



Referencia: Álvarez-Gonzalo, M., Fernández-Rodríguez, C., y Cuesta, M. (2022). Creencias sobre la naturaleza de los trastornos psicológicos en estudiantes de las ciencias de la salud. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 24(2), 60-81.

<https://doi.org/10.17811/rema.24.2.2022.60-81>

***Correspondencia:**
migueagonzalo@gmail.com

Recibido: 09/04/2021

Aceptado: 25/06/2021

Publicado: 15/07/2022

Publisher's Note: REMA stays neutral regarding jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Creencias sobre la naturaleza de los trastornos psicológicos en estudiantes de las ciencias de la salud

Miguel Álvarez-Gonzalo^{1*}, Concepción Fernández-Rodríguez¹, y Marcelino Cuesta¹

¹Universidad de Oviedo

Resumen: Las creencias acerca de los trastornos psicológicos pueden condicionar la forma de abordarlos. Por esto, el objetivo de esta investigación es crear y validar un cuestionario que evalúe cómo entienden y describen los trastornos psicológicos los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo, así como las creencias acerca de la funcionalidad en estas personas, y la relación entre ambas. La muestra consistió en 275 estudiantes con edad media de 21 años ($DE = 4$). El instrumento fue un cuestionario de 28 ítems elaborado ad hoc. En el análisis factorial exploratorio se identificaron tres factores (modelo médico, modelo contextual y funcionalidad). El modelo médico y el modelo contextual fueron independientes entre sí. El modelo médico tuvo más relación con la funcionalidad. Los estudiantes ajenos a la psicología puntúan significativamente más alto en el modelo médico. No hubo diferencias en el modelo contextual. Se concluye que se ha creado un cuestionario válido y fiable; que los estudiantes de Ciencias de la Salud ajenos a la psicología presentan creencias más afines al modelo médico; que el modelo contextual está ausente en todas las disciplinas; y que hay relación entre el modelo médico y unas creencias más pesimistas respecto a la funcionalidad. Se discuten las implicaciones de estos resultados en la práctica clínica.

Palabras clave: trastornos mentales; creencias causales; actitudes; estudiantes.

Abstract: Beliefs about psychological disorders can condition the way of approaching them. For this reason, the objective of this research is to create and validate a questionnaire that evaluates how the students of Health Sciences at the University of Oviedo understand and describe psychological disorders, as well as the beliefs about functionality in these people, and the relationship between both. The sample consisted of 275 students with a mean age of 21 years ($SD = 4$). The instrument was a 28-item ad hoc questionnaire. In the exploratory factor analysis, three factors were identified (medical Model, contextual model and functionality). The medical model and the contextual model were independent of each other. The medical model was more related to functionality. Non-psychology students score significantly higher on the medical model. There were no differences in the contextual model. It is concluded that a valid and reliable questionnaire has been created; that the non-psychology students of Health Sciences present more related beliefs to the medical model; that the contextual model is absent in all disciplines; and that there is a relationship between the Medical Model and more pessimistic beliefs regarding functionality. The implications of these results in clinical practice are discussed.

Keywords: mental disorders; causal beliefs; attitudes; students.

Introducción

Uno de los conceptos fundamentales de la Psicología y Psiquiatría es el de trastorno mental. Sin embargo, este es un concepto problemático, pues a pesar de que se estudian, clasifican, diagnostican y tratan a diario, no hay una forma unívoca de entenderlos. De hecho, hay una gran diversidad de opiniones acerca de lo que es un trastorno. La cuarta versión revisada del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) dice que el término “carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades” y que “no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto” (Aliño et al., 2008).

A pesar de esto, hay numerosas propuestas de cara a dar una definición. La onceava versión de la *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-11), así como la quinta versión del DSM (DSM-5), conciben los trastornos mentales como “síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental” (American Psychiatric Association, 2014; World Health Organization, 2018).

