólo un **poco** con tu forma de pensar, sentir o actuar, **marca la letra B.**
- Si la frase coincide **bastante** con tu forma de pensar, sentir o actuar, **marca la C.**
- Si la frase coincide **mucho** con tu forma de pensar, sentir o actuar, **marca la D.**

5. Rellena los datos marcando con una **X** la letra que se corresponda con tu forma habitual de pensar, sentir y comportarte ante la situación que te indicamos en este cuestionario. Si te equivocas al responder, tacha borrandola letra incorrecta y vuelve a marcar con un **X** la letra que desees.

6. Aquí tienes dos ejemplos:

**Cuando me entero que uno de mis compañeros tiene problemas psicológicos o mentales:**

Ejemplo 1	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Pienso: seguro que lo está pasando mal	A	B	C	D

Ejemplo 2	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Me comporto alejándome de él/ella	A	B	C	D

**En el ejemplo 1:** Si pienso, con total seguridad, que mi compañero lo está pasando mal, tacho la letra D. Si pienso que no lo está pasando mal, tacho la letra A

**En el ejemplo 2:** Si sé que, posiblemente, me voy a comportar alejándome de él/ella, tacho la letra B. Si estoy casi seguro de que me voy a comportar alejándome de él/ella, tacho la letra C. Si no me voy a comportar alejándome de él tacho la letra A.

**Ahora, puedes darle la vuelta al folio y comenzar a contestar.**



### Escala de Evaluación del Estigma 3E

Cuando me entero que uno de mis compañeros tiene problemas psicológicos:

	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Pienso que le ayudaré en lo que haga falta	A	B	C	D
2. Pienso que me relacionaré con él/ella igual que antes	A	B	C	D
3. Pienso que se volverá raro	A	B	C	D
4. Pienso que es difícil estar en clase con él/ella	A	B	C	D
5. Pienso que todo sigue normal, como antes de que él/ella tuviese problemas	A	B	C	D
6. Pienso que le viene bien el apoyo de sus compañeros	A	B	C	D
7. Me siento muy tranquilo estando a su lado	A	B	C	D
8. Siento confianza en él/ella	A	B	C	D
9. Siento deseos de estar lejos de él/ella	A	B	C	D
10. Siento ganas de ayudarlo	A	B	C	D
11. Siento tristeza al pensar que lo estará pasando mal	A	B	C	D
12. Siento deseos de preguntarle a mi compañero/a qué le preocupa	A	B	C	D
13. Siento esperanza de que se recupere pronto	A	B	C	D
14. Siento deseos de estar cerca de él/ella por si me necesita	A	B	C	D
15. Me resulta difícil saber cómo comportarme con él/ella	A	B	C	D
16. Le preguntaré qué le sucede	A	B	C	D
17. Sigo mi marcha, paso de problemas	A	B	C	D
18. Le llamo por teléfono para hablar y saber cómo está	A	B	C	D
19. Le escucharé cuando me necesite	A	B	C	D
20. Me sentaré lejos de él/ella en clase	A	B	C	D
21. Le ayudo cuando me lo pida	A	B	C	D
22. Si se encuentra mal y falta a clase, iré a visitarlo a su casa	A	B	C	D
23. Dejaré de contar con él/ella para hacer los trabajos de clase	A	B	C	D
24. Se lo digo a otros compañeros para apoyarlo si él/ella lo necesita	A	B	C	D



## ANEXO V. CUESTIONARIO DE ATRIBUCIÓN R-AQ DE CORRIGAN (2007)<sup>2</sup>

**Por favor lee la siguiente afirmación acerca de Carlos:** *Carlos es un alumno nuevo en tu clase. Antes de su primer día de clase, tu profesora o profesor explicó que Carlos tiene una enfermedad mental y viene de una escuela especial.*

**Ahora haz un círculo alrededor de la respuesta más adecuada a cada pregunta.**

**1. Carlos me daría pena.**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								Muchísima
Ninguna								

**2. ¿Cómo de peligroso crees que es Carlos?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								Muchísimo
Nada								

**3. ¿Cuánto miedo sentirías de Carlos?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								Muchísimo
Ninguno								

**4. Creo que Carlos tiene la culpa de la enfermedad mental**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								Sí, absolutamente
No, en absoluto								

**5. Pienso que Carlos debería estar en una clase especial para niños con problemas, no en una clase normal como la mía.**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								Muchísimo
No, en absoluto								

**6. ¿Cuánto enfado sentirías hacia Carlos?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								Muchísimo
Ninguno								

**7. ¿Qué probabilidad hay de que ayudases a Carlos con sus deberes?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								Claramente le ayudaría
Claramente no le ayudaría								

**8. Intentaría mantenerme lejos de Carlos después de clase.**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								Muchísimo
No, en absoluto								

---

<sup>2</sup> Autorizada por Corrigan la utilización de la adaptación al castellano del r-AQ realizada por él mismo.





