



**Universidad
Europea** VALENCIA

GRADO EN PSICOLOGÍA

Trabajo de Fin de Grado

Relación entre actitudes hacia la enfermedad mental, experiencia terapéutica e intención de búsqueda de ayuda psicológica en adultos de 30 a 60 años. Un estudio descriptivo

Presentado por: Agostina Magalí Del Popolo

Directora:

Clara López Mora

Curso: 2023-2024

Convocatoria: Ordinaria

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	1
1.INTRODUCCIÓN	3
2. MÉTODO.....	9
2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	9
2.2. MUESTRA.....	10
2.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA	10
2.4. PROCEDIMIENTO	11
2.5. ANÁLISIS DE DATOS	12
3. RESULTADOS.....	12
4.DISCUSIÓN:	28
5.CONCLUSIÓN	33
6.LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	34
7.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	36

Resumen

Las actitudes hacia las enfermedades mentales y la búsqueda de ayuda psicológica son aspectos fundamentales en el ámbito de la salud mental. En este contexto, el estudio se propuso investigar la relación entre la experiencia previa en terapia, la intención de búsqueda de ayuda psicológica y las actitudes hacia las enfermedades mentales en adultos de 30 a 60 años. Se adoptó un diseño correlacional, transversal y no probabilístico, analizando respuestas de 100 participantes. Las preguntas de la escala abarcaban tres áreas clave: la experiencia en terapia, la intención de buscar ayuda psicológica y, a través del cuestionario CAMI, las actitudes hacia las enfermedades mentales.

Los hallazgos indican una relación positiva significativa entre haber recibido terapia previamente y poseer mejores actitudes hacia las enfermedades mentales. Además, se observó que una experiencia positiva previa en terapia se asocia con una mayor intención de buscar ayuda psicológica en el futuro, sugiriendo que las percepciones favorables respecto a la terapia pueden tener un papel importante en la disposición a solicitar asistencia. Por otro lado, la intención de buscar ayuda psicológica también mostró estar relacionada positivamente con actitudes favorables hacia las enfermedades mentales.

Este estudio subraya la importancia de comprender las relaciones entre la experiencia terapéutica previa, las actitudes hacia las enfermedades mentales y la intención de búsqueda de ayuda psicológica. Revela cómo estas variables interactúan entre sí, ofreciendo perspectivas valiosas para el desarrollo de estrategias que promuevan una mayor aceptación de los servicios de salud mental y, consecuentemente, contribuyan al bienestar general.

Palabras clave: salud mental, terapia, estigmatización, búsqueda de apoyo psicológico, actitudes hacia terapia.

Abstract

Attitudes toward mental illnesses and the search for psychological help are fundamental aspects in the field of mental health. In this context, the study aimed to investigate the relationship between previous therapy experience, the intention to seek psychological help, and attitudes toward mental illnesses in adults aged 30 to 60 years. A correlational, cross-sectional, and non-probabilistic design was adopted, analyzing responses from 100 participants. The scale questions covered three key areas: experience in therapy, the intention to seek psychological help, and, through the CAMI questionnaire, attitudes toward mental illnesses.

The findings indicate a significant positive relationship between having previously received therapy and possessing better attitudes towards mental illnesses. Additionally, it was observed that a previous positive experience in therapy is associated with a greater intention to seek psychological help in the future, suggesting that favorable perceptions regarding therapy can play an important role in the willingness to request assistance. On the other hand, the intention to seek

psychological help also showed to be positively related to favorable attitudes towards mental illnesses.

This study underscores the importance of understanding the relationships between previous therapeutic experience, attitudes toward mental illnesses, and the intention to seek psychological help. It reveals how these elements interact with each other, offering valuable insights for the development of strategies that promote greater acceptance of mental health services and, consequently, contribute to overall well-being.

Keywords: mental health, therapy, stigmatization, search for psychological support, attitudes toward therapy.

1. Introducción

1.1. Bienestar psicológico y trastornos mentales

El bienestar psicológico constituye un pilar fundamental en la construcción de una vida satisfactoria, caracterizado por una autoestima saludable, una visión optimista del futuro y relaciones sociales sólidas (Ehrler et al., 2021). Aunque los trastornos mentales pueden desafiar este equilibrio, no impiden definitivamente el alcance del bienestar. Con apoyo y estrategias de adaptación adecuados, las personas afectadas pueden lograr una calidad de vida psicológica significativa (Revueña et al., 2016). Por ello, resulta fundamental fomentar una actitud proactiva hacia la búsqueda de ayuda, ya que es esencial para que las personas logren una óptima reintegración social, una resiliencia fortalecida y bienestar psicológico (Werner et al., 2021).

Sin embargo, la eficacia de estas estrategias de adaptación y reintegración social se ve amenazada por la presencia de estigmas asociados a los trastornos de salud mental (Subramaniam et al., 2022). Estos estigmas pueden tener un impacto especialmente profundo en contextos donde debería predominar el apoyo, como en el ámbito familiar, afectando con mayor intensidad a los jóvenes que enfrentan estos desafíos. La tendencia de los adultos a minimizar o desacreditar las dificultades psicológicas, como lo señalan García Copín et al. (2023), no solo impone barreras adicionales al bienestar de los jóvenes, sino que también perpetúa un ciclo de ocultamiento y negación de la asistencia psicológica necesaria. Este miedo al estigma, heredado de las actitudes y percepciones de los adultos, puede llevar a los jóvenes a esconder sus luchas, privándose del apoyo crucial para su salud mental. Las investigaciones de Sickel et al. (2014) y Durkheim (1982) sobre la exclusión social y el rechazo refuerzan cómo estas respuestas negativas limitan la integración social de los jóvenes y exacerban los desafíos para una adaptación saludable y exitosa en la sociedad.

Promover hábitos para el bienestar emocional, como la gestión del estrés, contar con un círculo de confianza, y asegurar suficientes horas de sueño, se presenta como fundamental en este contexto (Barry et al., 2017). No obstante, aunque la sociedad ha avanzado en varios aspectos, todavía existen estigmas y percepciones negativas respecto a los trastornos mentales. Un porcentaje considerable de la población todavía expresa dudas sobre la posibilidad de convivir o trabajar con personas que hayan experimentado este tipo de problemas. (García Copín et al., 2023). Esta persistencia de estigmas y percepciones negativas hacia la salud mental resalta la importancia crítica de la educación y la sensibilización para fomentar un entorno más inclusivo y comprensivo.

El estigma no solo altera la percepción pública de la enfermedad mental, sino que también puede internalizarse, generando un autoestigma que inhibe la búsqueda de ayuda profesional (Thornicroft et al., 2007 y Corrigan et al., 2011). En este contexto, este estudio pretende examinar cómo la experiencia previa en terapia, las actitudes hacia la enfermedad mental y la disposición para buscar ayuda psicológica se relacionan en personas de 30 a 60 años. El objetivo es ahondar en la comprensión de la dinámica entre estas variables, un aspecto fundamental para el diseño de intervenciones y políticas de salud mental efectivas.

1.2. Retos de la salud mental en España

El estudio realizado por la “Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA” junto con la “Fundación Mutua Madrileña”, ha puesto de relieve aspectos críticos de la salud mental en España. Con una encuesta nacional efectuada entre el 22 de julio y el 11 de agosto de 2022, se logró una muestra representativa de la población a través de grupo etario, sexo, región autónoma y el tamaño del lugar de residencia. Los resultados, presentados por García Copín et al. en 2023, muestran que, aunque un 74,7% de la muestra percibe un declive en el bienestar psicológico de la sociedad, solo un 26,2% de la población acude a expertos en psicología y/o psiquiatría para consultar sobre su bienestar psicológico (García Copín et al., 2023). La división entre quienes consultan a psicólogos y quienes recurren a psiquiatras es de un 20,8% y un 17,6%, respectivamente (García Copín et al., 2023).

Además, las estadísticas muestran que un porcentaje superior a la mitad de los individuos, un 57,3%, considera que el costo de consultar a psicólogos y psiquiatras es demasiado alto. Una opinión que es más frecuente entre mujeres (63,0%) y personas de clase media baja y baja (62,6%). No obstante, la mayoría considera necesario acudir a estos profesionales (86,0%) y no lo considera como un signo de debilidad (87,9%) (García Copín et al., 2023). Esta discrepancia entre la percepción de la importancia del bienestar psicológico y la propensión a solicitar asistencia especializada resalta un reto crítico en la gestión de la salud mental en España (García Copín et al., 2023).

1.3. Estigma y actitudes hacia las enfermedades mentales

El estigma hacia las enfermedades mentales, que se define como la expresión de sentimientos negativos o la evitación debido a la salud mental de una persona (Sickel et al., 2014), tiene sus raíces en 1895 cuando Durkheim lo caracterizó como un fenómeno social (Durkheim, 1982). El término "estigma" denota una marca que generalmente conlleva actitudes negativas (Thornicroft et al., 2007). Otros autores, como Corrigan et al. (2011) profundizaron en este concepto, delineando un modelo de autoestigma que comienza con la conciencia del estigma público y puede evolucionar hasta la internalización del mismo, lo que puede causar daño psicológico. Este modelo sugiere que la formación de actitudes estigmatizadoras puede ser independiente de la presencia de características estigmatizadas en uno mismo, lo que podría ofrecer una explicación de por qué incluso las personas con enfermedades mentales pueden participar en la estigmatización de otros con problemas similares.

En este contexto, el Inventario de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental (CAMI) ofrece una estructura valiosa para examinar las complejidades de estas actitudes a través de cuatro dimensiones: autoritarismo, benevolencia, restricciones sociales e ideología de la salud mental comunitaria (Ochoa, 2016).

Autoritarismo refleja la tendencia a ver a las personas con enfermedades mentales como inferiores o necesitadas de control y disciplina, un enfoque que puede perpetuar el estigma y la

exclusión. Contrariamente, la benevolencia se centra en la compasión y el apoyo hacia las personas afectadas, promoviendo una perspectiva más humana y empática. Estas dos dimensiones representan polos opuestos en la percepción y el trato hacia las personas con enfermedades mentales, influenciando directamente el estigma y el apoyo que reciben (Ochoa, 2016).

Las restricciones sociales se refieren a la propensión a limitar las libertades de las personas con enfermedades mentales debido a percepciones de peligro o imprevisibilidad, lo que puede conducir a la marginación y al aislamiento. Esta dimensión destaca cómo el miedo y la desinformación pueden alimentar políticas y actitudes que restringen innecesariamente la vida de las personas con problemas de salud mental. Por otro lado, la ideología de la salud mental comunitaria aboga por la integración y el soporte de estas personas dentro de la sociedad, destacando la importancia de los entornos inclusivos y el acceso a tratamientos adecuados (Ochoa, 2016).

A nivel global, las enfermedades mentales están entre las condiciones más prevalentes y sujetas a estigma, no solo varía en su expresión entre diferentes culturas y contextos, sino que también tiene implicaciones significativas en diversos ámbitos de la vida, desde el laboral hasta el familiar y social (Brown y Wolf, 2018; Abuhammad y Dalky, 2019; Dardas y Simmons, 2015; Dev et al., 2017). En el contexto laboral, la exclusión social puede manifestarse de diversas maneras, incluyendo el desempleo y el rechazo basado en evaluaciones médicas (Niederkrötenhaller et al., 2017). La literatura sugiere que las consecuencias sociales del deterioro de la salud mental pueden subestimarse si la marginación se concibe únicamente en términos de desempleo (Helgesson et al., 2018), y esta situación es particularmente aguda entre los jóvenes adultos (Kendrick y Pilling, 2012).

La dinámica en el ámbito familiar introduce complejidades adicionales en la percepción y manejo del estigma. Algunos jóvenes enfrentan la minimización de sus problemas de salud mental por parte de sus padres, lo que agrega una capa adicional de desafío (García Copín et al., 2023). Esta situación subraya un tabú dentro de las familias, con miembros luchando por aceptar problemas de salud mental, ocultándolos para "proteger" a la familia, sintiendo culpa y adoptando enfoques individualistas. Este rechazo y estigma dentro del hogar pueden tener implicaciones más amplias, desencadenando un ciclo de aislamiento y deterioro mental (García Copín et al., 2023).

En el ámbito social, se identifica un ciclo dañino de causalidad recíproca: los trastornos mentales pueden incrementar el riesgo de exclusión social, y a su vez, esta exclusión puede intensificar la gravedad de los trastornos, creando un bucle que agrava la situación (Sveinsdóttir et al., 2018). Además, se suele considerar que los trastornos mentales graves son condiciones crónicas e incapacitantes, lo que subraya la importancia de disponer de apoyo continuo. Este refuerzo es especialmente crucial en la vejez, una etapa en la que, a menudo se enfrenta aislamiento o falta de acompañamiento. Así, se resalta la importancia de intervenciones que

aborden tanto el estigma como las barreras al acceso de tratamientos adecuados, garantizando así el apoyo necesario en todas las etapas de la vida, incluida la vejez (Salime et al., 2022).

