



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat de Psicologia

Treball de Fi de Grau

Presencia de estigma frente el Trastorno Mental Grave en estudiantes de la *Universitat de les Illes Balears*

Marta Martín Balle

Grau de Psicologia

Any acadèmic 2018 - 19

DNI de l'alumne: 45186679M

Treball tutelat per Antoni Gomila Benejam
Departament de Psicologia Bàsica

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	X	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo: estigma, trastorno mental grave, estereotipo, familiaridad.

Índice

<i>Resumen / Abstract</i>	3
<i>Introducción</i>	4
<i>Método</i>	9
1. Participantes	9
2. Instrumento	10
3. Procedimiento	12
<i>Resultados</i>	12
<i>Discusión</i>	17
<i>Conclusión</i>	21
<i>Bibliografía</i>	24
<i>Anexo 1: Ideas acerca del TMG en estudiantes de la UIB</i>	27

Presencia de estigma frente el Trastorno mental Grave en estudiantes de la Universitat de les Illes Balears.

Resumen

En nuestras interacciones sociales, la rapidez en que categorizamos a las personas y con la que actuamos en base a nuestros “atajos” cognitivos puede suponer la supervivencia. Sin embargo, las creencias estereotipadas y prejuicios que podemos tener ante determinados grupos poblacionales también vienen dadas por esta necesaria rapidez de categorización. En concreto, el presente estudio se centra en el estigma que se tiene frente a las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) por las duras consecuencias que éste tiene. A través de la aplicación del cuestionario AQ-27-E y la medición de la percepción de Calidez y Competencia basada en el *Estereotype Content Model*, se ha podido comprobar que todavía existe estigma en la población universitaria de la Universitat de les Illes Balears. En concreto, la mayor parte de creencias se han centrado en estereotipos de coacción, evitación, ayuda, piedad y responsabilidad. Se ha podido observar una sobreprotección y excesivo asistencialismo ante las personas con TMG que debería cambiarse con intervenciones concretas a las creencias estereotipadas principales especificadas.

Palabras clave: estigma, trastorno mental grave, estereotipo, familiaridad.

Abstract

In our daily social interactions, as fast as we categorize people and as we act according to our cognitive shortcuts, the more possibilities of survival we have. However, the stereotyped beliefs and prejudices that we have against concrete groups are also given on behalf of that fast categorization. The following study focuses on the stigma that people with Serious Mental Disorder (SMD) suffer because of the heavy consequences it has. From the application of the AQ-27-E questionnaire and from the measure of the perception of Competence and Warmth based on the *Estereotype Content Model*, it has been proved that it still exists stigma in the students of the Universitat de les Illes Balears. Precisely, most of the beliefs are concentrated on stereotypes of coercion, avoidance, help, pity and responsibility. Over-protection and an excessive assistance have been observed against people with a SMD and so they should be changed with interventions focused on the main specified stereotyped beliefs.

Keywords: stigma, mental disorder, stereotype, familiarity

Introducción

Los seres humanos necesitan del contacto social para una positiva adaptación al medio. Sin embargo, las interacciones sociales están cargadas de presiones evolutivas. Cuando nos encontramos con otra persona o grupo debemos determinar tanto sus intenciones como la habilidad que pueden tener para actuar en base a esas intenciones (Fiske et al., 2007). La rapidez en que categorizamos a las personas y actuamos en base a nuestros “atajos” cognitivos puede, en muchas ocasiones, suponer la supervivencia. Sin embargo, en muchas otras puede llevar a reacciones cognitivas, emocionales y conductuales de rechazo al otro.

En este marco nos encontramos con el estigma que la población tiene sobre determinados colectivos y, en especial, nos centraremos en el que se refiere a la enfermedad mental. El estigma es un producto social que se construye a lo largo de la historia en las diferentes sociedades (Marichal y Quiles, 2000). Además, debemos considerar el estigma con una doble perspectiva: por un lado, responde a un atributo individual que otorga a la persona ciertos estereotipos negativos y, por otra parte, es un producto socialmente construido mediante la adjudicación de estereotipos y el consiguiente rechazo por el exogrupo o sociedad (Pedersen, 2009).

Desde la perspectiva social, se podría entender el estigma como la reacción a determinadas categorías sociales con relación a la posesión percibida de algún atributo o característica que devalúa a la persona en un contexto social determinado (Dovidio et al, 2000) (citado en Romero, 2010). Así, los estigmas acaban siendo categorías sociales sobre las que el entorno social posee estereotipos, actitudes y creencias negativas que llevan a que este ejerza discriminación y exclusión a los miembros percibidos de este grupo (Dovidio et al, 2000) (citado en Romero, 2010).

Las personas con enfermedad mental son indudablemente estigmatizadas y un punto clave de que este suceso ocurra, y teniendo en cuenta las citadas características del estigma, es que esta condición de salud pasa a considerarse una categoría social. Un grupo social es un conjunto de personas que se clasifican a ellas mismas como miembros de la misma categoría, se sienten identificadas como miembros de esa categoría y están dispuestas a actuar de acuerdo a las normas de tal categoría (Muñoz y Uriarte, 2006). Para determinar si realmente las personas con

algún trastorno mental (TM) son entendidas como una categoría social podemos fijarnos en diferentes aspectos.

En cuanto a la propia percepción de pertenencia al grupo, nos encontramos que, a mayor estigma internalizado, mayores son las relaciones negativas con autoestima, empoderamiento, autoeficacia, calidad de vida, apoyo e integración social (Muñoz et al., 2011). Estos datos podrían llevarnos a pensar que si de manera generalizada a mayor autoestigma, mayores consecuencias negativas asociadas al mismo, realmente estas personas consideran las características estereotipadamente negativas como propias y reales. Además, podemos entender que estas consecuencias están directamente vinculadas a los comunes estigmas de las personas con TM, como son una percepción de que pueden ser peligrosas, de que tienen percepciones infantiles o que son rebeldes o espíritus libres, por lo que se les excluye de la comunidad, se les impide tomar decisiones y se debe cuidar de ellos/as (Rüsch et al., 2005).