Esta definición implica una forma de entender la naturaleza del trastorno mental. En estos casos, se entiende el trastorno mental como un cuadro de síntomas que responden a un supuesto mecanismo psicológico interno disfuncional. Esto es lo que suele denominarse modelo médico del trastorno mental (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007). Las explicaciones del modelo médico se fundamentan en el interior, en un mecanismo interno responsable de los procesos psicológicos, si bien la innegable importancia del contexto hace que, en muchos casos, también se incluyan aspectos del exterior (condiciones sociales, culturales...). Al entenderse los trastornos mentales como cuadros de síntomas, existirían tratamientos específicos para cada trastorno y no para cada individuo. La evaluación psicológica sería sintomática, y el tratamiento psicológico consistiría en la aplicación de técnicas específicas, relativamente equivalentes a la medicación.

Por otro lado, las definiciones del DSM e ICD incluyen la posibilidad de que este mecanismo interno disfuncional sea de naturaleza biológica. Los trastornos se explicarían por desequilibrios de neurotransmisores, anomalías genéticas y/o defectos en la estructura y función cerebral. Serían, por tanto, enfermedades mentales o enfermedades del cerebro. Dado esto, el conocimiento del cerebro y el avance de la neurociencia sería la clave para entender y tratar de la mejor forma posible los trastornos mentales. Desde este punto de vista, los tratamientos son específicos para cada trastorno y no para cada individuo. La evaluación sería sintomática, y el tratamiento sería psicofarmacológico, consistente en la aplicación de psicofármacos específicos para cada trastorno. En la literatura esto suele denominarse como modelo biomédico de trastorno mental (Deacon, 2013).

La última gran forma de entender los trastornos mentales que se destaca es concebirlos como entidades construidas de carácter histórico-social, entendiéndose como problemas presentados en el contexto biográfico de la persona y sus circunstancias. Por tanto, el trastorno psicológico se entendería no como un trastorno, pues no estarían en “el interior”, sino como un problema de la vida. Esto es, el problema psicológico estaría constituido por las propias experiencias de la vida. Los trastornos psicológicos serían entonces problemas que pueden tomar relativamente distintas formas según el momento histórico-social y según la orientación de los clínicos que los tratan. Los criterios que definirían a los trastornos psicológicos serían prácticos y prudenciales. No existirían, por tanto, criterios estadísticos, cuantitativos, cualitativos o bioquímicos. No existiría tampoco un tratamiento específico para cada trastorno, sino que las intervenciones tendrían que diseñarse en función de la evaluación de cada individuo. La evaluación

no sería sintomática, sino de la relación entre el individuo y su contexto, de las respuestas de la persona a las circunstancias de su vida. En consecuencia, el tratamiento psicológico no sería una aplicación de técnicas específicas, sino una prestación de una ayuda dada en el contexto de una relación interpersonal profesionalmente concebida. Esto es lo que suele denominarse como modelo contextual del trastorno mental (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007; Pérez-Álvarez, 2021).

Teniendo como modelos explicativos de partida los aquí presentados (médico, biomédico y contextual), este estudio tiene como objetivo crear y validar un cuestionario que permita conocer cómo entienden y describen los trastornos psicológicos los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo. Esto es, conocer las creencias acerca de la etiología, evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos. Adicionalmente, y como segundo objetivo, se pretenden identificar las creencias que refieren los estudiantes acerca de la funcionalidad (capacidad para relacionarse con los demás, pronóstico y capacidad de autocontrol) de las personas con trastornos psicológicos; y si estas se relacionan con su entendimiento de la naturaleza del problema psicológico (modelos explicativos).

Hasta donde conocen los autores, no se han publicado estudios similares entre universitarios que evalúen estos tres constructos (modelos explicativos) tal y como se describen en el texto. En cualquier caso, sí hay varias líneas relacionadas con el estudio empírico de las creencias acerca de la naturaleza y etiología de los trastornos mentales. Una de estas es la investigación del significado psicológico a partir del uso de la técnica de redes semánticas naturales. En ella se ha visto que hay diferencias entre la forma de considerar los trastornos mentales entre médicos y psicólogos. Así, los médicos consideran los aspectos biológicos, mientras que los psicólogos hacen énfasis en aspectos de tipo afectivo, cognitivo y social (Escobar y Medina, 2005).