1.4. Motivación y experiencia en terapia

La motivación para el tratamiento psicológico es un predictor clave de mejores resultados clínicos en pacientes, influyendo positivamente en la reducción de síntomas de la depresión, ansiedad post-tratamiento y el dolor, y también mejorando el bienestar psicológico (Scheidegger et al., 2023). Además, atenuar la desesperanza y promover una actitud de confianza hacia el tratamiento y su pronóstico, puede ser beneficioso para los expertos de la salud mental en cuanto a la incrementación de la efectividad del tratamiento en los pacientes (Scheidegger et al., 2023).

La percepción y satisfacción del paciente respecto al tratamiento recibido juegan un papel determinante en su continuidad y éxito. Según los estudios de Spilker (1991) y Rofail et al. (2009), existe una correlación positiva entre el grado de satisfacción con el tratamiento y la adherencia a este. Spilker (1991) señala que una percepción negativa sobre la administración o los resultados esperados del tratamiento puede disminuir significativamente la probabilidad de que los pacientes cumplan con el régimen prescrito. Por otro lado, Rofail et al. (2009) observaron que aquellos pacientes que reportan una mayor satisfacción con su tratamiento muestran una tendencia a seguir más fielmente las indicaciones terapéuticas.

Este contexto de satisfacción está intrínsecamente ligado a la elección del tipo de servicio médico. En el ámbito de la salud mental en España, el informe previamente citado de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y la Fundación Mutua Madrileña en 2023 revela que, debido a las largas esperas en el sistema público, un número significativo de pacientes opta por servicios privados en busca de una atención más rápida y posiblemente más satisfactoria. El 46,1% de los que buscaban asistencia psicológica y el 41,2% de los que necesitaban atención psiquiátrica han señalado la prolongada espera como el principal factor que influye en su decisión (García Copín et al., 2023).

En relación con la frecuencia de las consultas, el informe comunica que el 45,6% visita al psicólogo mensualmente o con mayor frecuencia, en contraste con el 37,2% que lo hace trimestral o anualmente. En el caso del psiquiatra, este patrón se invierte, ya que el 55,9% acude trimestral o anualmente, mientras que el 26,8% lo hace mensualmente o con mayor regularidad. Actualmente, la mitad de las personas diagnosticadas busca atención psiquiátrica o psicológica, y la duración media de sus tratamientos es de 6,7 y 4,5 años, respectivamente (García Copín et al., 2023).

Continuando con los hallazgos del estudio, es importante resaltar la implicación en la terapia y el empoderamiento de los individuos en la gestión de su salud mental. Los resultados indican que es fundamental optimizar la calidad de la información proporcionada durante el proceso de tratamiento (García Copín et al., 2023). Revela que un 40,3% de los participantes sintieron que la información sobre su trastorno era insuficiente o inexistente, y un 46,3% notó una falta de claridad respecto a los efectos secundarios de sus medicamentos. Además, casi la mitad, un

48,1%, reportó no haber sido informado adecuadamente sobre opciones de tratamiento alternativas (García Copín et al., 2023).

En relación con la experiencia durante la intervención, el 30% de las personas reportan que en ciertas ocasiones se vio considerablemente disminuida su autonomía. Además, el 60,1% fue ingresado de manera involuntaria, el 28,3% experimentó una falta de confidencialidad, el 40,9% no recibió un plan de atención personalizado, el 43,2% percibió que su retroalimentación acerca de la calidad de los servicios de salud mental no fue tomada en cuenta de manera adecuada, y el 59,8% indica que no participó activamente en la elaboración de su programa de tratamiento (García Copín et al., 2023).

Ante esta realidad, el estudio concluye que cualquier individuo podría enfrentarse a desafíos psicológicos por múltiples factores, tales como la falta de acceso a servicios profesionales, el estigma social o la discriminación en el ámbito laboral. Según los datos, un 22,8% de la población ha experimentado o está experimentando algún trastorno de salud mental o angustia psicológica, incluyendo tanto a personas con diagnóstico como a aquellas que perciben su salud mental como deficiente o muy deficiente (García Copín et al., 2023). Estas estadísticas se aproximan al 25% de individuos que la Organización Mundial de la Salud proyecta que enfrentarán, en algún punto de sus vidas, dificultades relacionadas con su bienestar mental (Organización Mundial de la Salud, 2022).

1.5. Relación entre actitudes hacia la enfermedad mental y búsqueda de ayuda psicológica

Barreras estructurales, como limitaciones financieras y falta de cobertura de seguro, se han identificado como factores actitudinales que se asocian a una menor búsqueda de servicios de salud mental (Mojtabai et al., 2011). Investigaciones, como las de Andrade et al. (2014), demostraron que estos factores actitudinales son particularmente significativos en el inicio y la continuación del tratamiento, especialmente en casos de problemas de salud mental leves o moderados.

En relación con los factores que fomentan una actitud activa en la búsqueda de atención en la salud mental, más allá del apoyo social, la gravedad de los síntomas y el deseo de cambio, se ha observado que el contacto con personas que padecen enfermedades mentales puede contribuir significativamente a la reducción de prejuicios (Hewstone, 2015). Este fenómeno, asociado a la reducción del estigma y al fomento de una actitud más abierta hacia la asistencia psicológica, ha sido respaldado por investigaciones anteriores (Mendoza et al., 2015).

Además de estas observaciones, el componente cognitivo del prejuicio, conceptualizado como creencias negativas sobre las enfermedades mentales y que se manifiesta como estereotipos, ha demostrado tener una asociación directa con actitudes desfavorables hacia la búsqueda de ayuda psicológica (Rojas-Vilches et al., 2011 y Kenny et al., 2018). Esta asociación también se manifiesta en la preferencia por la ausencia de tratamiento (Hirai y Clum, 2000) y en

el deseo de distanciamiento social, medida de prejuicio, hacia las personas con enfermedades mentales (Anagnostopoulos y Hantzi, 2011). A pesar de la disponibilidad de tratamientos, el estigma y la discriminación persistentes continúan siendo barreras significativas, como subraya la Organización Mundial de la Salud (2017, 2018), impidiendo que muchas personas busquen ayuda.

Este problema se complica aún más cuando se consideran las normas sociales y su impacto en las decisiones individuales. Según la Teoría del Comportamiento Planificado de Ajzen (1991), las conductas de una persona son dirigidas por sus propósitos de llevar a cabo esa actividad específica, las actitudes hacia la misma, las normas sociales percibidas y el control percibido sobre la conducta. A partir de esto, se puede deducir que, si las personas creen que hay normas sociales negativas con respecto a las enfermedades mentales y/o la búsqueda de ayuda, es probable que muestren una menor propensión a solicitar asistencia (Chandrasekara, 2016). Estas percepciones de normas sociales pueden influir tanto en las actitudes como en las intenciones de las personas respecto a la conducta de búsqueda de ayuda, afectando así más profundamente en este comportamiento (Chandrasekara, 2016).

1.6. Relevancia y contribución de la investigación en salud mental

La importancia de este proyecto se debe a su enfoque integrador. Mientras que numerosos estudios han examinado de forma aislada las actitudes hacia la enfermedad mental y la experiencia previa en terapia, esta investigación se distingue al explorar cómo estas variables, junto con la intención de buscar de ayuda psicológica, se interrelacionan en individuos de entre 30 y 60 años —un segmento de población a menudo pasado por alto en favor de poblaciones universitarias más jóvenes (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Al analizar cómo estas tres variables interactúan, el estudio puede proporcionar una base sólida de evidencia empírica relevante para el desarrollo de estrategias normativas para la salud mental y enfoques clínicos que se adapten a las necesidades de la población adulta. Además, la inclusión detallada de datos específicos sobre la experiencia y satisfacción en terapia, como se ha presentado en este marco teórico, enfatiza la importancia de explorar más en profundidad la relación entre las actitudes hacia la salud mental y la experiencia previa en terapia, sobre todo en esta población específica.

Entender esta tríada de variables permitirá diseñar intervenciones más precisas que no solo disminuyan las actitudes negativas hacia las enfermedades mentales, sino que también fomenten la proactividad en la búsqueda de ayuda. La investigación en esta área puede proporcionar información valiosa para el futuro desarrollo de intervenciones preventivas que aborden las actitudes negativas desde una etapa temprana. Estas conclusiones podrían influir en la formulación de estrategias preventivas y de apoyo que, a largo plazo, podrían beneficiar a esta población durante su envejecimiento, facilitando un acceso sin estigma a la terapia cuando sea necesario.

De acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible formulados por las Naciones Unidas, esta investigación apoya directamente el objetivo del ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, al destacar la necesidad de atender las demandas de salud mental de los adultos (Naciones Unidas, 2015).

Esta investigación se propone como objetivo general conocer la relación existente entre la experiencia previa en terapia, la intención de buscar ayuda psicológica y las actitudes hacia la enfermedad mental en individuos de 30 a 60 años. En cuanto a los objetivos específicos, se busca determinar si la experiencia previa en terapia se relaciona con las actitudes hacia la enfermedad mental, tanto cuando se refieren a uno mismo como cuando se habla de otros. Además, se examinará si la experiencia previa en terapia, junto con la satisfacción obtenida de estas experiencias, se relaciona con un incremento en la intención de buscar ayuda psicológica. Por último, se investigará cómo las actitudes hacia las enfermedades mentales se asocian con la decisión de buscar ayuda psicológica.

A partir del análisis de la bibliografía revisada, se plantean las siguientes hipótesis: (H1) Las personas con experiencia previa en terapia presentan diferencias significativas en sus actitudes hacia la enfermedad mental en comparación con aquellos sin experiencia previa. Esta suposición se apoya en los argumentos presentados por Thornicroft et al. (2007) y Corrigan et al. (2011), quienes destacan cómo el estigma y el autoestigma relacionados con la salud mental pueden influir significativamente en las actitudes hacia la enfermedad mental y la búsqueda de ayuda psicológica. (H2) La experiencia previa positiva en terapia se relaciona positivamente con la intención de buscar ayuda psicológica. Esta hipótesis se sustenta en la Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991), proponiendo que las experiencias previas pueden relacionarse con las actitudes, las normas sociales percibidas y el control percibido, lo que, a su vez, podría incrementar la intención de buscar ayuda psicológica. (H3) Se postula que la intención de buscar ayuda psicológica está positivamente relacionada con actitudes positivas hacia las enfermedades mentales, apoyándose en los resultados de Rojas-Vilches et al. (2011) y Kenny et al. (2018), quienes sugieren que los prejuicios están asociados con actitudes desfavorables hacia la ayuda psicológica.

2. Método

2.1. Diseño del estudio

El presente trabajo de investigación adopta un diseño correlacional transversal, enfocado en explorar las relaciones entre la experiencia previa en terapia, la intención de buscar ayuda psicológica, y las actitudes hacia la enfermedad mental. Este enfoque permite analizar las conexiones entre variables en un momento específico, sin intervenir o modificar el entorno de estudio.

2.2. Muestra

La investigación se llevó a cabo utilizando una muestra de 100 personas, compuesta por 45 hombres y 55 mujeres, con edades que oscilan entre los 30 y los 60 años ($M= 43.62$, $DT= 9.26$).

Los participantes informaron residir en distintos países. La distribución de los hombres participantes fue la siguiente: 34 residían en España y 11 en Argentina. En cuanto a las mujeres, 32 residían en España, 13 en Argentina, 5 en México, 3 en Perú, 1 en Colombia y 1 en Inglaterra.

Entre los hombres participantes, 2 no poseían formación educativa formal, 6 habían completado educación primaria, 11 secundaria, 6 formación técnica o profesional, 3 bachillerato, 11 estudios universitarios y 6 estudios de postgrado. Por otro lado, en el grupo de mujeres, 1 no contaba con estudios formales, 2 habían finalizado educación primaria, 13 secundaria, 10 formación técnica o profesional, 6 bachillerato, 15 estudios universitarios y 8 estudios de postgrado.

Para seleccionar la muestra se empleó un enfoque de muestreo no probabilístico por conveniencia. Además, se han descartado 11 personas que no cumplían con los criterios de inclusión de edad, los cuales estaban establecidos entre los 30 y 60 años.

2.3. Instrumentos de medida

Datos sociodemográficos. Para recabar información sociodemográfica de los participantes, se recopiló data concerniente al país de residencia, género, grupo etario y el nivel más alto de educación completado.