Por otra parte, un hecho que suscita pensar en que esta categoría social también está interiorizada en la población común, es el hecho de utilizar palabras como “esquizofrénico/a” en lugar de hablar de “persona con esquizofrenia” (Muñoz, 2006), mostrando una gran diferencia con las enfermedades físicas donde no se nos ocurriría llamar a las personas “canceroso/a” o “cardiópata”. Así, aunque pueda parecer una comparación poco fundamentada, sabemos que el lenguaje puede ser discriminante al perpetuar prejuicios y concepciones erróneas a la vez que hacer grandes generalizaciones (Rubio, 2005), por lo que desindividualizar a las personas con TM muestra su inclusión en una categoría social propia y perpetúa el estigma generación tras generación.

La literatura psicológica ofrece dos conceptualizaciones principales del estigma. En primer lugar, el *Social Cognitive Model of Public Stigma* de Corrigan (Corrigan et al., 2005; citado en Rüsch et al., 2005) lo explica en base a sus tres componentes base: prejuicios, estereotipos y discriminación. Los estereotipos responderían a la parte cognitiva, las ideas que se tienen sobre las personas con TM, como, por ejemplo, que son personas peligrosas. Por otra parte, los estereotipos pasan a ser prejuicios cuando llevan a desarrollar emociones y evaluaciones negativas (Crocker, 1998; citado en Corrigan y Blink, 2005) y podrían ser, por ejemplo, el miedo a estar con una persona con una enfermedad mental. Por último, la discriminación es el

resultado conductual y se puede dar de diversos modos: evitación, coerción y segregación, entre otros.

Por otra parte, la propuesta de Link y Phelan (2001) considera que el estigma es el resultado de la convergencia de cinco factores. En primer lugar, que haya un etiquetaje por parte de la sociedad, que podemos ver por el hecho de que la enfermedad mental se considera una categoría social. En segundo, que haya creencias culturales ligadas a características negativas (estereotipos) con relación al grupo etiquetado, como plantea también el modelo anterior. Además, las personas etiquetadas deben formar parte de categorías sociales diferenciadas para que se dé la percepción de exogrupo. En cuarto lugar, las personas afectadas deben sentir la pérdida de estatus y discriminación; y por último, la estigmatización dificulta el acceso social, económico y al poder político, lo que lleva a rechazo, exclusión y discriminación por parte de los demás grupos.

Un concepto muy interesante que añade el autor es que se necesita de poder para estigmatizar. Así, el término *stigma-power* se utiliza para referirse a situaciones en que los procesos de estigma llevan a que los/as estigmatizadores/as consigan objetivos de explotación, control, manejo o exclusión de otros/as (Link y Phelan, 2014). Así, este sería uno de los motivos fundamentales de la perseveración del estigma en la sociedad pese a intentos por parte de campañas de sensibilización de disminuirlo. Así, habría tres actuaciones principales que se darían en la estigmatización y que tendría sentido preservar por parte del sistema social. En primer lugar, la dominación (*keeping people down*) lleva tanto a poder como a un mayor estatus social sobre los/as estigmatizados/as; en segundo lugar, la imposición de rígidas normas sociales (*keeping people in*) lleva tanto a mantener al/a la estigmatizador/a dentro de lo legítimo como a recordar a las personas estigmatizadas que deben estar dentro de esos márgenes. En último lugar, evitar, discriminar (*keeping people away*) beneficia en cuanto a que evolutivamente siempre ha sido importante mantenerse alejado de la enfermedad o la peligrosidad (entendida a través del mismo estigma) (Link, 2014). Además, el estigma es una forma de poder simbólico ya que permite la imposición de una visión legitimizada del mundo social (Bourdieu, 1987; citado en Link y Phelan, 2014).

Así, a través de todas las reacciones a las que lleva el estigma, vemos una necesidad de cambio de la situación y que esta lleva grandes dificultades personales a los individuos con TM. En

primer lugar, el estigma empeora la calidad de vida, afectando negativamente las oportunidades de inserción laboral y educación, perturbando la vida en familia y empobreciendo la red social de apoyo. Además, el estigma interfiere en el recurso a los servicios de salud ya que por el miedo al rechazo y a la discriminación con frecuencia actúan de forma defensiva (Pedersen, 2009). El estigma se traduce en discriminaciones constantes en la vida diaria, que generan malestar en las personas con TM. Incluso en el análisis de los medios de comunicación y el cine se ve que se perpetúan los prejuicios y la manera discriminatoria de reaccionar frente a ellos, mostrando a las personas con TM como maníacos homicidas, personas con pensamiento infantil sobre el mundo o rebeldes y espíritus libres (Rüsch et al., 2005).

Además, en muchas ocasiones, también se perpetúa la idea de culpa en determinados TM ya que se tienen concepciones de “mundo justo” donde cada grupo merece lo que tiene (Fiske et al., 2007) que, sumadas a la visión neoliberal de la enfermedad mental, se convierten en la creencia de que las personas con TM son responsables tanto de sus síntomas como de su mejora. Por último, el estigma genera relaciones sociales jerarquizadas entre las personas con y sin TM (Link y Phelan, 2014), lo que podría llevar a una mayor interiorización del estigma (autoestigma).

Cabe destacar no todos los TM son estigmatizados en el mismo grado. Aquellos con síntomas psicóticos son los que se encuentran en primer lugar debido a una percepción de mayor peligrosidad, incontrolabilidad e incapacidad (Fiske et al., 2007; Pedersen, 2009; Sadler et al., 2012; West, 2014). Así, en el presente trabajo a partir de ahora se tratará más en detalle el tema del estigma en Trastornos Mentales Graves (TMG) ya que son los más afectados por el estigma. Cuando hablamos de TMG, según la *GuíaSalud* del Ministerio de Sanidad, nos referimos al conjunto de diagnósticos con rasgos psicóticos como son el Trastorno Esquizofrénico, el Trastorno Bipolar o el Trastorno Esquizoafectivo, así como el Trastorno Obsesivo Compulsivo o Trastornos Depresivos recurrentes o con síntomas psicóticos. Para que se pueda considerar un TMG la persona debe haber tenido con persistencia en el tiempo la enfermedad (al menos 2 años) y presentar graves dificultades en su funcionamiento social y personal, es decir, que exista cierta discapacidad.