Otra línea importante es la del estudio de percepciones hacia los trastornos mentales, íntimamente relacionada con el segundo objetivo de este estudio. La relación entre el modelo médico vigente de los trastornos mentales y una peor percepción de estos se puede ver en la literatura (Larkings y Brown, 2018). Se ha visto que la esquizofrenia es la afección que más frecuentemente se identifica como una enfermedad y, al mismo tiempo, se considera como más grave y con un pronóstico pesimista (Rivera-Segarra et al., 2019; Peluso y Blay, 2004). De hecho, un 70% de las estudiantes de Psicología llegan a considerar las intervenciones psiquiátricas como las más adecuadas para el control de los síntomas de la esquizofrenia (Fresán et al., 2012). La distancia social también es mayor para la esquizofrenia (Kasow y Weisskirch, 2010). Esto último es algo que puede verse respaldado por algunos resultados, pues en estudios con estudiantes de Enfermería concluyen que, a pesar de tener una formación en trastornos mentales, tienen las mismas actitudes negativas que la población general (Happell et al., 2018). Además de la esquizofrenia, algo similar ocurre en el caso de las adicciones. Las personas que sufren de adicción al alcohol y otras drogas son propensas a ser juzgadas y rechazadas de manera más fuerte que las que sufren otros problemas mentales (Mannarini y Boffo, 2015).

Respecto a la investigación de las creencias acerca de la etiología y naturaleza de los trastornos mentales propiamente dicha, se pueden encontrar algunos estudios que, a principios de siglo, ya encuentran relación entre las creencias en la etiología de un trastorno psicológico y el tratamiento de elección (Iselin y Addis, 2003). Esta relación también se puede encontrar en estudios más recientes (Mannarini y Boffo, 2015; Robelo-Zarza, 2020). Así, las personas que consideran que la causa más importante para la esquizofrenia es biogenética, recomiendan con mayor frecuencia a un psiquiatra y con menor a un psicólogo, teniendo una mayor seguridad respecto a la utilidad y necesidad del tratamiento farmacológico (Magliano et al., 2019). Por ello, en el presente estudio se decidió evaluar no solo la naturaleza del trastorno, sino también el tratamiento de elección acorde a esta.

En esta línea se encuentran resultados que respaldan lo anterior, pues la mayoría considera que la causa más importante es biogenética, y un tercio consideraron que es completamente cierto que estas personas deben tratarse farmacológicamente toda su vida (Magliano et al., 2019). Los médicos que indicaron una causa biogenética como más importante eran los más escépticos sobre la recuperación de personas con esquizofrenia (Magliano et al., 2019). Numerosos estudios sugieren que las atribuciones biológicas de los trastornos mentales aumentan el deseo de distancia social y la separación entre personas con y sin esas características (Mannarini, et al., 2017; Subramaniam et al., 2017). En general, mantener una concepción neurobiológica de los trastornos mentales no mejora la actitud hacia estas personas (Larkings y Brown, 2018; Mannarini et al., 2017). Algo similar puede llegar a verse en estudiantes de Psicología. La esquizofrenia la identifican como un fenómeno con claras causas biogenéticas, lo que va asociado a recomendaciones de medicación y hospitalización (Mannarini y Boffo, 2015). Esto es algo que no ocurre para otros problemas como la ansiedad, bulimia o depresión, pues la mayoría de los estudiantes de Psicología creía que las intervenciones psicológicas eran mejores que las médicas, siendo esto respaldado por un modelo de causa psicosocial. De hecho, estos trastornos conllevan una mejor actitud, tanto en términos de peligrosidad percibida como de distancia social (Mannarini y Boffo, 2015; Takeuchi y Sakagami, 2018). Estos resultados se replican en estudiantes de Psicología de diversas culturas (Mannarini et al., 2017). Parece entonces que una concepción biomédica puede estar explicando una actitud más negativa hacia las personas con trastornos mentales.

Se pueden observar resultados similares para los casos de disfunción psicológica interna. Hay un peor pronóstico del caso en situaciones en las que se presupone el trastorno mental como resultado de una disfunción interna. Esto no ocurre en contextos en los que se presupone como una reacción ambiental. Además, en el caso de disfunción interna se tiende a señalar una mayor necesidad de intervención farmacológica que en el caso de reacción ambiental (Wakefield et al., 1999). También se ha visto que el estigma en forma de distancia social puede depender de atribuciones de tipo individual de los orígenes del trastorno mental (Kasow y Weisskirch, 2010). Esto es, concepción médica del trastorno mental puede estar explicando el estigma social hacia personas con trastornos mentales.