Experiencia en terapia. Se indagó a los participantes sobre su historial de terapia, incluyendo la participación previa, duración del tratamiento, momento de finalización, percepción general de la experiencia terapéutica, y si conocían a alguien cercano que también haya participado en terapia, explorando su valoración al respecto. Además, se recogió información sobre diagnósticos de trastornos mentales, tanto personales como de conocidos cercanos.

Intención de búsqueda de ayuda psicológica. Se preguntó a los sujetos si habían experimentado malestar emocional o psicológico significativo en los últimos seis meses y si, ante tal malestar, considerarían asistir a terapia. También se indagó sobre sus intenciones de buscar terapia psicológica en el próximo año y si recomendarían esta alternativa a amigos o familiares de ser necesario.

Actitudes hacia las enfermedades mentales. Para la evaluación de las actitudes hacia la enfermedad mental, se empleó la versión traducida al español del "Community Attitudes towards Mental Illness" (CAMI), adaptada por Ochoa y colaboradores en 2016, original de Taylor y Dear en 1981. Este instrumento mide las actitudes a través de 40 afirmaciones, respondidas en una escala Likert de cinco puntos que varía de 'totalmente de acuerdo' a 'totalmente en desacuerdo'. Se organiza en cuatro subescalas que incluyen Autoritarismo, Benevolencia, Restricción Social y la Ideología de la Salud Mental Comunitaria, con 10 afirmaciones cada una, alternando entre

positivas y negativas. Las puntuaciones se calculan sumando los ítems positivos y restándoles los negativos (Ochoa et al., 2016).

La subescala de autoritarismo mide las percepciones que consideran a las personas con enfermedades mentales como inferiores a los individuos sin diagnóstico de trastorno mental (p. ej. “La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave”). La subescala de benevolencia examina las actitudes de aceptación hacia los pacientes, aunque estas pueden ser de naturaleza paternalista (p. ej. “Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales”). La subescala de restricción social determina la percepción del riesgo que las personas con enfermedad mental suponen para la sociedad, proponiendo restricciones para ellos tanto previas como posteriores a su hospitalización (p. ej. “Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad”). Finalmente, la subescala de ideología de salud mental comunitaria analiza las actitudes y creencias acerca de la integración de personas con enfermedad mental en la comunidad y la sociedad en su conjunto (p. ej. “La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad”) (Ochoa et al., 2016).

En la presente investigación, la evaluación de la confiabilidad de la escala utilizada se realizó a través del alfa de Cronbach. Los resultados fueron los siguientes: el factor autoritarismo tuvo un alfa de .75, benevolencia un alfa de .91, restricción social obtuvo un alfa de .89, y finalmente, ideología de salud mental comunitaria presentó un alfa de .93. Estas cifras demuestran la coherencia interna de los factores evaluados y confirman la confiabilidad de la escala para medir las variables de interés identificadas en el estudio.

2.4. Procedimiento

El proyecto recibió la autorización del Comité Ético de la Universidad Europea, identificado con el código CI 2024-460.

Este estudio de tipo correlacional utilizó encuestas en un diseño transversal, recopilando datos durante los meses de enero y febrero de 2024. La selección de participantes se realizó mediante un muestreo incidental por conveniencia, y se les pidió leer y aceptar voluntariamente un formulario de consentimiento informado antes de proceder a responder el cuestionario online, que tenía una duración promedio de 15 minutos. Las preguntas del cuestionario fueron elaboradas utilizando la plataforma Microsoft Office 365, y fueron administradas a través de redes sociales como Instagram y Whatsapp.

Además, se informó a los participantes sobre las garantías éticas como el anonimato y la opción de abandonar el estudio y eliminar sus datos en cualquier momento. Los datos recogidos fueron posteriormente analizados utilizando el software estadístico IBM SPSS versión 29 y Jamovi.

2.5. Análisis de datos

El plan de análisis de datos se estructura en diferentes etapas. En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de las respuestas abiertas proporcionadas por los participantes acerca de sus diagnósticos de trastorno mental. Además, se describieron los resultados de las variables clave como la experiencia en terapia, las actitudes hacia las enfermedades mentales y la intención de buscar ayuda psicológica, proporcionando una comprensión profunda de las percepciones y experiencias relacionadas con la terapia y la salud mental. Se continuó con un análisis descriptivo estadístico de los datos, proporcionando una visión general sobre las características principales de la muestra. Esto incluyó calcular medias y desviaciones estándar. Luego, se procedió a calcular la correlación de Pearson para investigar las relaciones lineales entre las variables cuantitativas, permitiendo identificar cómo variables como la experiencia previa en terapia y las actitudes hacia las enfermedades mentales se relacionan entre sí y con la intención de buscar ayuda. Además, se realizaron pruebas T para comparar las medias de grupos independientes, como aquellos con y sin experiencia previa en terapia, para identificar diferencias significativas en sus actitudes hacia las enfermedades mentales.

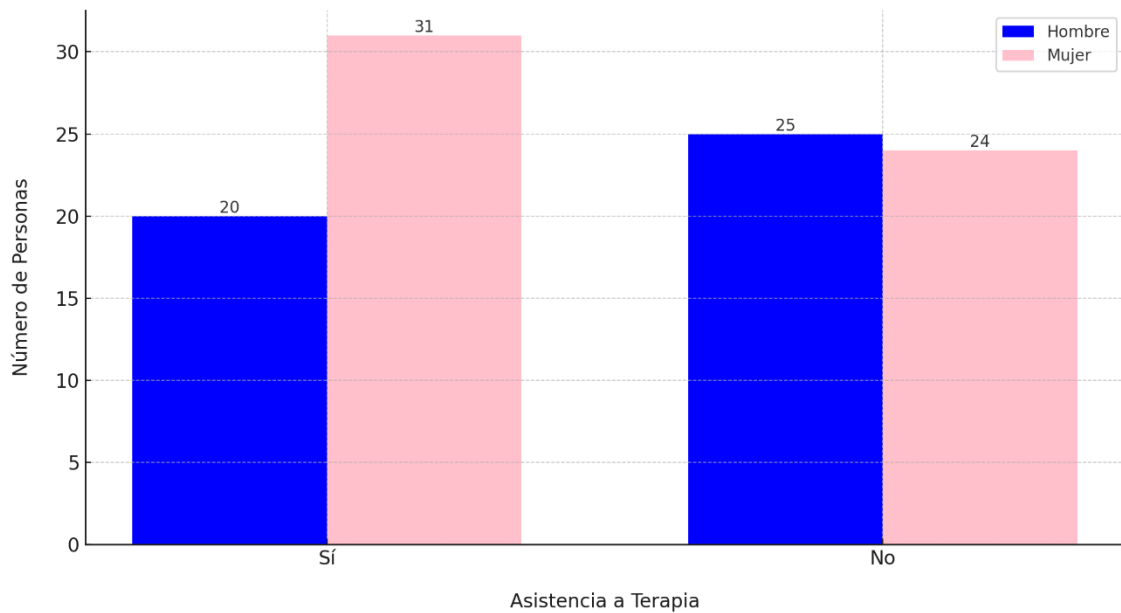
3. Resultados

3.1. Asistencia a terapia

De la muestra total, 51 personas han asistido a terapia alguna vez, frente a 49 que no. En cuanto a hombres, 20 han asistido, en comparación con 25 que no lo han hecho. En contraste, 31 mujeres han asistido y 24 no. Estos resultados sugieren que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ($F=1.39$, $p=.24$).

Figura 1.

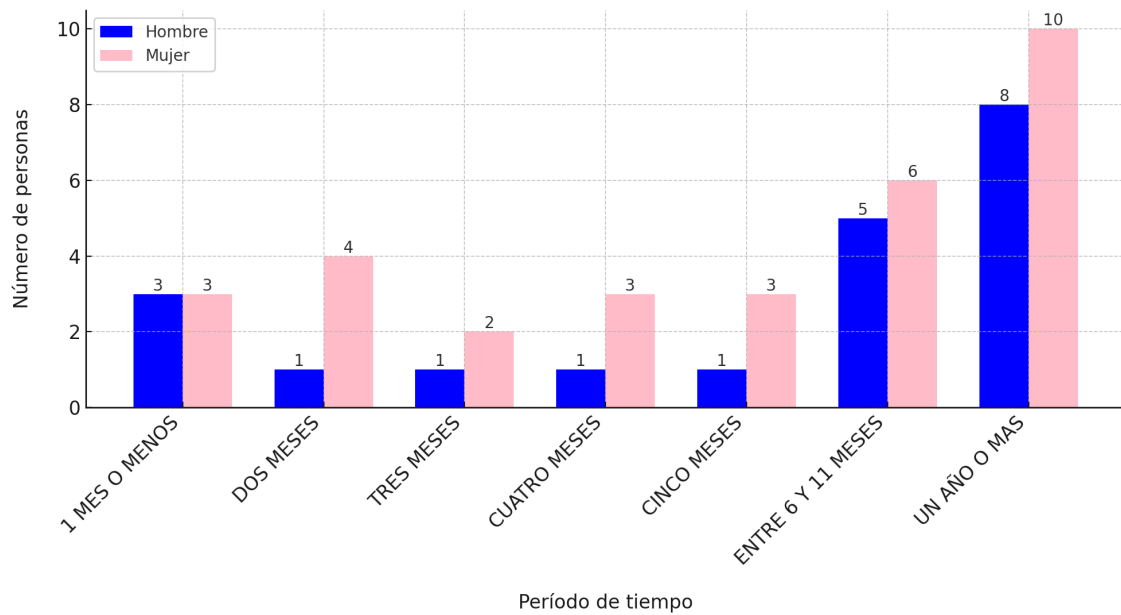
Asistencia a terapia por género



En lo que respecta a la frecuencia y duración de la asistencia a terapia, discriminada por género, se registra que, entre los hombres, 3 han asistido a terapia por un mes o menos, 1 por dos meses, 1 por tres meses, 1 por cuatro meses, 1 por cinco meses, 5 por un periodo entre seis y once meses, y 8 por un año o más. En el caso de las mujeres, 3 han asistido por un mes o menos, 4 por dos meses, 2 por tres meses, 3 por cuatro meses, 3 por cinco meses, 6 por un periodo entre seis y once meses, y 10 por un año o más. Estos resultados sugieren que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ($U=281$, $p=.56$).

Figura 2.

Frecuencia de asistencia a terapia por género

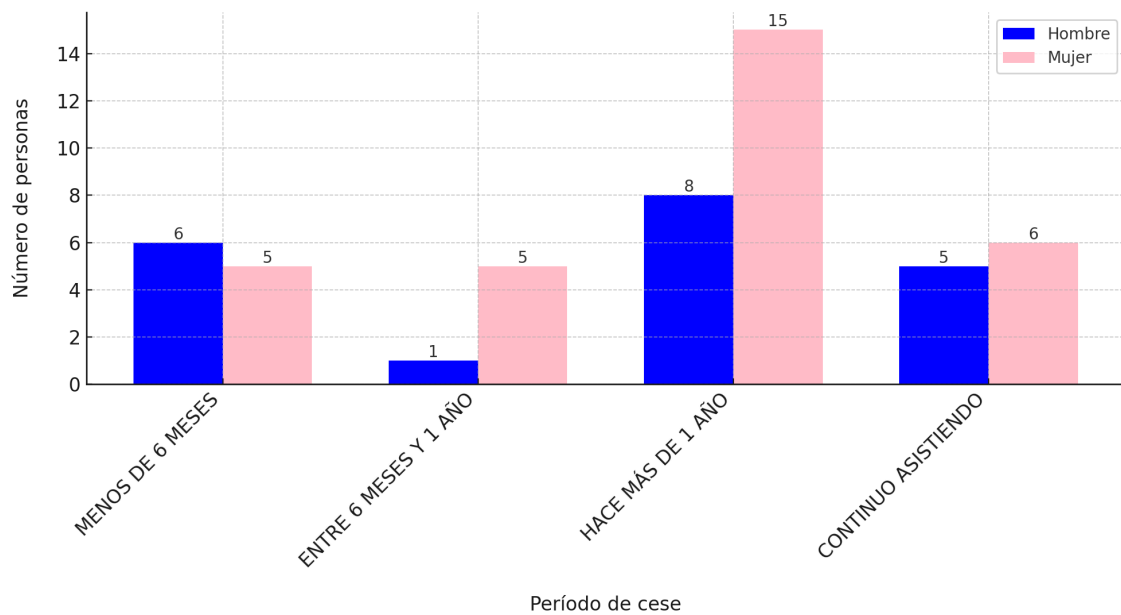


3.2. Cese de asistencia a terapia por género

En relación con el cese de asistencia a terapia, discriminado por género, los datos muestran que, en cuanto a los hombres, 6 han dejado de asistir a terapia hace menos de seis meses, 1 entre seis meses y un año, 8 han cesado su asistencia hace más de un año, y 5 continúan asistiendo. Entre las mujeres, 5 han dejado de asistir hace menos de seis meses, 5 entre seis meses y un año, 15 han cesado su asistencia hace más de un año, y 6 continúan asistiendo. Estos resultados sugieren que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ($U=303, p=.89$).