La perspectiva de la cognición permite profundizar en los aspectos que caracterizan el contenido del estereotipo estigmatizante de las personas con TMG. Según el *Content*

Stereotype Model de Fiske y colaboradores/as, el 82% de la variancia en cuanto a las percepciones en el comportamiento social se basan en dos dimensiones universales de la cognición social humana, la *calidez* y la *competencia* (Fiske et al., 2007). La dimensión de calidez predice la valencia del juicio interpersonal, es decir, si la impresión será positiva o negativa; mientras que la dimensión de competencia predecirá la intensidad de esa impresión, es decir, hasta qué punto es positiva o negativa (Fiske et al., 2007). Además, este modelo también explica por qué los juicios de calidez tienen más peso en las reacciones afectivas y conductuales, puesto que se realizan antes que los de competencia.

Sadler y colaboradores/as (2012) estudiaron estas dos dimensiones en los prejuicios hacia el TMG y encontraron que la peligrosidad percibida se puede entender como falta de calidez, así como la dependencia o incapacidad que estereotípicamente se asocia a las personas con TMG puede entenderse como falta de competencia. Además, comprobaron que dependiendo del tipo de enfermedad mental los juicios en estas dimensiones variaban, siendo las de personas con esquizofrenia bajas tanto en competencia como en calidez y las de otros TMG como el trastorno bipolar o el trastorno obsesivo-compulsivo valoradas como poco competentes, pero con mayor calidez (Sadler et al., 2012). En cuanto al contenido de estos juicios, las personas valoradas con puntuaciones bajas en ambas dimensiones eran conceptualizadas como incapaces y antipáticas u hostiles, mientras aquellas vistas como bajas en competencia, pero relativamente altas en calidez eran vistas como personas con una capacidad cognitiva disminuida (Sadler et al., 2012).

Nuestro trabajo pretende poner a prueba este modelo en el contexto de los estudiantes de la UIB. El objetivo del presente trabajo será doble. En primer lugar, lograr una evaluación del estigma en población universitaria, tratando de marcar diferencias entre distintas áreas de conocimiento y también intentando observar si el hecho de tener una persona con TMG en un entorno cercano ayuda a reducir el estigma como ya hipotetizaba Allport (West et al., 2014). La hipótesis que se quiere comprobar es que, sigue existiendo estigma en TMG en población universitaria, que los prejuicios evidencian una baja o media calidez y baja competencia y, en último lugar, que la familiaridad disminuye el estigma por lo que los estudiantes de grados relacionados con la Salud Mental (Ciencias de la Salud, especialmente) como aquellas personas con familiares o amigos/as con TMG mostrarán una actitud estigmatizante menor.

En segundo lugar, se pretende utilizar el conocimiento recogido tanto de manera teórica como a través de las respuestas obtenidas a través de los instrumentos de evaluación para poder hacer indicaciones de cómo podría ser una buena propuesta de intervención para el grupo poblacional seleccionado.

Método

1. Participantes

Han participado en el estudio 131 estudiantes de la Universitat de les Illes Balears, que han respondido voluntariamente un cuestionario online. Se ha restringido la participación a alumnos de ésta debido a que las indicaciones para las propuestas de intervención serán destinadas a este ámbito territorial, por lo que se considera que estudiantes de otras universidades podían mostrar estereotipos o prejuicios distintos debido, por ejemplo, a las campañas o proyectos contra el estigma de sus comunidades autónomas y podrían suponer un sesgo en el estudio. Los estudiantes han sido captados a través de mensajes en redes sociales por lo que no se cuenta con una muestra aleatoria.

La muestra está comprendida por estudiantes entre 18 y 34 años, aunque el 77% se sitúa entre los 20 y los 23 años. El 77,1% son mujeres y el 22,9% hombres. Para el estudio, era importante conocer los grados que están realizando los estudiantes, ya que se cree que personas que estudien carreras en las que se prepara para dar atención a las personas podrán tener menos estigma que aquellas que estudian carreras en las que no se da esta formación. Los estudios comprendidos en el primer grupo son todos aquellos pertenecientes a de ciencias de la salud y algunos de ciencias sociales (educación primaria, educación infantil, educación social, trabajo social y pedagogía) mientras que el resto de grados se englobarían en el segundo grupo. Concretamente, el 57,3% realiza alguna carrera en la que es importante la atención a las personas mientras que el 43,7%, no.

Por último, otro dato relevante para el estudio es el posible contacto de la muestra con personas con TMG, de lo que se han obtenido los siguientes datos:

- El 4,6% de la muestra responde tener un TMG.
- El 22,1% tiene algún familiar con TMG.
- El 2,3% tiene algún amigo con TMG.
- El 22,1% tiene algún conocido con TMG.
- El 48,2% no tiene ningún contacto con una persona con TMG.

Algunas de estas categorías suponen un porcentaje muy bajo de la muestra, por lo que no son realmente comparables entre ellas. Por este motivo, se ha decidido reagrupar a los miembros de esta categoría en dos dimensiones: personas que sí tienen contacto en su entorno con alguna persona con TMG (personas que tienen un TMG y que tienen un/a familiar o amigo/a con TMG), y una segunda dimensión de personas que no tienen contacto en su entorno con personas que tengan un TMG (personas que no conocen a nadie con TMG o simplemente tienen algún/a conocido/a). Así, el primer grupo estaría formado por 38 personas de la muestra y el segundo por 93.

2. Instrumento

Para poder analizar la hipótesis planteada, se ha creado un cuestionario a través de la plataforma Google Forms al cual se puede acceder mediante el siguiente enlace: [Ideas acerca del TMG en estudiantes de la UIB](#). Al principio de dicho cuestionario se explica concretamente qué es un TMG para evitar sesgos o respuestas erróneas por falta de comprensión.

El cuestionario utilizado para la recogida de datos consta de tres partes. En un primer momento encontramos preguntas de carácter personal de interés para la investigación como son: género, edad, grado que se está realizando y una pregunta sobre el posible contacto con personas con TMG (ya sean amigos, pareja, uno/a mismo/a o conocidos/as) para evaluar si un mayor contacto minimiza el estigma percibido y poder utilizar la información de cara a posibles intervenciones.

El siguiente apartado respondería al cuestionario validado AQ-27-E que crearon inicialmente Corrigan y colaboradores (2004) y validaron posteriormente él mismo, Pérez-Santos y Muñoz (2015) en su traducción al español. Este cuestionario consta de 27 ítems que, agrupados de tres

en tres, responden a los siguientes factores: ira (las personas con TMG me provocan enfado o rabia), peligrosidad (las personas con TMG son peligrosas), miedo (me asustan las personas con TMG), coacción (las personas con TMG pueden/deben ser obligadas a acatar decisiones externas puesto que ellas no están capacitadas), segregación (las personas con TMG deben vivir separadas de la comunidad en que viven), evitación (se debe evitar el contacto con personas con TMG), ayuda (las personas con TMG deben ser asistidas), piedad (se debe sentir piedad, preocupación o pena ante las personas con TMG) y responsabilidad (las personas con TMG son responsables de su estado) (Muñoz et al., 2015).