Por último, las etiologías de tipo contextual están asociadas a una mayor creencia de continuidad de los trastornos mentales y un menor deseo de distancia social. Por su parte, esto no ocurre en el caso de atribuciones biológicas. Las creencias de continuidad son más frecuentes en la depresión que en la esquizofrenia (Subramaniam et al., 2017). También se sabe que dar especial importancia a factores sociales en el origen de trastornos como la depresión puede ayudar a reducir el estigma (Mannarini et al., 2017). Parece, por tanto, que una concepción contextual del problema psicológico podría explicar un menor estigma en personas de estas características.

Teniendo en cuenta los antecedentes aquí presentados, este estudio tratará de crear y validar un cuestionario que permita conocer cómo los estudiantes de distintas formaciones de las Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo entienden y describen los trastornos psicológicos. Concretamente, se pedirá a los estudiantes que valoren su grado de acuerdo respecto a las diferentes etiologías de los trastornos psicológicos, además de las distintas formas de evaluación, diagnóstico y tratamiento de las personas con estos problemas. También interesa comprobar si hay alguna relación entre las diferentes formas de entender los trastornos, y las creencias de funcionalidad (capacidad para relacionarse con los demás, pronóstico y capacidad de autocontrol) de estas personas. Cabe destacar que, para llevar estos objetivos a cabo, se elaboraron y consensuaron con un panel de expertos las condiciones/contenidos que, en relación con la etiología, evaluación, diagnóstico y tratamiento del trastorno psicológico, definen el entendimiento y abordaje de estos trastornos desde cada modelo explicativo. Ahora bien, otra cuestión es si, efectivamente, los estudiantes de las Ciencias de la Salud reconocen la independencia de estas

formulaciones. Así, habrá que comprobar si estos modelos explicativos del trastorno psicológico se identifican, en la población aquí evaluada, de forma suficientemente consistente e independiente entre sí.

Método

Muestra

La muestra consistió en un total de 275 estudiantes de las Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo, España. Estos fueron reclutados mediante un muestreo intencional no aleatorio. Del total de estudiantes, 129 fueron del grado de Psicología, 83 de Medicina, 40 de Enfermería y 23 de Fisioterapia. Hubo un total de 213 mujeres y 62 hombres. La edad media fueron 21 años con desviación típica 4.

Instrumentos

El instrumento utilizado fue un cuestionario de 28 ítems elaborado ad hoc para este estudio (ver Apéndice 1). La escala de valoración fue de tipo Likert (de 0 a 4), donde 0 es “nada de acuerdo” y 4 es “muy de acuerdo”. Respecto al procedimiento de elaboración, en primer lugar, se redactaron un total de 339 ítems. El criterio de elaboración de los ítems era la mayor adecuación posible a unas descripciones establecidas (ver Tabla 1). Los tres primeros bloques (correspondientes a los tres modelos teóricos) se fundamentan en las premisas presentadas previamente acerca de las formulaciones del trastorno psicológico y sus implicaciones respecto a su etiología, evaluación, diagnóstico y tratamiento. El cuarto bloque, de funcionalidad, pretende dar cuenta de las creencias acerca del funcionamiento de las personas con trastornos psicológicos. Este funcionamiento se concretó en las siguientes áreas: capacidad para controlar el comportamiento, violencia/agresividad y desempeño en las relaciones laborales e interpersonales, además del pronóstico de recuperación. La razón que se destaca es que estas áreas son frecuentemente utilizadas en la literatura relativa de las actitudes hacia la salud mental (Mannarini et al., 2017; Peluso y Blay, 2004; Wakefield et al., 1999) para valorar creencias/percepciones respecto del funcionamiento de estas personas. Por lo demás, los ítems se redactaron para asegurar su representatividad, relevancia, diversidad, claridad, sencillez y comprensibilidad de acuerdo con la población objeto de estudio (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019). Tras varias sesiones de discusión y revisión entre los autores acerca de la conveniencia de los ítems, estos acabaron por reducirse a 88, previo envío a los expertos. La redacción y el contenido de estos fue valorada por 11 expertos en las Ciencias de la Salud, concretamente profesores universitarios del área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de distintas universidades de España (ver Tabla 2). El contenido se valoró de 0 a 10, donde 0 supone una ausencia completa de correspondencia entre los presupuestos del modelo explicativo que se pretende representar y 10 el máximo acuerdo. La redacción también se valoró de 0 a 10, donde 0 implica la máxima imprecisión y/o ambigüedad en la formulación del planteamiento y 10 la máxima objetividad y precisión.