Figura 3.

Cese de asistencia a terapia por género



3.3. Valoración general de la experiencia terapéutica

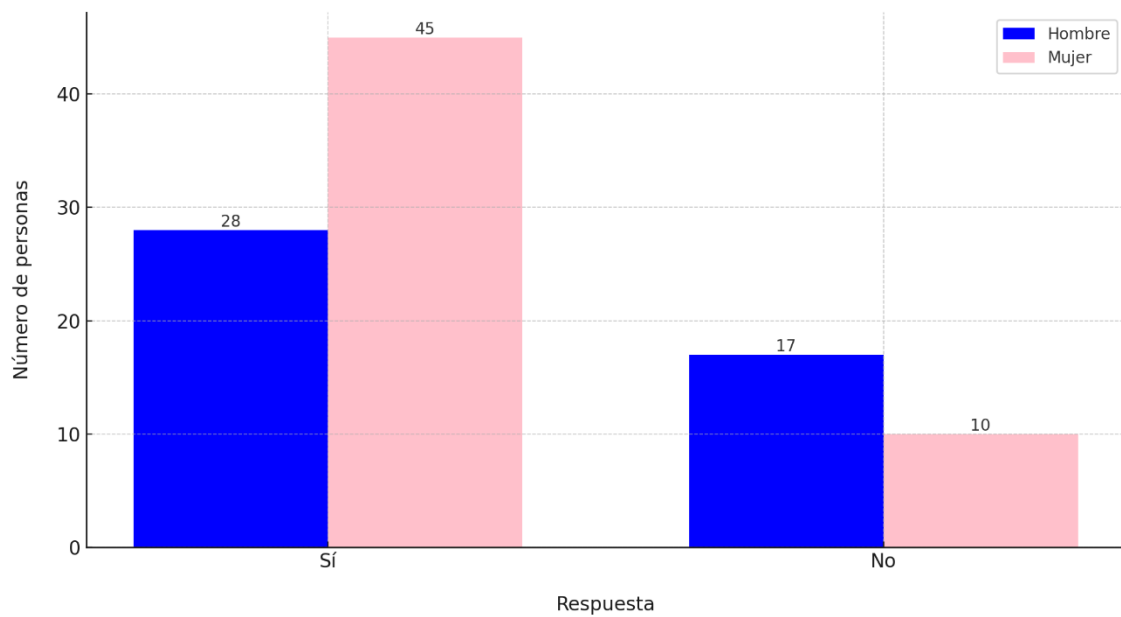
De los hombres, 13 se sintieron satisfechos o muy satisfechos con su terapia, en contraste con 7 que expresaron insatisfacción (neutral, insatisfecho o muy insatisfecho). Entre las mujeres, 21 expresaron satisfacción o gran satisfacción, mientras que 10 se mostraron insatisfechas (neutral, insatisfecha o muy insatisfecha). Estos resultados sugieren que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ($U=204$, $p=.91$).

3.4. Conocimiento sobre la asistencia psicológica

Los resultados revelan que 28 hombres y 45 mujeres indicaron conocer a alguien cercano que ha acudido a terapia psicológica alguna vez. Por otro lado, 17 hombres y 10 mujeres respondieron no conocer a nadie cercano que haya asistido a terapia. Estos resultados sugieren que existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, habiendo más mujeres que refieren conocer a alguien cercano que haya acudido a terapia alguna vez ($U=995$, $p=.02$, $D=.20$).

Figura 4.

Conocimiento de asistencia psicológica de allegados por género

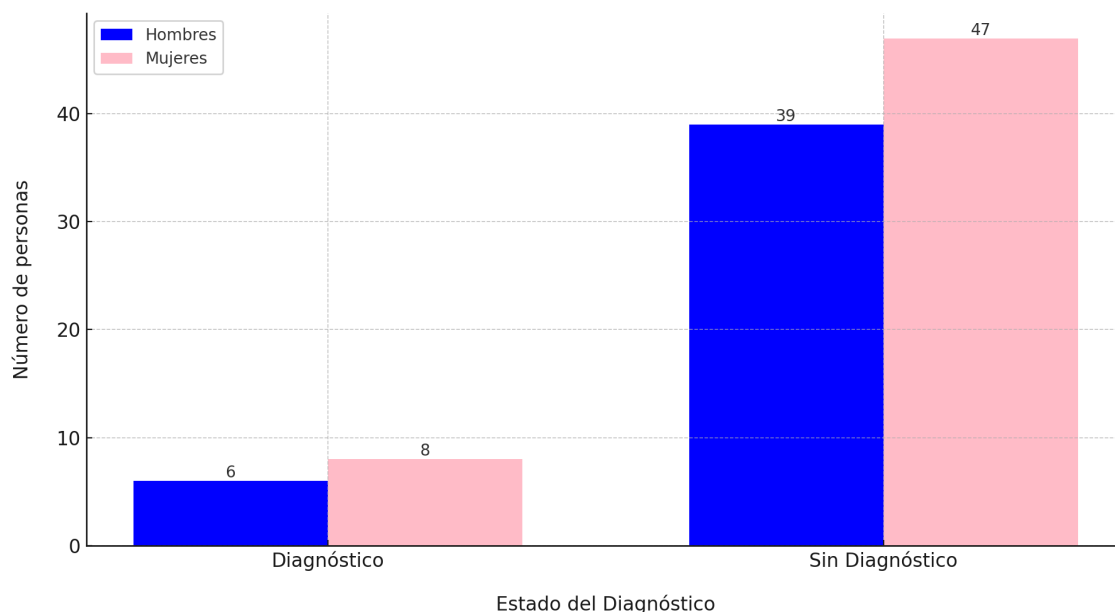


3.5. Diagnósticos de trastornos mentales

Entre los encuestados, 6 hombres y 8 mujeres reportaron haber sido diagnosticados alguna vez con un trastorno mental, de los cuales 3 han referido más de uno. Por otro lado, 39 hombres y 47 mujeres indicaron no haber sido diagnosticados. Estos resultados sugieren que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ($U=1223$, $p=.90$).

Figura 5.

Diagnóstico de trastorno mental por género



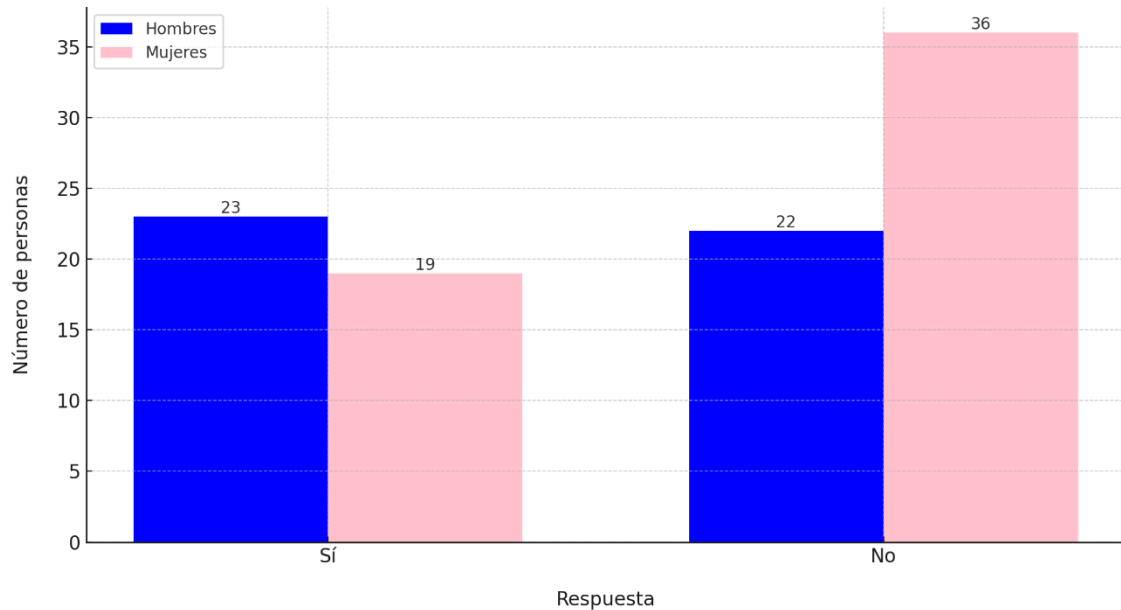
Los encuestados reportaron un rango de trastornos mentales diagnosticados en sí mismos, incluyendo depresión (n=5), ansiedad (n=5), trastorno de la conducta alimentaria (n=3), trastorno obsesivo compulsivo (n=2), esquizofrenia (n=1), trastorno límite de la personalidad (n=1), trastorno bipolar (n=1), trastorno de personalidad narcisista (n=1), y trastorno del estrés postraumático (n=1).

3.6. Conocimiento de diagnósticos de trastornos mentales en el círculo cercano

En cuanto al conocimiento sobre diagnósticos de trastornos mentales en personas cercanas, 23 hombres y 19 mujeres afirmaron conocer al menos a una persona diagnosticada. Por otro lado, 22 hombres y 36 mujeres expresaron no conocer a nadie cercano en esa situación. De aquellos que conocen a alguien diagnosticado, 13 personas indicaron que conocen a dos o más individuos con diagnósticos de distintos trastornos mentales. Estos datos sugieren que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres en cuanto al conocimiento de casos de trastornos mentales ($U=1033$, $p=.10$).

Figura 6.

Conocimiento de diagnóstico de trastorno mental en allegados



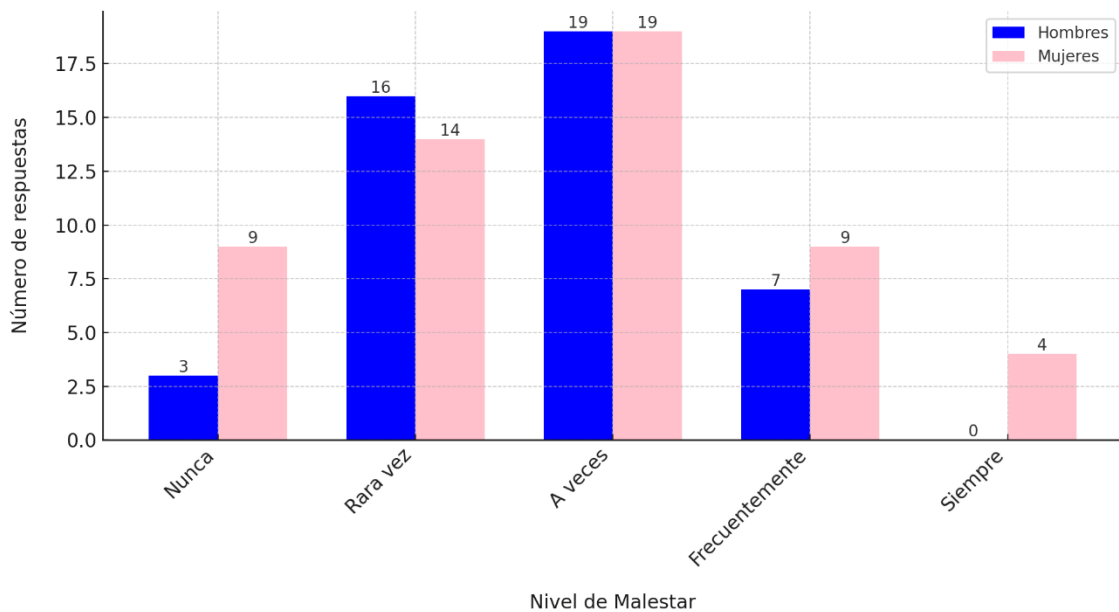
Respecto a diagnósticos en personas cercanas a los participantes, se identificaron algunos tales como depresión (n=12), ansiedad (n=12), esquizofrenia (n=7), trastorno bipolar (n=6), trastorno de la conducta alimentaria (n=4), trastorno límite de la personalidad (n=4), trastorno del espectro autista (n=3), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (n=3), trastorno obsesivo compulsivo (n=1), trastorno paranoide de la personalidad (n=1), trastorno de la personalidad antisocial (n=1) y trastorno de estrés postraumático (n=1).