Los ítems que conforman los mencionados factores son afirmaciones frente a las que se tiene que responder entre 1 (en absoluto) y 9 (muchísimo). Con las respuestas a este cuestionario se puede observar en qué áreas se sitúan más los prejuicios de la muestra seleccionada ya que a más puntuación existen más creencias estereotipadas y, por tanto, en qué aspectos se debería incidir más al realizar una intervención.

El siguiente bloque de preguntas responde a un cuestionario de creación propia en base al *Stereotype Content Model* de Fiske y colaboradores (2007) y basándonos en otros cuestionarios del mismo tipo (Lin et al., 2005; Fiske et al., 2002). Éste consta de siete ítems que responden a la calidez percibida y otros siete que responden a la competencia percibida. Los ítems se pueden puntuar entre 0 (muy en desacuerdo) y 5 (muy de acuerdo). Con las respuestas obtenidas, se pretende realizar un análisis sobre cómo se conceptualizan estas dimensiones en el colectivo de personas con TMG para poder observar, una vez más, dónde se sitúan más acusadamente los prejuicios y estereotipos y, por tanto, qué tipo de intervención sería la más recomendada para combatir el estigma.

Por último, se han añadido cuatro preguntas finales acerca de los estereotipos tradicionalmente mencionados cuando se habla de personas con TMG para analizar si también existen en la muestra seleccionada. Éstos serían que las personas con TMG son espíritus libres, tienen un pensamiento infantil, son agresivas y, finalmente, son peligrosas e incluso homicidas (Rüsch et al., 2005). Se puede consultar el instrumento completo en el Anexo 1.

3. Procedimiento

Se ha realizado el cuestionario de manera telemática a través de la plataforma Google Forms y se ha enviado a estudiantes de la UIB a través de las distintas redes sociales. Posteriormente, se han analizado los datos extraídos de las respuestas del cuestionario con el programa estadístico SPSS. Para ello, se han agrupado aquellos ítems de la prueba AQ-27 que responden a cada uno de los nueve factores medidos, así como aquellos ítems que responden a las dimensiones de calidez y competencia. Se puede ver en el Anexo 1 la distribución de tales ítems en los grupos.

Resultados

En primer lugar, se ha realizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov que ha indicado que la distribución no es normal. Al encontrarnos frente a una muestra que no cumple la normalidad, todas las pruebas aplicadas han sido no paramétricas. Se considera por ello que la mediana es una medida más representativa que la media, por lo que será la que se utilizará para el análisis descriptivo de las puntuaciones.

A continuación, se presenta una tabla de las medianas obtenidas en los nueve factores del cuestionario AQ-27-E, así como las medianas obtenidas en las dimensiones de “Calidez” y “Competencia” en la muestra, sin diferenciar entre grupos. En los primeros nueve factores se debe tener en cuenta que las puntuaciones pueden encontrarse entre los valores 3 y 27, puesto que están configurados por tres ítems que pueden puntuarse del 1 (en absoluto) al 9 (muchísimo); por otra parte, las dimensiones de calidez y competencia se pueden encontrar entre 0 y 35, puesto que están compuestas por 7 ítems que se puntúan entre 0 (nada de acuerdo) y 5 (muy de acuerdo).

El cuestionario AQ-27 no cuenta con baremos y tampoco especifica a partir de qué puntuación puede considerarse que existe estigma. Así mismo, las preguntas creadas para medir calidez y competencia no cuentan tampoco con ninguna medida de corte. Por ello, se ha decidido que a partir de una puntuación de 8 para algún factor del cuestionario AQ-27 se puede considerar que existen prejuicios y estereotipos frente a las personas con TMG, ya que una persona que tenga una puntuación de 8 en un factor del AQ-27 no ha podido contestar a todos los ítems del factor entre los valores 1 y 2.

En cuanto a los ítems que miden calidez y competencia, se pueden puntuar de 0 a 5 y una mayor puntuación significa menor estigma, ya que supone más calidez o competencia percibidas. Así, se establece como punto de corte una puntuación inferior a 14.

Tabla 1: Puntuaciones obtenidas en la muestra general. En rojo se indican los valores que revelan cierto prejuicio.

<i>Factores</i>	<i>Mediana</i>	<i>Rango</i>
<i>Ira</i>	5	15
<i>Peligrosidad</i>	7	19
<i>Miedo</i>	5	25
<i>Coacción</i>	15	24
<i>Segregación</i>	5	22
<i>Evitación</i>	10	21
<i>Ayuda</i>	22	20
<i>Piedad</i>	16	23
<i>Responsabilidad</i>	8	16
<i>Calidez</i>	27	25
<i>Competencia</i>	27	23

Así, podemos ver que, en la muestra general, de manera descriptiva, se encontrarían creencias estigmatizantes en los siguientes factores del cuestionario AQ-27-E: coacción (A4), evitación (A6), ayuda (A7), piedad (A8) y responsabilidad (A9).

Por otra parte, como ya hemos introducido, una de las comparaciones que interesaba investigar en el estudio era entre las personas que estuvieran cursando grados en los que se ofrece una formación para la atención a las personas y aquellas que no recibiesen tal formación. Las puntuaciones obtenidas en estos grupos son las siguientes:

Tabla 2: Puntuaciones obtenidas en los grupos de “Atención”. En rojo se indican los valores que revelan cierto prejuicio.

Factores	Mediana “atención”	Rango “atención”	Mediana “no atención”	Rango “no atención”
<i>Ira</i>	5	15	6	12
<i>Peligrosidad</i>	6	19	7	16
<i>Miedo</i>	5	15	6	14
<i>Coacción</i>	15	24	16,5	22
<i>Segregación</i>	5	22	6	16
<i>Evitación</i>	10	21	11	21
<i>Ayuda</i>	24	20	21	29
<i>Piedad</i>	15	22	16,5	22
<i>Responsabilidad</i>	7	16	9	15
<i>Calidez</i>	28	23	26,5	25
<i>Competencia</i>	27	23	26	21

De manera descriptiva, podemos observar que, al dividir la muestra en estos dos grupos, encontramos creencias estereotipadas en los mismos grupos que en la muestra general. El único cambio que podemos ver es que en el grupo en que se da formación para la atención a personas no se ven estereotipos en el factor de “Responsabilidad”.