Para la elaboración del cuestionario, en primer lugar, se escogieron los ítems mejor valorados por los expertos, de forma que no hubiese ningún ítem con una puntuación promedio (entre contenido y claridad) menor a ocho. En este paso se eliminaron un total de 11 ítems. A continuación, se procedieron a eliminar ítems idénticos en el contenido evaluado (e. g., “La depresión es resultado de un desequilibrio de neurotransmisores” y “Los trastornos de conducta son resultado de un desequilibrio de neurotransmisores”), de forma que solo quedasen siete ítems por bloque. Las razones de que fuesen siete fueron fundamentalmente dos. En primer lugar, era necesario una cantidad razonable de ítems por bloque teórico para que los posteriores análisis fuesen posibles. En segundo lugar, era necesaria esta cantidad de ítems para poder evaluar todos los contenidos teóricos en cada uno de los bloques. La

longitud de los ítems debía ser similar (no más de 12 palabras de diferencia) entre bloques teóricos y dentro del mismo bloque. Tras aplicar estos criterios, se eliminaron 49 ítems, quedando un total de 28 ítems para someter a análisis. Por último, respecto a la elaboración del cuestionario, y siguiendo con las recomendaciones de los expertos, se modificó ligeramente la redacción de algunos ítems, pasando de hablar, por ejemplo, de “personas alcohólicas” a “personas con alcoholismo”.

Tabla 1

Descripciones utilizadas para elaborar los ítems y evaluar su contenido

Bloque	Descripción
Intrapsíquico (médico)	Se concibe el trastorno psicológico como un cuadro de síntomas que responden a un supuesto mecanismo psicológico interno disfuncional. Es una realidad natural, pues las diferencias entre el trastorno y el no trastorno son cualitativas o cuantitativas. La evaluación es criterial, consistente en establecer un diagnóstico a partir del cumplimiento de unos síntomas. El tratamiento se centra en dichos mecanismos y síntomas, generalmente a partir de la aplicación de técnicas psicológicas específicas.
Biomédico	Se concibe el trastorno psicológico como un cuadro de síntomas que responden a un supuesto mecanismo biológico interno disfuncional. Es una realidad natural, pues las diferencias entre el trastorno y el no trastorno son cualitativas o cuantitativas. La evaluación es criterial, consistente en establecer un diagnóstico a partir del cumplimiento de unos síntomas. El tratamiento se centra en dichos mecanismos y síntomas a partir de la aplicación de psicofármacos.
Contextual	Se concibe el trastorno psicológico como un problema presentado en el contexto biográfico de la persona y sus circunstancias. Es una realidad socialmente construida, pues la diferencia entre el trastorno y el no trastorno es arbitraria. La explicación de los trastornos psicológicos está en la relación entre la persona y su contexto y, por tanto, la evaluación consiste en un análisis de dicha interacción, quedando el diagnóstico reducido a una etiqueta facilitadora de la comunicación. El tratamiento se centra en la relación entre la persona y su contexto y es adaptado a cada caso.
Funcionalidad*	Se describen los trastornos psicológicos y la capacidad que tienen estas personas de controlar el comportamiento, la violencia/agresividad y el desempeño en las relaciones laborales e interpersonales, además del pronóstico de recuperación.