3.7. Experiencia de malestar emocional o psicológico

Considerando ambos géneros, en los últimos 6 meses, 12 personas nunca experimentaron malestar emocional o psicológico significativo, 30 lo hicieron rara vez, 38 a veces, 16 frecuentemente, y 4 siempre. Esto indica que una proporción considerable de los encuestados ha experimentado algún nivel de malestar emocional o psicológico, con una tendencia notable hacia respuestas en el rango de 'a veces' y 'rara vez'. No existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ($U=1213, p=.86$).

Figura 7.

Malestar emocional o psicológico en los últimos 6 meses

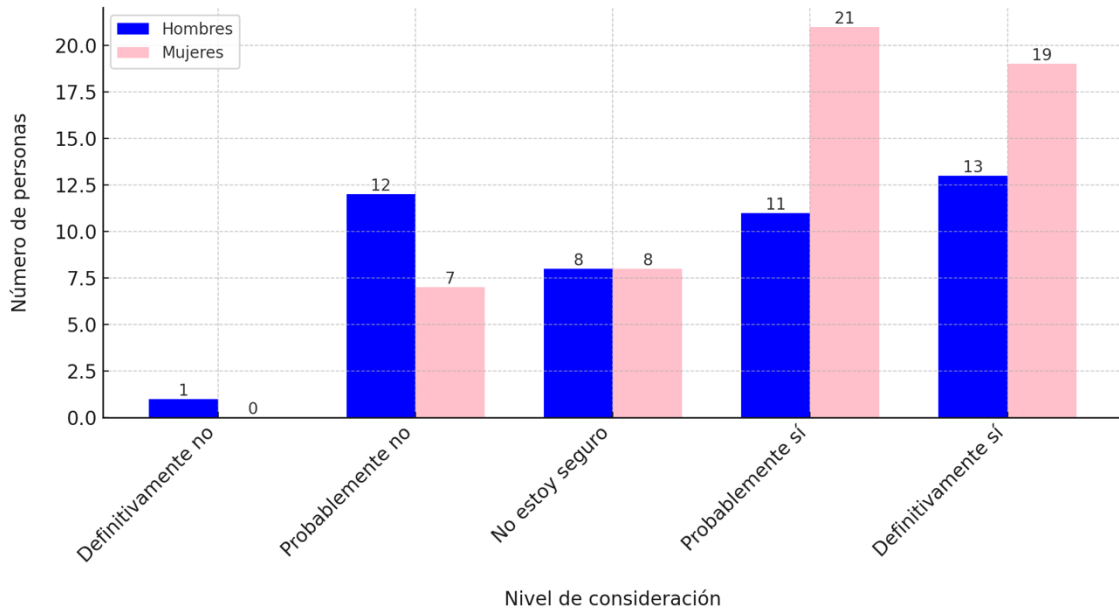


3.8. Disposición a considerar asistencia terapéutica frente a problemas emocionales o psicológicos

Cuando se enfrentan a un problema emocional o psicológico significativo, 1 hombre definitivamente no consideraría asistir a terapia, 12 hombres probablemente no lo harían, 8 no están seguros, 11 probablemente sí asistirían y 13 definitivamente sí buscarían ayuda terapéutica. Entre las mujeres, 7 probablemente no considerarían la terapia, 8 no están seguras, 21 probablemente sí asistirían y 19 definitivamente sí buscarían ayuda. Estos resultados sugieren que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ($U=1002, p.09=$).

Figura 8.

Consideración sobre asistir a terapia ante un problema emocional significativo

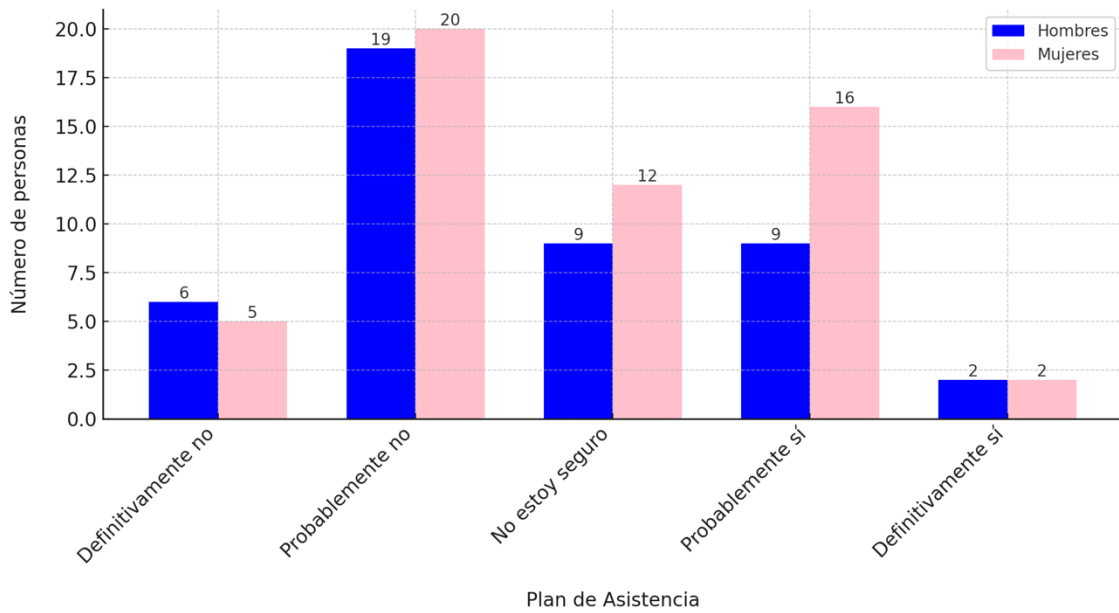


3.9. Planes futuros de asistencia a terapia en el próximo año

En lo que respecta a los planes de asistir a terapia en el próximo año, los resultados muestran que 6 hombres definitivamente no lo consideran, 19 probablemente no asistirán, 9 no están seguros, otros 9 probablemente sí asistirán, y solo 2 definitivamente tienen planes de hacerlo. Por el lado de las mujeres, 5 definitivamente no lo consideran, 20 probablemente no asistirán, 12 no están seguras, 16 probablemente sí asistirán, y 2 definitivamente tienen planes de hacerlo. Estos resultados sugieren que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres en cuanto a los planes de asistir a terapia en el próximo año ($U=1092$, $p=.30$).

Figura 9.

Planes de asistir a terapia en el próximo año

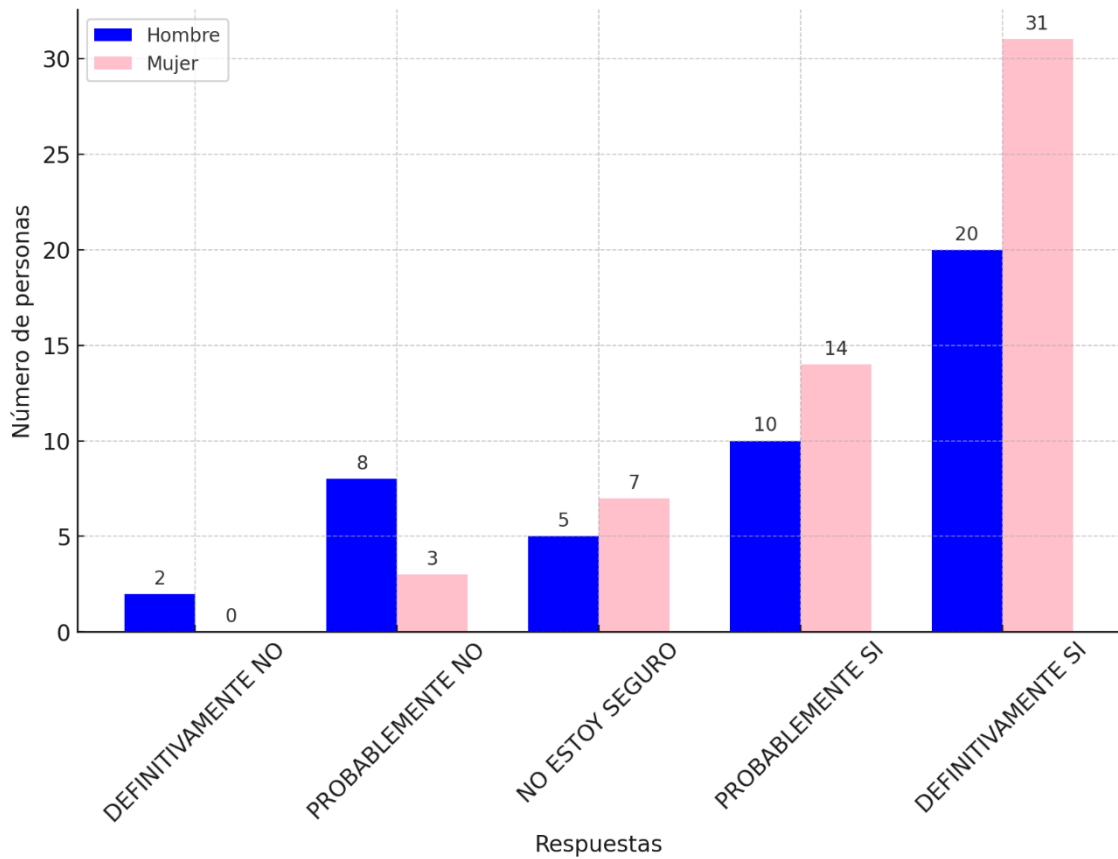


3.10. Recomendación de terapia a amigos o familiares

Entre los hombres, 30 mostraron una actitud positiva hacia la recomendación de terapia (probablemente sí o definitivamente sí), mientras que 15 expresaron una negativa (probablemente no o definitivamente no). Para las mujeres, 45 manifestaron una disposición positiva a recomendar terapia, en contraposición a 10 que se mostraron negativas. Estos resultados sugieren que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ($U=1005$, $p=.08$).

Figura 10.

Recomendación a terapia por género



3.11. Asistencia a terapia y actitudes hacia las enfermedades mentales

La Tabla 1 muestra las pruebas T para los grupos de asistencia/no asistencia a terapia. En el caso de autoritarismo, el grupo que sí declaró haber tenido experiencia previa en terapia presentó una puntuación media de 2.53, mientras que el grupo que no tuvo esa experiencia presentó una media de 3.24. Según la prueba U de Mann-Whitney, las diferencias fueron significativas ($U=492$, $p<.001$). Lo que indica que la experiencia previa en terapia está asociada con una menor tendencia a adoptar posturas que subestiman o desvalorizan a las personas con enfermedades mentales, en comparación con aquellos que nunca han asistido a terapia.

Para la variable benevolencia, los resultados muestran que el grupo con experiencia en terapia obtuvo una media de 3.91, en contraste con la media de 3.18 del grupo sin experiencia previa en terapia. La prueba U de Mann-Whitney confirma que esta diferencia es estadísticamente significativa ($U=750$, $p<.001$), sugiriendo que la asistencia a terapia se correlaciona con una mayor tendencia hacia la aceptación de los pacientes con enfermedades mentales.

En lo referente a las restricciones sociales, se encontró que el grupo con experiencia terapéutica tuvo una media de 2.23, comparado con una media de 2.96 en el grupo sin dicha experiencia. La prueba U de Mann-Whitney mostró una diferencia significativa ($U=659$, $p<.001$), lo cual podría indicar que la participación en terapia se relaciona con una menor inclinación a percibir a las personas con enfermedad mental como un riesgo para la sociedad.

Finalmente, con respecto a la ideología de salud mental comunitaria, la media para el grupo que asistió a terapia fue de 3.83, mientras que para aquellos sin experiencia previa fue de 2.94. La prueba U de Mann-Whitney reveló diferencias estadísticamente significativas ($U=635$, $p<.001$), lo que refleja que la experiencia en terapia se relaciona con una perspectiva más positiva en cuanto a la inclusión de personas con enfermedad mental en la comunidad y la sociedad.

Tabla 1.

Diferencias de medias

	Si (n=51)	No (n=49)	U de Mann-Whitney
Autoritarismo	2.53 (.39)	3.24 (.64)	492**
Benevolencia	3.91(.52)	3.18 (.98)	750**
Restricciones sociales	2.23 (.42)	2.96 (.85)	659**
Ideología de la salud mental	3.83 (.46)	2.94 (1.01)	635**

Nota: ** $p < .001$

3.12. Correlaciones

La Tabla 2 presenta las correlaciones de Pearson entre las variables que se han presentado como objeto de estudio. Los hallazgos revelan una serie de correlaciones significativas que proporcionan una comprensión detallada de diversos aspectos de la experiencia terapéutica, así como de las actitudes y creencias psicosociales relacionadas con la salud mental.