Para analizar si las diferencias que se encuentran entre estos grupos son o no estadísticamente significativas, se ha realizado la prueba U de Mann-Whitney. Se ha escogido el uso de la significación unilateral ya que es de interés saber si uno de los grupos es superior o inferior al otro. Con un intervalo de confianza del 95%, se encuentran los siguientes datos:

Tabla 3: Prueba U de Mann-Whitney del grupo “Atención”. En rojo se encuentran las diferencias estadísticamente significativas.

Factor	U	p (unilateral)
<i>Ira</i>	1722,5	0.038
<i>Peligrosidad</i>	1635,5	0.015
<i>Miedo</i>	1800,5	0.079

<i>Coacción</i>	1771,5	0.063
<i>Segregación</i>	1880,0	0.15
<i>Evitación</i>	1836,0	0.11
<i>Ayuda</i>	1369,5	0.0005
<i>Piedad</i>	2094,0	0.49
<i>Responsabilidad</i>	1734,5	0.044
<i>Calidez</i>	1793,5	0.077
<i>Competencia</i>	1829,0	0.10

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de los factores ira, peligrosidad, ayuda y responsabilidad. En los factores de ira, peligrosidad y responsabilidad podemos observar a través del análisis descriptivo de las puntuaciones que el grupo que no ha recibido una formación específica para la atención a personas puntúa siempre más alto, sin embargo, en el factor de ayuda observamos que el primer grupo obtiene puntuaciones más altas. Además, teniendo en cuenta los factores en que se ha encontrado estigma, vemos que solamente hay diferencias significativas dadas por la pertenencia a un grupo o a otro en el factor de ayuda.

Finalmente, en el grupo de comparación según el contacto que tiene la muestra con personas con TMG, se han diferenciado aquellas que sí tienen contacto en su entorno, de aquellas que no. Las puntuaciones obtenidas por estos grupos de comparación son las siguientes:

Tabla 4: Puntuaciones obtenidas en los grupos de “contacto”. En rojo se indican los valores que revelan cierto prejuicio.

<i>Factores</i>	<i>Mediana “contacto”</i>	<i>Rango “contacto”</i>	<i>Mediana “no contacto”</i>	<i>Rango “no contacto”</i>
<i>Ira</i>	4	12	6	15
<i>Peligrosidad</i>	6	19	7	16
<i>Miedo</i>	5	15	6	15
<i>Coacción</i>	15,5	24	15	23
<i>Segregación</i>	4	22	6	16
<i>Evitación</i>	10	20	11	21

<i>Ayuda</i>	24,5	20	22	19
<i>Piedad</i>	16,5	23	15	21
<i>Responsabilidad</i>	8	13	8	16
<i>Calidez</i>	27	25	27	22
<i>Competencia</i>	27	23	27	21

A nivel descriptivo, vemos que, una vez, se encuentra estigma en los factores de coacción, evitación, ayuda, piedad y responsabilidad en ambos grupos. Al igual que se ha hecho con el grupo de “Atención” se ha aplicado la prueba *U de Mann-Whitney* para observar si hay diferencias significativas entre el estigma que se presenta en los grupos de comparación:

Tabla 5: Prueba *U de Mann-Whitney* para la categoría “Contacto”. En rojo se encuentran las diferencias estadísticamente significativas.

<i>Factor</i>	<i>U</i>	<i>p (unilateral)</i>
<i>Ira</i>	1399,0	0.030
<i>Peligrosidad</i>	1401,0	0.031
<i>Miedo</i>	1398,0	0.029
<i>Coacción</i>	1624,5	0.24
<i>Segregación</i>	1530,5	0.11
<i>Evitación</i>	1534,5	0.12
<i>Ayuda</i>	1429,0	0.043
<i>Piedad</i>	1696,0	0.36
<i>Responsabilidad</i>	1703,0	0.37
<i>Calidez</i>	1752,5	0.47
<i>Competencia</i>	1714,5	0.39

Una vez más, la significación que interesa es la unilateral, ya que se quiere saber si un grupo presenta puntuaciones más elevadas que el otro en los diferentes factores. En este caso encontramos diferencias significativas entre los grupos en los factores ira, peligrosidad, miedo y ayuda. Al acudir al análisis de las medianas de los grupos, encontramos que el grupo que no tiene contacto con ninguna persona con TMG puntúa más alto en los tres primeros factores, mientras que, al igual que pasaba en los grupos diferenciados por tipo de grado estudiado, en

el factor ayuda, el primer grupo muestra puntuaciones más elevadas que el segundo. En cuanto a los factores en que se interpretaba que existía estigma, solamente vemos diferencias significativas entre los grupos en el factor de ayuda.

Por último, en referencia a las últimas cuatro preguntas del cuestionario acerca de los típicos estereotipos para las personas con TMG, que podían puntuarse también de 0 (en absoluto) a 5 (muchísimo) se puede comprobar que se obtienen las puntuaciones menores posibles (medianas de 0 o de 1) en todos los grupos y en los cuatro estereotipos clásicos por los que se ha preguntado, por lo que se considera que los resultados informan de que la muestra no se identifica con ellos.

Discusión

Los resultados obtenidos en el estudio difieren bastante de los inicialmente planteados. En un primer lugar, se pretendía comprobar que sigue existiendo estigma contra a las personas con TMG en la población universitaria. Al observar, en base a un punto de corte arbitrario, las puntuaciones de los factores en los que se consideraba que existían estereotipos y prejuicios, encontrábamos que en todos los grupos se obtenían puntuaciones altas o muy altas en los factores del AQ-27-E de coacción, evitación, ayuda, piedad y responsabilidad. El único grupo que no tenía puntuaciones elevadas en el último factor designado era el grupo de aquellos/as estudiantes de grados en que se recibe formación para la atención a las personas. Vemos, entonces que se manifiesta estigma en cinco de los once factores medidos, lo que es un resultado inferior al esperado.