*No es un modelo teórico de los trastornos mentales

Respecto a cuestiones de edición, la impresión se realizó a doble cara y asegurando que la letra tuviese una buena claridad. De esta manera, los objetivos, instrucciones e información sociodemográfica (edad, sexo, tipo de estudios y curso) se dejaron para la primera cara y los ítems para la segunda. La ordenación de los ítems fue aleatoria. Además de los ítems, en la segunda cara se dejó la escala numérica para valorar los ítems, con el fin de que los participantes no tuviesen que dar vuelta a la hoja en ningún momento. Para el cuestionario informatizado, como se ha señalado anteriormente, la presentación y contenidos fueron los mismos.

Tabla 2

Lista de expertos

Nombre	Universidad
Pérez Álvarez, Marino	Universidad de Oviedo
Weidberg Lopez, Sara Eva	Universidad de Oviedo
Errasti Pérez, José Manuel	Universidad de Oviedo
Al-Habalí Díaz, Susana	Universidad de Oviedo
Santacreu Mas, José	Universidad Autónoma de Madrid
Alcázar Córcoles, Miguel Ángel	Universidad Autónoma de Madrid
Hornillos Jerez, Carlos	Universidad Complutense de Madrid
Crespo López, María	Universidad Complutense de Madrid
Gómez-Fraguela, José Antonio	Universidad de Santiago de Compostela
Sánchez Carracedo, David	Universidad Autónoma de Barcelona
Almonacid Guinot, Vicenta	Universidad de Valencia

Procedimiento

En primer lugar, se contactó con los decanatos de las respectivas facultades para obtener los permisos pertinentes. A continuación, se procedieron a pasar presencialmente los cuestionarios de papel y lápiz a 91 alumnos de Psicología de distintos cursos. La aplicación se realizó en dos aulas de la facultad de Psicología, empleando un tiempo de 10 minutos por aula. Esto se realizó con el permiso del titular de la asignatura. Previo a la realización, se informó verbalmente acerca de las instrucciones y la confidencialidad y anonimato de los participantes. El resto de estudiantes de psicología y todos los de medicina, enfermería y fisioterapia ($N = 184$) cumplimentaron el cuestionario de forma informatizada a través de un correo enviado por parte de los correspondientes decanatos. Esta versión informatizada del cuestionario era idéntica al de papel y lápiz, salvo que se incluyó información respecto al tiempo necesario para cumplimentarlo.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos sobre la muestra. Para ello, se organizaron a los participantes según el tipo de estudios, el curso y la edad. Se analizaron la media y desviación típica de la edad para toda la muestra. Además, se analizaron el total de alumnos según el curso para cada grado. También se realizaron estadísticos descriptivos para cada uno de los ítems (ver Tabla 3).

A continuación, se hizo un análisis factorial exploratorio (AFE). La extracción de factores se realizó a partir de la matriz de correlaciones policóricas por el procedimiento de Mínimos Cuadrados No Ponderados y se empleó una rotación promax. El número de factores a retener se decidió empleando el Análisis Paralelo de Horn (Horn, 1965). Como índices de ajuste se emplearon *Comparative Fit Index* (CFI) y *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), estableciendo un buen ajuste cuando $CFI \geq .95$ y $RMSEA \leq .08$ (Hu y Bentler, 1999). La fiabilidad de las escalas fue establecida mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Se realizó la R de Pearson entre los factores del cuestionario. El nivel de significación utilizado fue de 0.05.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de los ítems

Ítem	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis
1	1.57	1.35	.31	-1.15
2	2.93	.96	-.88	.50
3	2.23	.97	-.12	-.29
4	1.82	1.27	.21	-1.01
5	3.04	.91	-.64	-.28
6	2.84	1.05	-.71	-.22
7	3.4	.77	-1.28	1.52
8	1.8	1.21	.23	-.82
9	1	.94	.70	-.01
10	2.27	1.12	-.29	-.65
11	.98	1.15	1.07	.22
12	.85	.96	.97	.41
13	2.57	.89	-.34	-.21
14	1.77	1.12	.06	-.82
15	1.70	1.16	.09	-.85
16	1.75	1.09	.09	-.68
17	1.41	1.05	.36	-.64
18	2.05	.95	.03	-.55
19	.88	.87	.73	-.22
20	2.25	1.04	-.32	-.46
21	1.97	.96	-.14	-.43
22	2.27	1.14	-.28	-.78
23	2.65	1.01	-.62	-.11
24	1.60	1.12	.45	-.46
25	1.31	1.01	.40	-.57
26	2.53	1.10	-.53	-.36
27	2.15	1.16	-.14	-.78
28	1.79	1.09	.09	-.75

Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante un total de tres Análisis de Varianza (ANOVA), previa comprobación de los supuestos de normalidad con la prueba de Kolmogórov-Smirnov y de homogeneidad de varianzas, mediante la prueba de Levene. La variable independiente fue, en los tres casos, el tipo de estudios. Las variables dependientes fueron los tres factores obtenidos dado el AFE. Cada factor tuvo su propio ANOVA.

Cuando se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas se realizaron comparaciones múltiples mediante la prueba de Bonferroni. Como medida de tamaño de efecto se empleó la *d* de Cohen (Cohen, 1992).

Por último, se realizó una Prueba T para muestras independientes para los tres factores en función del sexo.

Los datos fueron analizados empleando SPSS24 (IBM Corp., 2016) y FACTOR10.5.03 (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2013).

Resultados

En los análisis previos, hubo algunos ítems (6, 7, 9, 14 y 21) con pesos factoriales bajos (por debajo de .3). Además, el ítem 11 mostraba un comportamiento extraño, pues tenía peso negativo en el factor 3 (-.450) y positivo en el factor 1 (.347). Dadas estas condiciones, se decidieron eliminar estos ítems y realizar el AFE del cuestionario final. En este, el estadístico de Bartlett ($p < .001$) y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (.818) tomaron valores que permiten considerar nuestros datos adecuados para la realización del AFE. El Análisis Paralelo de Horn recomendó tres factores, que explican un 47,82% de la varianza total. De esta, el factor 1 explica un 25.35%, el factor 2 un 12.53%, y el factor 3 un 9.94%. Los índices de ajuste mostraron la adecuación del modelo de tres factores finalmente adoptado (CFI = .978; RMSEA = .038). El contenido de los ítems, el factor en el que saturan y los pesos factoriales pueden verse en la Tabla 4.

El factor 2 resultó tener una correspondencia completa con el factor teórico denominado “funcionalidad”. Por ello este factor mantuvo el nombre original. Esto no ocurrió para el factor 3 (de ahora en adelante “modelo médico”), el cual se compone por 10 ítems, siete de los cuales se corresponden con el factor teórico “modelo biomédico” y tres con el factor teórico “modelo intrapsíquico”. El factor 1 tampoco tuvo una correspondencia total. Resultó estar compuesto por cinco ítems, cuatro de los cuales se corresponden con el factor teórico “modelo contextual”, y uno con “intrapsíquico”. A pesar de este ítem, el factor 1 pasó a llamarse “modelo contextual”.

Las escalas de funcionalidad y modelo médico presentan coeficientes de fiabilidad elevados ($\alpha = .82$ y $\alpha = .81$ respectivamente) y la escala modelo contextual un valor un poco inferior ($\alpha = .63$) justificado por los pocos ítems que lo componen.

Del análisis de la correlación entre los factores se puede observar que el factor de funcionalidad correlaciona con los otros dos, si bien en mayor medida con el modelo médico ($r = .395$) que con el modelo contextual ($r = .202$). También se puede ver que el modelo contextual y el modelo médico son independientes entre sí ($r = .040$).

Tabla 4

Pesos factoriales.