En primer lugar, se observa una correlación positiva entre la valoración de la terapia y el tiempo de asistencia a la misma ($r = .49, p < .05$), sugiriendo que aquellos participantes que valoran más positivamente su experiencia terapéutica tienden a haber asistido durante un período más prolongado. Además, existe una correlación positiva entre la disposición a recomendar la terapia a amigos o familiares ($r = .35, p < .05$) y la consideración de la terapia para sí mismos ante futuros problemas emocionales o psicológicos ($r = .39, p < .05$) con dicha valoración, indicando que una apreciación más alta de la experiencia terapéutica se asocia con una mayor tendencia a recomendar la terapia y a considerarla como una opción para sí mismos en caso de necesidad.

Por otro lado, los datos muestran una correlación inversa entre la experiencia de malestar emocional o psicológico significativo en los últimos 6 meses y la valoración general de la experiencia terapéutica ($r = -.30, p < .05$). Esto implica que aquellos que han experimentado mayor malestar tienden a tener una percepción menos positiva de su terapia. Simultáneamente, se observa una correlación positiva entre la intención de asistir a terapia en el próximo año y haber experimentado dicho malestar ($r = .31, p < .01$), revelando que las personas afectadas por problemas emocionales o psicológicos significativos son más propensas a buscar terapia en el futuro.

Por otra parte, existe una correlación positiva entre recomendar a amigos o familiares asistir a terapia si se considera necesario, y considerar asistir a terapia uno mismo ante un problema emocional o psicológico significativo ($r = .80, p < .01$). Esto indica que las personas que considerarían asistir a terapia para sí mismas tienden a recomendarla en mayor medida a otros.

Además, se ha encontrado correlaciones positivas entre la consideración de asistir a terapia ante un problema emocional o psicológico ($r = .47, p < .01$) y la disposición a recomendarla a conocidos ($r = .26, p < .05$) con la percepción de la experiencia terapéutica de un conocido. Esto sugiere que las percepciones positivas de las experiencias terapéuticas de otros se asocian con la propensión a considerar la terapia para uno mismo y recomendarla a los demás.

La presentación de resultados se extiende a otras áreas psicosociales, donde la investigación sobre la relación entre el autoritarismo y diversas dimensiones de salud mental ha revelado varias correlaciones significativas. Entre estas, se destaca una fuerte correlación positiva entre el autoritarismo (p. ej: “las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño”) y las restricciones sociales (p. ej: “No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental”) ($r = .87, p < .01$), lo que indica que una mayor restricción social podría vincularse con percepciones que consideran a las personas con enfermedades mentales como inferiores a los individuos sin diagnóstico de trastorno mental. Por

otro lado, las correlaciones inversas muestran que, a mayor nivel de autoritarismo, menor es el nivel educativo alcanzado ($r = -.26, p < .01$), tienen menor intención de asistir a terapia en el futuro próximo ($r = -.38, p < .01$), tienden a considerar menos la terapia como una opción ante problemas emocionales o psicológicos significativos ($r = -.59, p < .01$), y a recomendar menos la terapia a otros ($r = -.55, p < .01$). Además, existe una correlación inversa y significativa entre el factor de benevolencia y el factor de autoritarismo ($r = -.80, p < .01$), sugiriendo que niveles más altos de aceptación hacia personas con enfermedad mental se asocian con niveles más bajos de creencias orientadas a considerar a los individuos con trastorno mental como inferiores. Finalmente, se observa que las personas con niveles más altos de autoritarismo tienden a tener una ideología de salud mental comunitaria más negativa ($r = -.85, p < .01$), lo que refleja una visión más crítica o menos aceptadora de los conceptos y prácticas relacionadas con la salud mental.

En el estudio sobre la relación entre la benevolencia y diversos aspectos relacionados con la terapia y las percepciones sociales, se identificaron correlaciones significativas que reflejan cómo la benevolencia se relaciona con la actitud hacia la terapia y las enfermedades mentales. Iniciando con las correlaciones positivas, se observó que las personas con puntuaciones más altas en benevolencia (p. ej. "Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales") muestran una mayor intención de asistir a terapia en el futuro próximo ($r = .31, p < .01$), tienden a considerar la terapia como una opción viable ante problemas emocionales o psicológicos significativos ($r = .64, p < .01$) y también recomendarían más la terapia a amigos o familiares si lo consideran necesario ($r = .64, p < .01$). Además, existe una correlación muy fuerte entre una ideología de salud mental comunitaria positiva y niveles más altos de benevolencia ($r = .87, p < .01$), sugiriendo que aquellos con una visión más favorable hacia la salud mental también exhiben una mayor benevolencia hacia los demás. Por el lado de las correlaciones inversas, se destaca una correlación inversa entre el factor de restricciones sociales y la benevolencia ($r = -.89, p < .01$), lo que demuestra que personas con mayores niveles de percepción de riesgo que suponen las personas con enfermedad mental para la sociedad tienden a mostrar niveles más bajos de benevolencia.

Al analizar la relación entre las restricciones sociales y otras variables, también se ha encontrado datos significativos. Las correlaciones inversas muestran que las personas con altos niveles de restricción social (p. ej. "No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales") tienden a considerar menos la terapia como una opción ante problemas emocionales o psicológicos significativos ($r = -.57, p < .01$), y muestran una menor disposición a recomendar terapia a amigos o familiares ($r = -.57, p < .01$). Asimismo, las personas que planean asistir a terapia psicológica en el próximo año tienden a mostrar niveles más bajos de restricciones sociales ($r = -.29, p < .01$), resaltando que la intención de buscar ayuda terapéutica puede estar asociada con una mayor apertura social. Finalmente, existe una correlación negativa muy fuerte entre la ideología de salud mental comunitaria y las restricciones sociales ($r = -.90, p < .01$), lo que destaca que una perspectiva más positiva hacia la salud mental está estrechamente relacionada con menores niveles de restricción social.

Por último, en relación con la variable de ideología de la salud mental comunitaria (p. ej: “Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local”), se han identificado correlaciones significativas con otros factores. Los resultados muestran correlaciones positivas que demuestran una asociación entre la disposición a planificar asistir a terapia ($r = .29, p < .01$), la consideración de la terapia frente a problemas emocionales o psicológicos significativos ($r = .63, p < .01$), y la recomendación de terapia a otros ($r = .59, p < .01$) con una postura más favorable hacia la ideología de la salud mental comunitaria.

Tabla 2.*Correlaciones*

	M(SD)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Nivel de estudios	4.54(1.72)	1											
2. Duración de la terapia	4.96(2.19)	.18	1										
3. Valoración de experiencia en terapia	3.92(1.05)	.08	.49**	1									
4. Valoración de experiencia de conocido en terapia	3.99(.85)	.15	.29*	.47**	1								
5. Tiempo transcurrido post-terapia	2.67(1.05)	.06	.11	.05	-.07	1							
6. Malestar psicológico últimos 6 meses	2.70(1.01)	-.040	-.20	-.30*	-.16	.09	1						
7. Plan de asistencia a terapia	2.72(1.08)	.16	.12	.16	.07	.26	.31**	1					
8. Posibilidad de asistir a terapia	3.75(1.13)	.24*	.19	.39*	.47**	-.07	-.14	.58**	1				
9. Recomendación de asistir a terapia	4.11(1.11)	.16	.25	.35*	.26*	-.05	-.06	.53**	.80**	1			
10. Autoritarismo	2.87(.63)	-.26**	-.14	-.03	-.04	-.12	.05	-.38**	-.59**	-.55**	1		
11. Benevolencia	3.55(.86)	.19	.08	-.12	.10	-.16	-.14	.31**	.64**	.64**	-.80**	1	
12. Restricciones sociales	2.59(.76)	-.22*	-.02	.15	-.05	.05	.05	-.29**	-.57**	-.57**	.87**	-.89**	1
13. Ideología de salud mental comunitaria	3.39(.89)	.22*	.12	.01	.07	-.18	-.19	.29**	.63**	.59**	-.85**	.87**	-.90**

4. Discusión

Este estudio ha investigado la relación entre la experiencia previa en terapia psicológica, la predisposición a buscar ayuda psicológica y las actitudes hacia la enfermedad mental en individuos de entre 30 y 60 años. Este trabajo se ha enmarcado dentro de los objetivos específicos de: 1) investigar la relación entre haber asistido anteriormente a terapia y las actitudes hacia la enfermedad mental, ya sea en referencia a uno mismo o a terceros; 2) determinar cómo la experiencia previa en terapia, junto con la satisfacción derivada de dicha experiencia, se relaciona con la intención de buscar ayuda psicológica; y 3) explorar el vínculo entre las actitudes hacia las enfermedades mentales y la predisposición a buscar ayuda psicológica.

Los hallazgos de este estudio validan la primera hipótesis planteada, que sostenía que las personas con experiencia previa en terapia presentan diferencias significativas en sus actitudes hacia la enfermedad mental en comparación con aquellos sin experiencia previa. La muestra de este estudio que ha asistido a terapia constituye el 51%, superando el 26,2% reportado por García Copín et al. (2023) en su estudio sobre la situación de la salud mental en España. En este contexto, se observan correlaciones significativas entre la experiencia en terapia y niveles reducidos de autoritarismo, así como incrementos en la benevolencia, menores puntuaciones en restricciones sociales y una ideología de salud mental comunitaria más inclusiva. Estos factores reflejan actitudes que pueden contribuir a una percepción más positiva y una aceptación más amplia de las enfermedades mentales.

Por lo tanto, esta hipótesis se confirma por varios motivos. En primer lugar, se observa que aquellos que han asistido a terapia muestran puntuaciones medias más bajas en autoritarismo en comparación con los que no han tenido esta experiencia, lo que sugiere una menor inclinación hacia actitudes autoritarias y, potencialmente, una mayor apertura hacia las cuestiones de salud mental. Además, las puntuaciones de benevolencia son más altas entre los participantes con experiencia terapéutica, indicando actitudes más compasivas y de apoyo hacia las personas con enfermedades mentales. Este hallazgo se complementa con correlaciones que revelaron una puntuación más baja en restricciones sociales entre sujetos que han asistido a terapia alguna vez, lo que sugiere que estos individuos perciben un menor riesgo en cuanto a la amenaza que las personas con enfermedad mental representan para la sociedad. Por otro lado, también se ha reflejado una ideología de salud mental comunitaria más inclusiva entre quienes han asistido a terapia, destacando una tendencia hacia la aceptación y la integración de estas personas en la sociedad.

Estos resultados al respaldar la hipótesis de que las personas con experiencia previa en terapia presentan diferencias significativas en sus actitudes hacia la enfermedad mental en comparación con aquellos sin experiencia previa, destacan el papel transformador de la terapia en la formación de actitudes positivas hacia las enfermedades mentales. Los resultados están en consonancia con los hallazgos de Corrigan et al. (2011), Thornicroft et al. (2007) y Thornicroft et al. (2022), quienes han argumentado en sus investigaciones que el estigma y el autoestigma

relacionados con la salud mental pueden influir significativamente en la búsqueda de ayuda psicológica, lo que parece coherente con el presente estudio, donde la experiencia en terapia se asocia con actitudes más positivas hacia las enfermedades mentales.

Adicionalmente, estos hallazgos resuenan con lo expresado por la Organización Mundial de la Salud (2017, 2018) sobre cómo el estigma y la discriminación continúan siendo barreras significativas para que las personas busquen ayuda. La persistencia de percepciones negativas y el estigma en la sociedad, como lo señala Stricker et al. (2023), evidencian que, a pesar de los progresos en la aceptación y el manejo de las enfermedades mentales, sigue habiendo un amplio trayecto por delante en la batalla contra el estigma asociado. El hecho de que un segmento de la población todavía dude de su capacidad para convivir o trabajar con individuos que hayan enfrentado un trastorno mental (García Copín et al., 2023) y que en la muestra de este estudio también se evidencie, existiendo puntuaciones más altas de restricciones sociales o autoritarismo en individuos que no han ido nunca a terapia, subraya la importancia de continuar promoviendo experiencias terapéuticas positivas y la divulgación de estas, como una forma de educar, entre otras, para modificar las percepciones colectivas hacia una mayor inclusión y entendimiento de la salud mental.

En cuanto a la valoración general de la experiencia terapéutica, la mayoría de los sujetos que alguna vez acudió a terapia informó haber tenido una experiencia positiva. Se observó una tendencia en la que una valoración más favorable de la terapia se acompañaba de puntuaciones más bajas en autoritarismo y restricciones sociales, así como de puntuaciones más elevadas en benevolencia e ideología de salud mental comunitaria. No obstante, es importante señalar que, a pesar de esta tendencia, las correlaciones no alcanzaron significación estadística.