Estos datos se pueden interpretar como que la mayoría de las creencias estereotipadas en la muestra que se ha analizado son del tipo:

- Las personas con TMG deberían estar separadas de la comunidad en que viven.
- Se debería evitar el contacto con personas que tengan un TMG.
- Las personas con TMG deben ser asistidas ya que no pueden valerse por sí mismas.
- Las personas con TMG provocan tristeza o preocupación.
- Las personas con TMG tienen cierta responsabilidad del estado en que se encuentran.

De todos modos, podemos observar que no se manifiesta el mismo grado de prejuicio en estos cinco factores. En primer lugar, el factor que obtiene unas puntuaciones más elevadas en todos los grupos de comparación es el referente a la ayuda (con una mediana general de 22 puntos). De hecho, este factor se puntúa de manera más elevada en los grupos de “Atención” y “Contacto”, que son esperados de tener menor grado de estigma. Esto se podría dar debido a una confusión entre ofrecer ayuda cuando esta es pedida, al igual que se daría en cualquier paciente con una enfermedad física, y entre caer en paternalismos hacia las personas con TMG, pensando que no pueden valerse por sí mismos.

Los siguientes factores en que se obtienen puntuaciones más elevadas (con una mediana general de 15 y 16 puntos, respectivamente) son los de coacción y piedad. En el primer caso nos encontramos una vez más con la idea de que las personas con TMG no son capaces de decidir de manera correcta por ellas mismas por lo que es justificado obligarles a acatar ciertas decisiones, por su supuesto propio bien. Este patrón de actuación sobreprotectora ante las personas con TMG es uno de los modos típicos de interacción no normalizada ante las personas que sufren este tipo de enfermedades (Loubat et al., 2017).

Por otra parte, nos encontramos con los estereotipos de que debemos sentir tristeza o preocupación por las personas con TMG lo que nos indica que el TMG se ve como una enfermedad que interfiere totalmente con el curso vital de las personas y que debería generar piedad por nuestra parte, lo que impide hacer pensar que cada caso es totalmente diferente y que no se debería usar este tipo de creencia por defecto a todas las personas con TMG. Además, debemos tener en cuenta que cada vez contamos con tratamientos farmacológicos de mayor calidad y con terapias psicológicas más extendidas y aceptadas.

A continuación, encontramos una puntuación en la mediana general de 10 puntos para el factor de evitación, lo que nos indica que existen las creencias de que es mejor mantenerse lejos de las personas con TMG, es menos arriesgado no alquilarles un piso o ofrecerles un trabajo. Esto corrobora también la idea de que debe excluirseles de la comunidad que ya se ha estudiado en otros trabajos (Rüsch et al., 2005). Aunque las personas hayan respondido de manera poco estigmatizante a los factores sobre peligrosidad percibida, a la competencia y calidez, podemos ver en las respuestas a estos factores que cuando se ofrecen preguntas situacionales concretas como “Si fuera un empresario entrevistaría a José para un trabajo” las respuestas de la muestra pasan a mostrar creencias más estereotipadas y actuaciones hipotéticas más prejuiciosas.

Por último, nos encontramos que el factor de responsabilidad tiene una mediana general de 8, por lo que muestra cierta estigmatización, pero de manera más suave. Si que es cierto que las personas que han estudiado grados en que se ofrece formación en atención a las personas, reconocen que las personas con TMG no son culpables del estado en que están, lo que confirma hasta cierto punto nuestra hipótesis de que la formación recibida influirá en los estereotipos y prejuicios que tengamos.

Por otra parte, en base a la literatura científica consultada, se esperaban encontrar evidencias de una baja calidez y competencia percibida, sin embargo, no es lo que ha sucedido y se han podido observar respuestas de alta calidez y competencia percibidas en todos los grupos de comparación. Así, según el *Stereotype Content Model* (Fiske et al., 2007) los resultados del cuestionario mostrarían que la imagen que tiene la muestra de las personas con TMG es positiva y, por tanto, determinaría reacciones afectivas y conductuales de acorde a tales percepciones. Vemos, además, que también se puede corroborar una alta calidez percibida con la inexistencia de estigma en el factor de peligrosidad, ya que la peligrosidad percibida se puede entender como falta de calidez (Sadler et al., 2012). Sin embargo, la alta competencia percibida medida no cuadraría con el estigma observado en el factor de “ayuda”, ya que, si se considera que las personas con TMG son consideradas capaces o aptas para una vida normativa, no se debería pensar que necesitan de asistencia o que se debe cuidar de ellas.

En cuanto a las comparaciones de puntuaciones entre los dos grupos separados según la formación en atención a las personas recibida, se han encontrado diferencias significativas en los factores de ira, peligrosidad, responsabilidad y ayuda. Como se ha explicado en el apartado de resultados, vemos que el grupo que no está siendo preparado para la atención a las personas puntúa más alto en los tres primeros factores. Esto quiere decir que hay diferencias estadísticamente significativas entre las creencias que tienen ambos grupos sobre las personas con TMG. En el caso de los dos primeros factores, ira y peligrosidad, no se podía medir que hubiera estigma según el punto de corte decidido. Esto quiere decir que, pese a no haberse manifestado una puntuación alta en estos factores, estudiar grados en que se prepare para dar atención a las personas puede hacer que se manifiesten menos creencias estereotipadas en cuanto a ira y peligrosidad.

Respecto al factor de responsabilidad, sí que se han manifestado puntuaciones suficientemente altas para considerar que existe estigma, y, además podemos ver que hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Concretamente, el grupo que recibe formación para la atención presenta puntuaciones inferiores que el que no tiene dicha formación. Esto puede hacer pensar que estudiar un grado de Ciencias de la Salud o algunos de Ciencias Sociales ha tenido un efecto en tener un menor nivel de creencias estigmatizantes en cuanto a la responsabilidad de las personas con TMG sobre su estado.

Por último, otro de los factores en que se considera que existe estigma y que obtiene diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, es el factor de ayuda. Sin embargo, nos encontramos con la situación inversa: las personas que estudian grados en que se forma para dar atención a las personas tienen creencias más estereotipadas ante las personas con TMG en cuanto al hecho de que deben ser asistidas ya que no pueden hacer según que tareas por ellas mismas. Esto nos puede hacer pensar que en los grados todavía permanece el antiguo “paternalismo despótico” en las instituciones sanitarias por el que se entendía a las personas necesitadas como objeto y no como sujeto de atención, dejando su autonomía de lado (Moreno, 2013), por lo que se necesitaría hacer más énfasis en los actuales modelos asistenciales basados en la persona.