---

**ANEXO VI. TEST AUTOINFORMADO INCLUIDO EN EL  
PROTOCOLO DE PRUEBAS.**

*¿Qué es un problema psicológico o mental? Un problema que puede sufrir una persona ante una situación que se presenta en su vida y que le cuesta afrontar. Puede ser, por ejemplo, un problema de alimentación, dificultad en las relaciones sociales, ansiedad, depresión, etc.*

1. *¿Tienes o has tenido algún problema mental o psicológico?*      Si      No
  
2. *¿Has ido alguna vez al psicólogo?*      Si      No
  
3. *¿Tienes algún familiar, amigo, compañero, vecino o conocido con problemas psicológicos?*      Si      No
  
4. *¿Quién? Subraya.*



## **ANEXO VII. PROTOCOLO DE PRUEBAS FORMA B**

### **Forma B.1: Inventario de Depresión y Autoestima Negativa CDI y Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad STAIC-R.**

### **Forma B.2: Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad STAIC-R e Inventario de Depresión y Autoestima Negativa CDI.**

En el protocolo utilizado en la aplicación Forma B.1, la mitad del alumnado cumplimentó primero el Inventario de Depresión Infantil CDI de Kovacs (TEA, 2004) y después el Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado/Rasgo en Niños STAIC-R de Spielberger et al. (TEA, 1990).

El protocolo utilizado en la aplicación Forma B.2, la mitad del alumnado cumplimentaba las pruebas de forma inversa.

Ambos instrumentos de evaluación pueden verse en Anexo VIII y Anexo IX:

- Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad en Anexo VIII
- Inventario de Depresión Infantil en Anexo IX



## ANEXO VIII. CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DE ANSIEDAD (STAIC-R)

En este cuestionario encontrarás frases usadas para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te SIENTES GENERALMENTE, no sólo en este momento. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

	Casi nunca	A veces	A menudo
1. Me preocupa cometer errores	1	2	3
2. Siento ganas de llorar	1	2	3
3. Me siento desgraciado	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6. Me preocupo demasiado	1	2	3
7. Me encuentro molesto	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9. Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12. Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13. Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3



**ANEXO IX. INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI)**

Instrucciones: Señala con una X de cada grupo de frases la que mejor describa cómo te has sentido durante las dos últimas semanas. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

- 1
- |                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Estoy triste de vez en cuando |
| <input type="checkbox"/> | Estoy triste muchas veces     |
| <input type="checkbox"/> | Estoy triste siempre          |

- 2
- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Nunca me saldrá nada bien                       |
| <input type="checkbox"/> | No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien |
| <input type="checkbox"/> | Las cosas me saldrán bien                       |

- 3
- |                          |                                   |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Hago bien la mayoría de las cosas |
| <input type="checkbox"/> | Hago mal muchas cosas             |
| <input type="checkbox"/> | Todo lo hago mal                  |

- 4
- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Me divierten muchas cosas  |
| <input type="checkbox"/> | Me divierten algunas cosas |
| <input type="checkbox"/> | Nada me divierte           |

- 5
- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Soy malo siempre       |
| <input type="checkbox"/> | Soy malo muchas veces  |
| <input type="checkbox"/> | Soy malo algunas veces |

- 6**  A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas  
 Me preocupa que me ocurran cosas malas  
 Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles

- 7**  Me odio  
 No me gusta como soy  
 Me gusta como soy

- 8**  Todas las cosas malas son culpa mía  
 Muchas cosas malas son culpa mía  
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas

- 9**  No pienso en matarme  
 Pienso en matarme pero no lo haría  
 Quiero matarme

- 10**  Tengo ganas llorar todos los días  
 Tengo ganas de llorar muchos días  
 Tengo ganas de llorar de vez en cuando

- 11**  Las cosas me preocupan siempre  
 Las cosas me preocupan muchas veces  
 Las cosas me preocupan de vez en cuando



- 
- 12**  Me gusta estar con la gente  
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente  
 No quiero en absoluto estar con la gente
- 13**  No puedo decidirme  
 Me cuesta decidirme  
 Me decido fácilmente
- 14**  Tengo buen aspecto  
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan  
 Soy feo o fea
- 15**  Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
- 16**  Todas las noches me cuesta dormir  
 Muchas veces me cuesta dormir  
 Duermo muy bien
- 17**  Estoy cansado de vez en cuando  
 Estoy cansado muchos días  
 Estoy cansado siempre

- 18**  La mayoría de los días no tengo ganas de comer  
 Muchos días no tengo ganas de comer  
 Como muy bien

- 19**  No me preocupa el dolor ni la enfermedad  
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad  
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

- 20**  Nunca me siento solo  
 Me siento solo muchas veces  
 Me siento solo siempre

- 21**  Nunca me divierto en el colegio  
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando  
 Me divierto en el colegio muchas veces

- 22**  Tengo muchos amigos  
 Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más  
 No tengo amigos

- 23**  Mi trabajo en el colegio es bueno  
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes  
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien

- 24  Nunca podré ser tan bueno como otros niños  
 Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños  
 Soy tan bueno como otros niños

- 25  Nadie quiere  
 No estoy seguro de que alguien me quiera  
 Estoy seguro de que alguien me quiere

- 26  Generalmente hago lo que me dicen  
 Muchas veces no hago lo que me dicen  
 Nunca hago lo que me dicen

- 27  Me llevo bien con la gente  
 Me peleo muchas veces  
 Me peleo siempre