Esta correlación hallada en el presente estudio puede ser considerada en relación con la literatura previa, que enfatiza la importancia de la calidad de la información y la autonomía del paciente en el tratamiento de la salud mental. García Copín et al. (2023) destacan que una proporción significativa de los participantes de su estudio percibió una carencia en la información suministrada respecto a su trastorno y el tratamiento correspondiente, lo que resalta el valor de una comunicación clara y comprensiva como parte integral del proceso terapéutico. Aunque las correlaciones entre valoración de la experiencia terapéutica y actitudes hacia las enfermedades mentales en el presente estudio no fueron significativas, los resultados apuntan hacia la relevancia de considerar cómo la asistencia a terapia, en particular cuando los sujetos la valoran como una experiencia satisfactoria, puede ser crucial para la experiencia terapéutica y, potencialmente, para la actitud hacia la enfermedad mental.

Por otra parte, la segunda hipótesis de esta investigación propuso que una experiencia previa positiva en terapia se relaciona positivamente con la intención de buscar ayuda psicológica. Los resultados obtenidos en este estudio corroboran dicha hipótesis, evidenciando una correlación significativa entre la valoración positiva de experiencias terapéuticas anteriores y una mayor predisposición a recomendar la terapia a amigos o familiares, así como a considerarla para sí mismos ante situaciones de malestar psicológico. Este hallazgo es coherente con la idea de que

la percepción favorable de la terapia se asocia con una tendencia aumentada a recurrir a este tipo de ayuda frente a dificultades emocionales o psicológicas futuras.

Este resultado es similar a los hallazgos obtenidos por otros investigadores en el ámbito de la psicología clínica y la salud mental. Werner et al. (2021) subrayan la importancia de fomentar actitudes proactivas hacia la búsqueda de ayuda psicológica, argumentando que tales actitudes son esenciales para lograr una reintegración social óptima, el fortalecimiento de la resiliencia y el bienestar psicológico. Además, la investigación de Spilker (1991) y los hallazgos de Rofail et al. (2009) señalan que la satisfacción con el tratamiento recibido puede incrementar la adherencia al mismo. Spilker (1991) destaca que la insatisfacción con la administración o los beneficios percibidos del tratamiento reduce la probabilidad de que los pacientes sigan el régimen prescrito. Por otro lado, Rofail et al. (2009) descubrieron que los pacientes que están más contentos con su tratamiento suelen tener una mejor adherencia al mismo.

Se observa también en este estudio una relación positiva entre la predisposición a considerar la terapia ante problemas emocionales o psicológicos y la percepción sobre las experiencias terapéuticas de conocidos. Este vínculo sugiere que las actitudes positivas hacia la terapia, observadas a través de las experiencias de otros, se asocian de manera proporcional con la tendencia a buscar ayuda profesional. Es decir, a medida que aumenta la percepción positiva sobre las experiencias terapéuticas de otros, también lo hace la propensión a considerar la terapia para uno mismo. Este fenómeno destaca cómo las evaluaciones personales respecto a la terapia, influenciadas por las experiencias compartidas por el entorno cercano, son muy importantes en la formación de la disposición hacia la ayuda psicológica.

Esta dinámica está sólidamente fundamentada en la "Teoría del Comportamiento Planificado" de Ajzen (1991). Esta teoría sostiene que las intenciones de comportamiento se ven influenciadas por las actitudes hacia dicho comportamiento, las normas sociales que se perciben y la percepción de control sobre la conducta. De acuerdo con esta teoría, el hallazgo de que las percepciones positivas de las experiencias terapéuticas de otros se relacionan directamente con la inclinación a considerar la terapia para uno mismo subraya la importancia de las normas sociales y las actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica. Además, la investigación de Chandrasekara (2016) indica que las normas sociales adversas respecto a las enfermedades mentales o la búsqueda de ayuda pueden reducir la probabilidad de solicitar asistencia. Por lo tanto, una percepción positiva de las experiencias terapéuticas en el entorno social actúa como un refuerzo hacia la terapia y puede ayudar a combatir posibles percepciones negativas asociadas con la salud mental.

La convergencia entre los resultados de este estudio y las investigaciones previas refuerza la validez de la hipótesis propuesta, destacando la relación directa significativa entre las experiencias terapéuticas positivas y la predisposición hacia la búsqueda de ayuda psicológica. Es esencial fomentar experiencias terapéuticas enriquecedoras y abordar los estigmas relacionados con la salud mental para instaurar una actitud abierta y receptiva hacia la terapia. Este análisis resalta la necesidad de enfocarse en la calidad de la experiencia terapéutica como un elemento clave en el fomento de la salud mental y el bienestar emocional a largo plazo.

Además, resulta fundamental promover actitudes favorables hacia la terapia y mejorar las percepciones sociales respecto a la salud mental, lo cual es esencial tanto para la práctica clínica como para la formulación de políticas públicas.

Este enfoque subraya la importancia de las iniciativas de sensibilización diseñadas para mejorar las percepciones sociales hacia la terapia y la salud mental, destacando su capacidad para contribuir de manera significativa a la tendencia general de buscar ayuda. Un ejemplo destacado en España es el trabajo en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), especialmente los enfocados en la salud y el bienestar (ODS 3). Mediante campañas de concienciación y educación, se pretende mejorar la comprensión y aceptación de los trastornos mentales en la comunidad y fomentar la equidad en el acceso a servicios de salud mental de alta calidad. Estos esfuerzos buscan eliminar el estigma asociado a solicitar ayuda psicológica, resaltando la relevancia de mantener la salud mental como un componente crucial del bienestar integral (Naciones Unidas, 2015). Campañas que fomentan el diálogo abierto sobre la salud mental y el apoyo comunitario son clave para cambiar percepciones y fomentar una actitud más receptiva hacia la terapia.

De acuerdo con la revisión de la literatura existente, se ha establecido la siguiente hipótesis para el tercer y último objetivo: la intención de solicitar ayuda psicológica está directamente relacionada con actitudes positivas hacia las enfermedades mentales, fundamentándose en los hallazgos de Rojas-Vilches et al. (2011) y Kenny et al. (2018), quienes han encontrado que los prejuicios pueden influir negativamente en las actitudes hacia la ayuda psicológica.

En primer lugar, los resultados de esta investigación indican que una mayoría de los encuestados ha experimentado algún nivel de malestar emocional o psicológico en los últimos 6 meses. No obstante, aunque la intensidad de este malestar no alcanzó niveles extremadamente altos para la mayoría, con "a veces" y "rara vez" siendo las respuestas más comunes, su impacto es significativo en las percepciones y actitudes hacia la salud mental. Esto se refleja en cómo las experiencias personales se correlacionan con la disposición a recomendar y buscar terapia. Se observó que las personas que han experimentado malestar emocional son más propensas a recomendar la terapia, lo que sugiere un papel indispensable de las experiencias personales en la búsqueda de ayuda, y refuerza la idea de que estas son fundamentales en la decisión de buscar terapia.

Esta comprensión se complementa y se ve reflejada en los resultados presentados por García Copín et al. (2023), quienes indican una notable discrepancia entre la percepción de la importancia del bienestar psicológico y la propensión efectiva a solicitar asistencia especializada. A pesar de que una gran mayoría de la población de su muestra considera necesario acudir a profesionales de la salud mental (86,0%) y no lo considera como un signo de debilidad (87,9%), solo un 26,2% acude a expertos en psicología y/o psiquiatría. Esta brecha entre la percepción de la necesidad y la acción efectiva de buscar ayuda resalta la complejidad de la relación entre estas dos variables.

Además, la presente investigación ha identificado una relación significativa entre el autoritarismo, las restricciones sociales y las actitudes hacia la asistencia a terapia. Los individuos con altas puntuaciones en autoritarismo y fuertes percepciones de restricciones sociales tienden a mostrar una menor intención de buscar ayuda terapéutica. Esta tendencia refleja como las visiones que tratan a las personas con trastornos mentales como inferiores que aquellos sin diagnósticos de enfermedad mental, y la manera en que se ve el peligro que representan las personas con trastornos mentales para la sociedad, pueden actuar como barreras para la aceptación y utilización de la terapia como un recurso para el bienestar mental. Este hallazgo concuerda con lo propuesto por Thornicroft et al. (2007), Corrigan et al. (2011) y Ben et al. (2021), quienes articulan que el estigma no solamente distorsiona la percepción pública acerca de la enfermedad mental, sino que también puede arraigarse en el individuo, desarrollando un autoestigma que desalienta la búsqueda de ayuda profesional. Por lo tanto, las actitudes autoritarias y las restricciones sociales pueden reflejar y perpetuar dicho estigma, actuando como barreras adicionales en la aceptación y el uso de servicios de salud mental.

Este hallazgo encuentra respaldo también en las investigaciones de Rojas-Vilches et al. (2011) y Kenny et al. (2018), quienes exploraron cómo los prejuicios conceptuales —las creencias negativas arraigadas sobre las enfermedades mentales— pueden moldear de manera significativa las actitudes hacia la terapia. Su trabajo revela que la presencia de prejuicios conceptuales está directamente relacionada con actitudes negativas hacia la búsqueda de ayuda psicológica, lo que sugiere que dismantelar estos prejuicios es fundamental para fomentar una disposición más abierta hacia la terapia.

En este estudio, la benevolencia y una ideología de salud mental positiva se relacionan directamente una mayor apertura hacia la terapia. Los hallazgos revelan que individuos caracterizados por la benevolencia muestran una pronunciada intención de buscar terapia, valorarla como una opción viable frente a desafíos emocionales o psicológicos significativos, y están dispuestos a recomendarla a otros. Paralelamente, la adopción de una ideología de salud mental comunitaria positiva se asocia fuertemente con actitudes similares. Estos resultados colectivamente resaltan cómo las actitudes compasivas, junto con un enfoque de apoyo y aceptación hacia la salud mental, no solo fomentan una percepción más positiva de la ayuda psicológica, sino que también cultivan un entorno donde la búsqueda de asistencia es más aceptada y valorada. A partir de estas correlaciones, la tercera hipótesis planteada se confirma, la intención de solicitar ayuda psicológica está directamente relacionada con actitudes positivas hacia las enfermedades mentales.

Este estudio explora la dimensión social de la sostenibilidad en el contexto de la salud mental, alineándose con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" (Naciones Unidas, 2015). Se destaca la relación significativa entre una experiencia previa positiva en terapia y una actitud proactiva hacia la enfermedad mental con la disposición a buscar ayuda psicológica. Esto subraya la importancia de una conceptualización adecuada de las intervenciones en salud mental. Al analizar la interacción entre la experiencia terapéutica, las actitudes hacia la enfermedad mental y la

intención de buscar ayuda, este trabajo destaca la necesidad de mayor sensibilización y educación en torno a la salud mental para derribar barreras y fomentar un entorno de apoyo, resiliencia y bienestar, contribuyendo a una sociedad más inclusiva y sostenible desde una perspectiva social.

5. Conclusión

El presente estudio ha confirmado que la experiencia previa en terapia puede actuar como una eficaz atenuante del estigma asociado a las enfermedades mentales. Los datos revelan que aquellos individuos que han participado en terapia muestran una perspectiva más abierta y receptiva hacia la salud mental, beneficiando no solo su propio bienestar sino también promoviendo una mayor aceptación social.

Además, se ha revelado una fuerte correlación entre la predisposición a considerar la terapia para uno mismo ante un problema o malestar psicológico y la recomendación de la misma a otros. Este hallazgo es clave, ya que subraya una consistencia en las actitudes personales hacia la salud mental y las acciones de promoción de la misma dentro de la comunidad. Dicha correlación demuestra que fomentar actitudes positivas hacia la terapia puede tener un efecto multiplicador, promoviendo una mayor aceptación y reduciendo el estigma asociado con la búsqueda de ayuda psicológica.

Sin embargo, los resultados también señalan una realidad inevitable: existe un camino aún desafiante para aquellas personas que no han tenido contacto directo con servicios de salud mental. A pesar de los avances en la comprensión y apertura hacia la terapia, aún queda mucho por hacer para fomentar una sociedad verdaderamente inclusiva y empática. En este sentido, el estudio revela la urgente necesidad de desarrollar estrategias que amplíen el acceso a experiencias terapéuticas positivas a un mayor número de personas, especialmente a aquellas que aún no han tenido la oportunidad de experimentar los beneficios del apoyo psicológico.

Asimismo, es esencial garantizar que las personas que viven con enfermedades mentales se sientan completamente aceptadas y puedan participar sin restricciones en todos los ámbitos de la sociedad. Este esfuerzo requiere la colaboración de toda la comunidad para asegurar su integración efectiva y el reconocimiento de su valor como miembros activos de la sociedad.