En cuanto a la categoría que divide a la muestra entre aquellas personas que tienen contacto con personas con TMG y aquellas que no lo tienen, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuatro factores: ira, peligrosidad, miedo y ayuda. Para empezar, encontramos que los tres primeros factores obtienen puntuaciones significativamente más altas en el grupo que no tiene contacto con personas con TMG. Sin embargo, sabemos que no son tan altas como para considerar que se tenga estigma según el punto de corte decidido. Así, esto querría decir que, aún sabiendo que las creencias estereotipadas en el grupo no han sido tan elevadas, tener contacto con personas que tienen TMG hace que tengamos menor estigma. En base a esto, podemos comprobar nuestra hipótesis basada en las ideas de Allport (citado en West et al., 2014) de que el contacto en un entorno cercano ayuda a reducir el estigma. Una vez más, igual que en el grupo separado por tipo de grado estudiado, nos encontramos puntuaciones en el factor ayuda más elevadas en el grupo que sí tiene contacto. Esto podría ser también por un exceso de sobreprotección del entorno cercano de las personas con TMG que, realmente, lo que hace es que sean menos autónomas y que puedan sentirse menos capaces.

Finalmente, podemos comprobar que no existe ninguno de los cuatro estereotipos clásicos sobre las personas con TMG, es decir, que son espíritus libres, que pueden ser peligrosas, que tienen percepciones infantiles o que pueden ser agresivas e incluso homicidas (Rüsch et al., 2005), lo que demuestra que en la muestra utilizada al menos ya se han podido eliminar, o ni siquiera instaurar, estas creencias tradicionales sobre las personas con TMG.

En cuanto a las limitaciones del estudio, nos encontramos con que un error importante es que la prueba AQ-27-E no cuenta con puntuaciones de corte en base a las cuales se decida que existe o que no existen creencias estereotipadas o prejuicios en los diferentes factores, por lo que hacerlo de manera arbitraria puede haber llevado a ser demasiado extremista o demasiado conservadora en los puntos de corte establecidos. Además, nos hemos encontrado con una muestra en la que no se manifiesta estigma en muchos de los factores analizados, lo que podría darse porque está compuesta exclusivamente por estudiantes de formación superior o por haber contestado con deseabilidad social, pese a que el cuestionario fuese anónimo. También cabe destacar que vemos una gran variabilidad en las puntuaciones, moviéndose en rangos muy amplios, lo que puede ser un motivo de no encontrar muchas puntuaciones estadísticamente significativas. Por último, otra limitación del estudio es no contar con muestras aleatorizadas, aunque la muestra es lo suficientemente grande como para poder sacar conclusiones.

De cara a futuros estudios, podría ser interesante que se hicieran pruebas similares a grupos poblacionales diversos y aleatorizados para poder observar, a nivel general, en qué áreas hay mayor estigma y, por tanto, qué tipo de intervenciones son necesarias a nivel de comunidad.

Conclusión

Después de analizar los resultados obtenidos, podemos aceptar parcialmente la hipótesis de que sigue existiendo estigma en la población universitaria debido a que hemos encontrado creencias estereotipadas en la mitad de los factores que hemos analizado. Además, hemos comprobado que pertenecer a un grupo u otro tanto en cuanto a contacto cercano con personas con TMG como en cuanto al tipo de formación recibida, afecta a según qué creencias estereotipadas. En concreto, se ha podido ver que tener en el entorno cercano alguna persona con TMG hace que

se tengan más prejuicios en cuanto a la necesidad de ofrecer asistencia, ayuda, pero también hace que haya menos estigma en cuanto a que las personas con TMG son peligrosas, o a sentir miedo o tristeza frente a ellas. Además, estudiar grados en que se recibe formación para la atención a las personas también puede afectar en mayores creencias de asistencialismo, pero también hace tener menores creencias estereotipadas en cuanto a peligrosidad de las personas con TMG y tener menos reacciones de ira o tristeza (factor piedad) frente a ellas.

Con todos los datos recogidos podemos observar que cualquier intervención dirigida a los estudiantes de la Universitat de les Illes Balears de cara a reducir el estigma frente al TMG debería incidir en los siguientes puntos:

- Insistir en la posibilidad de autonomía y autodeterminación de las personas con TMG así como de su posibilidad de pedir ayuda, como cualquier otra persona, si la necesitan. Así, se podrían instaurar creencias reparadoras frente al estigma observado en los factores de coacción y ayuda y, también, se podrían reducir los sentimientos vinculados a la piedad.
- Explicar los posibles factores que pueden llevar a sufrir un TMG, quizás comparándolos con enfermedades físicas, para incidir en que las personas que lo padecen no son responsables ni de su instauración ni de los síntomas que manifiestan.
- Incidir en que hacer conductas de evitación frente a las personas con TMG (no entrevistarlas, no alquilarles un piso, no relacionarse con ellas...) es una forma de discriminación. Podría compararse con la diferencia de trato frente a las personas con enfermedades físicas u otros tipos de enfermedades mentales para que se entienda mejor.
- Enfatizar la necesidad del entorno cercano de las personas con TMG, así como los/las profesionales que traten con ellas de no tener conductas asistencialistas, paternalistas, ya que eso puede incidir en que se sientan menos capaces o que no desarrollen al máximo sus competencias.

Así, desde la Universidad de las Illes Balears, después de haber realizado el presente estudio, se ve que las áreas en que todavía existe estigma y, por tanto, conductas discriminatorias ante las personas con TMG se centran en los cuatro puntos especificados. Sería importante que se pudieran establecer, como mínimo, en la semana del Día Mundial de la Salud Mental (10 de octubre) actividades formativas, material de promoción o material audiovisual, entre otros, para poder contribuir a formar a unos/as estudiantes en la no discriminación y, de algún modo, poder ayudar a que esto suceda también a nivel de nuestra comunidad.

Bibliografía

Corrigan, P., & Bink, A. B. (2005). On the stigma of mental illness. *American Psychological Association*, 11-44.

Corrigan, P. W., Watson, A. C., Warpinski, A. C., & Gracia, G. (2004). Stigmatizing attitudes about mental illness and allocation of resources to mental health services. *Community Mental Health Journal*, 40, 297–307.

Fiske, S. T., Cuddy, A. J., 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), 878.

Fiske, S. T., Cuddy, A. J., & Glick, P. (2007). Universal dimensions of social cognition: Warmth and competence. *Trends in cognitive sciences*, 11(2), 77-83.

Lin, M. H., Kwan, V. S., Cheung, A., & Fiske, S. T. (2005). Stereotype content model explains prejudice for an envied outgroup: Scale of anti-Asian American stereotypes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(1), 34-47.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.

Link, B. G., & Phelan, J. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine*, 103, 24-32

Loubat, M., Lobos, R., & Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con Esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite: Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(39), 15-25.

Marichal, F., & Quiles, M. N. (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12(3).

Moreno, P.C. (2013). El proyecto de modelo de atención integral en salud mental. *Ética y modelos de atención a las personas con trastorno mental grave* (272-303). Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas.

Muñoz, A. A., & Uriarte, J. J. U. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 6(26), 5.

Muñoz, M., Sanz, M., & Pérez-Santos, E. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo sociocognitivo-comportamental. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 7, 41-50.

Muñoz, M., Guillén, A. I., Pérez-Santos, E., & Corrigan, P. W. (2015). A structural equation modeling study of the Spanish Mental Illness Stigma Attribution Questionnaire (AQ-27-E). *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(3), 243.

Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(1), 39-50.

Romero, A.A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 289-300.

Rubio Arribas, F. (2005). El prejuicio y el lenguaje como factores de discriminación en la discapacidad. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 11(1).

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, 20(8), 529-539.

Sadler, M. S., Meagor, E. L., & Kaye, K. E. (2012). Stereotypes of mental disorders differ in competence and warmth. *Social Science & Medicine*, 74(6), 915-922.

West, K., Hewstone, M., & Lolliot, S. (2014). Intergroup contact and prejudice against people with schizophrenia. *The Journal of social psychology, 154*(3), 217-232.

Anexo 1

Ideas acerca del TMG en estudiantes de la UIB

Introducción del cuestionario:

Hola! Soy una estudiante de 4º de Psicología que necesita que contestes esta breve encuesta. Es totalmente anónima, así que te pido que seas lo más sincero/a posible.

Para que puedas contestar la encuesta, con "TMG" me refiero a Trastorno Mental Grave, y esto engloba:

- Enfermedades mentales con rasgos psicóticos: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo; aunque también otras como el Trastorno Obsesivo Compulsivo o Trastornos Depresivos recurrentes.
- La persona ha tenido la enfermedad por, al menos, 2 años
- La persona tiene graves dificultades en su funcionamiento social y personal debido a la enfermedad.

Tardarás unos diez minutos en responder la encuesta, ¡muchísimas gracias por tu colaboración!

Primer apartado: cuestiones personales de interés

¿Cuál es tu género?

- Mujer
- Hombre
- Otro

¿Qué edad tienes? (desplegable desde 18 hasta “más de 60” años)

¿Qué grado estás realizando? (desplegable con todos los grados y dobles grados de la UIB)

¿Alguien de tu entorno tiene un Trastorno Mental Grave?

- Sí, un familiar.
- Sí, un amigo.
- Sí, mi pareja.

- Sí, yo mismo/a.
- No, pero algún conocido/a
- No

Segundo apartado: Cuestionario AQ-27

Por favor lee las siguientes frases acerca de José: José es un hombre soltero de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Vive solo en un apartamento y trabaja como empleado en una gran firma de abogados. Ha sido hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad.

Ahora responde las siguientes preguntas siendo 1 “en absoluto/para nada” y 9 “muchísimo/totalmente”.

1. Me sentiría violentado a causa de José (Ira)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

2. Me sentiría inseguro cerca de José (Peligrosidad)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

3. José me aterraría (Miedo)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

4. ¿En qué medida se sentiría enfadado con José? (Ira)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

5. Si estuviera a cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su Tratamiento (Coacción)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

6. Creo que José supone un peligro para sus vecinos si no se le hospitaliza (Segregación)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

7. Si fuera un empresario entrevistaría a José para un trabajo (Evitación)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

8. Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema (Ayuda)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

9. Sentiría pena por José (Piedad)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

10. Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual (Responsabilidad)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

11. ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación actual de José? (Responsabilidad)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

12. ¿En qué medida se sentiría irritado por José? (Ira)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

13. En tu opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso? (Peligrosidad)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere? (Coacción)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

15. Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico (Segregación)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Totalmente

16. Compartiría el coche para ir al trabajo con José cada día (Evitación)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Totalmente

17. ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José está lejos de sus vecinos, es el mejor lugar para él? (Segregación)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Totalmente

18. Me sentiría amenazado por José (Peligrosidad)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

19. ¿Hasta qué punto José le asustaría? (Miedo)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

20. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José? (Ayuda)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Totalmente

21. ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José? (Ayuda)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Totalmente

22. ¿Hasta qué punto comprende a José? (Piedad)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Totalmente

23. En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?
(Responsabilidad)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

24. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José? (Miedo)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

25. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso
Supervisado. (Coacción)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Totalmente

26. Si fuera propietario, probablemente alquilaría un piso a José (Evitación)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Totalmente

27. ¿Cuánta preocupación sentiría por José? (Piedad)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

Sección 3: Preguntas en base al *Stereotype content Model*:

¿Hasta qué punto estás de acuerdo con que las siguientes afirmaciones son ciertas?

0 - Muy en desacuerdo

1- En desacuerdo

2- Un poco en desacuerdo

3 - Un poco de acuerdo

4 - De acuerdo

5 - Muy de acuerdo

	0	1	2	3	4	5
Las personas con TMG son frías y/o bordes						
Se puede confiar en las personas con TMG						
Las personas con TMG son buenas personas						
Las personas con TMG son tolerantes						
Las personas con TMG son respetuosas						
Siento miedo al estar cerca de una persona con TMG						
Las personas con TMG son peligrosas						
Las personas con TMG pueden tener un trabajo normativo						
Las personas con TMG son competentes						
Las personas con TMG son igual de inteligentes que aquellas sin TMG						
Las personas con TMG pueden tener una vida independiente						
Las personas con TMG son dependientes de cuidadores/as						
Las personas con TMG son incapaces de hacer ciertas tareas						
Las personas con TMG no tienen habilidades sociales						

Las personas con TMG son "espíritus libres"						
Las personas con TMG tienen un pensamiento infantil						
Las personas con TMG son psicópatas						
Las personas con TMG son agresivas e incluso homicidas						

¡Muchísimas gracias por tus respuestas!