En conclusión, este estudio subraya la relevancia de intensificar nuestros esfuerzos en la educación sobre salud mental y en la lucha contra su estigmatización. Es crucial que profesionales, políticos, educadores y la sociedad en general colaboren para crear un entorno más acogedor, que permita a cada individuo, independientemente de su experiencia previa con la salud mental, acceder a un apoyo psicológico efectivo y libre de prejuicios.

6. Limitaciones y futuras líneas de investigación

Este estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. Primero, su diseño transversal no permite establecer relaciones causales entre las variables estudiadas. Aunque se han identificado correlaciones significativas entre la experiencia previa en terapia, las actitudes hacia la enfermedad mental y la intención de buscar ayuda psicológica, futuros estudios podrían beneficiarse de un diseño longitudinal para explorar cómo estas variables se influyen mutuamente a lo largo del tiempo.

Segundo, el tamaño muestral de este estudio es limitado, lo cual implica que los subgrupos de participantes, tanto aquellos que han experimentado terapia como los que no, son relativamente pequeños. Esta condición limita la capacidad de generalizar los resultados. Futuras investigaciones que incorporen una muestra más extensa podrían obtener hallazgos más contundentes y significativos respecto a estas dinámicas. Adicionalmente, aunque la muestra actual incluye individuos de diferentes países, su alcance geográfico es limitado y no abarca suficientemente la diversidad cultural como para representar de manera exhaustiva la complejidad de las interacciones entre la experiencia terapéutica y las actitudes hacia las enfermedades mentales. La expansión del ámbito territorial de la muestra en estudios futuros podría proveer una visión más representativa y detallada de estas relaciones en distintos contextos culturales y geográficos.

Tercero, la auto-selección de los participantes y el uso de un muestreo no probabilístico por conveniencia podrían haber introducido sesgos en la muestra. Las personas que optan por participar en estudios sobre salud mental podrían tener actitudes más positivas hacia la terapia o ser más conscientes de su salud mental en relación con el de la población en general.

Aunque presenta ciertas limitaciones, este estudio contribuye con pruebas significativas sobre la relación entre la experiencia previa en terapia, las actitudes hacia la enfermedad mental y la predisposición para buscar ayuda psicológica en adultos de 30 a 60 años.

Futuras líneas de investigación podrían centrarse en explorar estrategias efectivas para mitigar el estigma asociado a la salud mental, particularmente entre aquellas personas de 30 a 60 años que no han tenido experiencias previas con la terapia. Esto incluiría el desarrollo e implementación de intervenciones preventivas diseñadas para transformar percepciones negativas y prejuicios hacia la enfermedad mental desde una fase temprana. Una dirección prometedora sería investigar cómo se pueden promover actitudes positivas hacia la búsqueda de ayuda psicológica entre este grupo demográfico, especialmente en contextos donde la terapia no ha sido previamente considerada o valorada, ya sea por falta de experiencia personal o en su círculo cercano. Además, sería relevante examinar los métodos para facilitar el reconocimiento del malestar psicológico y la consideración de la terapia como una opción viable de tratamiento, superando barreras culturales, sociales y personales. Por último, otro objetivo podría ser identificar mecanismos efectivos que empoderen a los individuos dentro de este rango de edad para buscar activamente el apoyo y los recursos necesarios para su bienestar mental,

promoviendo una mayor inclusión y aceptación más amplias de la salud mental como un componente esencial de la salud general.

7. Referencias bibliográficas:

- Abuhammad, S., & Dalky, H. (2019). Ethical implications of mental health stigma: Primary health care providers' perspectives. *Global Journal of Health Science*, 11(12), 165–174. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v11n12p165>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Anagnostopoulos, F., & Hantzi, A. (2011). Familiaridad y distancia social con personas con enfermedades mentales: prueba de los efectos mediadores de las actitudes prejuiciosas. *Revista de psicología social comunitaria y aplicada*, 21(5), 451–460. <https://doi.org/10.1002/casp.1082>
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Matschinger, H., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sagar, R., Sampson, N. A., Sasu, C., Stein, D. J., Takeshima, T., Viana, M. C., Xavier, M., & Kessler, R. C. (2014). Barreras al tratamiento de salud mental: resultados de las encuestas mundiales de salud mental de la OMS. *Medicina Psicológica*, 44, 1303-1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- Barry, M. M., Clarke, A. M., & Dowling, K. (2017). Promoting social and emotional well-being in schools. *Health Education*, 117(5), 434-451. <https://doi.org/10.1108/HE-11-2016-0057>
- Ben, C. L., Chio, F. H., Mak, W. W., Corrigan, P. W., & Chan, K. K. (2021). Proceso de internalización del estigma de las personas con enfermedades mentales en todas las culturas: un enfoque metanalítico de modelado de ecuaciones estructurales. *Revista de Psicología Clínica*, 87, 102029. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102029>
- Brown, M. T., & Wolf, D. A. (2018). Estimating the prevalence of serious mental illness and dementia diagnoses among Medicare beneficiaries in the health and retirement study. *Research on Aging*, 40(7), 668–686. <https://doi.org/10.1177/0164027517728554>.
- Chandrasekara, S. (2016). Help Seeking Attitudes and Willingness to Seek Psychological Help: Application of the Theory of Planed Behavior. *International Journal of Management Accounting and Economics*, 3(1), 1-10. <https://doi.org/DOI>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsck, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339–343. [DOI: 10.1016/j.psychres.2011.05.024](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024).
- Dardas, L., & Simmons, L. A. (2015). The stigma of mental illness in Arab families: A concept analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(9), 668–679. <https://doi.org/10.1111/jpm.12237>.
- Dev, A., Gupta, S., Sharma, K. K., & Chadda, R. K. (2017). Awareness of mental disorders among youth in Delhi. *Current Medicine Research and Practice*, 7(3), 84–89. <https://doi.org/10.1016/j.cmrp.2017.05.004>.

- Durkheim, É. (1982). *The rules of sociological method*. London, UK: Macmillan. (Original work published 1895).
- Ehrler, M., Werninger, I., Schnider, B., Eichelberger, D. A., Naef, N., Disselhoff, V., Kretschmar, O., Hagmann, C. F., Latal, B., & Wehrle, F. M. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on children with and without risk for neurodevelopmental impairments. *Acta Paediatrica: 110*(4), 1281-1288. <https://doi.org/10.1111/apa.15775>
- García Copín, B., Briongos Rica, E., Leal Rubio, J., Lamata Cotanda, F., González Zapico, N. A., & Campos del Palacio, T. (2023). La situación de la salud mental en España. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña. <https://www.fundacionmutua.es/documents/informe-salud-mental-espana-2023-bajo.pdf>
- Helgesson, M., Tinghog, P., Wang, M., Rahman, S., Saboonchi, F., & Mittendorfer-Rutz, E. (2018). Trajectories of work disability and unemployment among young adults with common mental disorders. *BMC Public Health, 18*(1), 1228. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6141-y>.
- Hewstone, M. (2015). Consecuencias de la diversidad para la cohesión social y los prejuicios: la dimensión faltante del contacto intergrupar. *Revista de Cuestiones Sociales, 71*(2), 417–438. <https://doi.org/10.1111/josi.12120>.
- Hirai, M., & Clum, G. A. (2000). Desarrollo, confiabilidad y validez de la escala de creencias hacia la enfermedad mental. *Revista de Psicopatología y Evaluación del Comportamiento, 22*, 221–236. <https://doi.org/10.1023/A:1007548432472>.
- Kendrick, T., & Pilling, S. (2012). Common mental health disorders—identification and pathways to care: NICE clinical guideline. *British Journal of General Practice, 62*(594), 47-49. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X616481>.
- Kenny, A., Bizumic, B., & Griffiths, K. M. (2018). La escala de prejuicio hacia las personas con enfermedades mentales (PPMI): estructura y validez. *BMC Psiquiatría, 18*(293). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1871-z>
- Mendoza, H., Masuda, A., & Swartout, K. M. (2015). El estigma de la salud mental y el ocultamiento de uno mismo como predictores de actitudes de búsqueda de ayuda entre estudiantes universitarios latinos en los Estados Unidos. *Revista internacional para el avance de la consejería, 37*, 207–222. <https://doi.org/10.1007/s10447-015-9237-4>.
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., K. B. Wells, H. A. Pincus, and Kessler, R. C. (2011). Barreras al tratamiento de salud mental: resultados de la replicación de la encuesta nacional de comorbilidad. *Medicina psicológica, 41*(8), 1751-1761. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002291>.
- Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- Niederkrötenhaler, T., Wang, M., Helgesson, M., Wilcox, H., Gould, M., & Mittendorfer-Rutz, E. (2017). Labour market marginalisation subsequent to suicide attempt in young migrants and

- native Swedes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(5), 549-558. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1344-6>.
- Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., Vilellas, R., Martín, J. R., Pérez-Franco, M. B., Valduciel, T., García-Franco, M., Joaquim, J. M., Balseira, G., Pascual, G., Julia, E., Casellas, D., & Haro, J. M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150-157. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.02.002>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Estigma y discriminación. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). ATLAS de Salud Mental 2017. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/
- Organización Mundial de la Salud. (2022) Trastornos mentales. Disponible de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Salud mental de los adultos mayores*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Revuelta, G., De Semir, V., Armengou, C., Suárez, C., Muñoz, G., Esteban, J., Gonzalo, C., & Barroso, S. (2016). *La comunicación pública sobre la salud mental: Informe Quiral 2016, Medicina comunicación y sociedad*. Fundación Vila Casas, Barcelona, España.
- Rofail, D., Abetz, L., Viala, M., Gait, C., Baladi, J. F., & Payne, K. (2009). Satisfaction and adherence in patients with iron overload receiving iron chelation therapy as assessed by a newly developed patient instrument. *Value in Health*, 12(1), 16–19. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00411.x>
- Rojas-Vilches, A. P., Negy, C., & Reig-Ferrer, A. (2011). Actitudes hacia la búsqueda de terapia entre jóvenes puertorriqueños y cubanoamericanos y sus padres. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 11 (2), 313–341. <http://hdl.handle.net/10045/17055>
- Salime, S., Clesse, C., Jeffredo, A., & Batt, M. (2022). Process of Deinstitutionalization of Aging Individuals With Severe and Disabling Mental Disorders: A Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.813338>
- Scheidegger, A., Penedo, J. M. G., Blättler, L. T., Aybek, S., Bischoff, N., & Holtforth, M. G. (2023). How treatment motivation predicts favorable outcomes in interdisciplinary multimodal pain treatment among patients with chronic primary pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 31, 48–57. <https://doi.org/10.1007/s10880-023-09958-0>
- Sickel, A. E., Seacat, J. D., & Nabors, N. A. (2014). Mental health stigma update: a review of consequences. *Advances in Mental Health*, 12(3), 202–215. <https://doi.org/10.1080/18374905.2014.11081898>.

- Spilker, B. (1991). Methods of assessing and improving patient compliance in clinical trials. En J. A. Cramer & B. Spilker (Eds.), *Patient compliance in medical practice and clinical trials* (pp. 205–219). Raven Press.
- Stricker, J., Jakob, L., & Pietrowsky, R. (2023). Asociaciones de creencias continuas con el estigma del trastorno de la personalidad: Evidencia correlacional y experimental. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02543-8>
- Subramaniam, M., Shahwan, S., Goh, C.M.J., Tan, G.T.H., Ong, W.J. & Chong, S.A. (2022). Strategies to Reduce Mental Illness Stigma: Perspectives of People with Lived Experience and Caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1632. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031632>
- Sveinsdottir, V., Eriksen, H. R., Baste, V., Hetland, J., & Reme, S. E. (2018). Young adults at risk of early work disability: who are they?. *BMC Public Health*, 18(1), 1176. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6095-0>.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice, or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192-193. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A. A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., Hosny, N., Huang, F.-X., Kline, S., Kohrt, B. A., Lempp, H., Li, J., London, E., Ma, N., Mak, W. W. S., Makhmud, A., Maulik, P. K., Milenova, M., Morales Cano, G., Ouali, U., Parry, S., Rangaswamy, T., Rüsçh, N., Sabri, T., Sartorius, N., Schulze, M., Stuart, H., Taylor Salisbury, T., Vera San Juan, N., Votruba, N., & Winkler, P. (2022). La Comisión Lancet para acabar con el estigma y la discriminación en la salud mental. *The Lancet*, 400(10361), 1438-1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
- Werner, A. M., Tibubos, A. N., Mulder, L. M., Reichel, J. L., Schäfer, M., Heller, S., Pfirrmann, D., Edelmann, D., Dietz, P., Rigotti, T. & Beutel, M. E. (2021). The impact of lockdown stress and loneliness during the COVID-19 pandemic on mental health among university students in Germany. *Scientific Reports*, 11, 22637. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-02024-5>