Ítem	F1	F2	F3
1. Los trastornos psicológicos son enfermedades del cerebro.			.760
2. El tratamiento psicológico se establece en función del diagnóstico psicológico.			.316
3. La evaluación psicológica consiste en identificar las condiciones del entorno en las que se da el trastorno psicológico.	.523		
4. La depresión es resultado de un desequilibrio de neurotransmisores.			.743
5. La eficacia del tratamiento psicológico depende de elaborar un diagnóstico psicológico adecuado.			.348
6. Los criterios que definen los trastornos psicológicos cambian con la sociedad.			.790
7. Es muy probable que el tratamiento para dos personas con un mismo diagnóstico sea muy diferente.			.490
8. Los trastornos psicológicos tienen origen en el cerebro.			.580
9. La depresión es resultado de una personalidad depresiva.	.575		
10. La evaluación psicológica consiste en establecer un diagnóstico a partir de una serie de síntomas.			.737
11. La ansiedad es un problema de comportamiento. Nunca una enfermedad.	.552		
12. Los antidepresivos curan la depresión.	.495		
13. Entendiendo las circunstancias de la vida de la persona entenderemos su trastorno psicológico.	.457		
14. Los trastornos psicológicos son un producto de la mente.			.588
15. Cuando se conozca a fondo el cerebro, se conocerá a fondo como tratar los trastornos psicológicos.			.479
16. Los trastornos psicológicos son formas de actuar ante los problemas de la vida.		.743	
17. La depresión es consecuencia de los pensamientos negativos de la persona.		.769	
18. La evaluación de comportamientos particulares es lo que determina el tratamiento psicológico.		.451	
19. El tratamiento de los trastornos psicológicos consiste en el uso de psicofármacos.		.616	
20. La eficacia del tratamiento psicofarmacológico depende de la adecuación del diagnóstico psicológico.		.771	
21. Los síntomas de un trastorno psicológico permiten predecir su pronóstico.		.776	
22. Una persona con esquizofrenia tiene peores relaciones interpersonales.		.558	

Respecto a los supuestos del ANOVA, el supuesto de normalidad se cumplió para todos los casos ($p > .05$) excepto para psicología, enfermería y fisioterapia en el factor funcionalidad; fisioterapia en el modelo médico; y medicina para el modelo contextual. En todo caso las distribuciones fueron lo suficientemente simétricas para mantener el empleo del ANOVA. El supuesto de la igualdad de varianzas del error se cumplió para las tres variables dependientes ($p > .05$).

Los resultados más relevantes del ANOVA se detallan a continuación. Para el modelo médico, las diferencias entre formaciones son estadísticamente significativas ($F_{(3,271)} = 58.932$; $p < .001$) con un tamaño del efecto grande ($d = 1.62$). En las comparaciones múltiples a posteriori hubo diferencias estadísticamente significativas para todos los casos ($p < .05$) excepto entre enfermería y fisioterapia ($p = .668$) y enfermería y medicina ($p = .146$). Las mayores diferencias se dieron entre estudiantes de psicología ($M = 14.84$) y el resto de formaciones, especialmente medicina ($M = 24.2$), seguido de enfermería ($M = 21.93$) y fisioterapia ($M = 19.11$).

Para el modelo contextual, las diferencias entre formaciones no resultaron ser estadísticamente significativas ($F_{(3,271)} = 2.482$; $p = .061$). Para el factor funcionalidad sí existieron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas formaciones ($F_{(3,271)} = 9.963$; $p < .001$) con un tamaño del efecto medio ($d = .66$). En las comparaciones múltiples a posteriori hubo diferencias estadísticamente significativas en todos los casos ($p < .05$) excepto entre psicología y enfermería ($p = 1$), psicología y fisioterapia ($p = .054$) y medicina y fisioterapia ($p = 1$). Las mayores diferencias se dieron en medicina ($M = 16.42$) y fisioterapia ($M = 16.17$), respecto de psicología ($M = 13.16$) y enfermería ($M = 12.4$).

Por último, respecto de la Prueba T en cuanto a diferencias en los tres factores en función del sexo, no se han observado diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$).

Discusión

Los objetivos del estudio fueron crear y validar un cuestionario que permita conocer cómo entienden y describen los trastornos psicológicos los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo, así como conocer las creencias acerca de la funcionalidad en las personas con trastornos psicológicos y su relación con los tres modelos explicativos. Para la construcción del cuestionario se siguieron todos los pasos recomendados por *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education y Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing, 2014), así como las recomendaciones de Muñiz y Fonseca-Pedrero (2019). De esta manera, tras valorar la preferencia de construir ad hoc el cuestionario, se estableció un marco general. En este se delimitaron y especificaron los objetivos de una forma clara y concisa, y se delimitó el contexto de aplicación. Se definieron las variables de medida con todo detalle y la mayor precisión posible. Se establecieron también algunas especificaciones del instrumento. Se estableció que los ítems tendrían que ser siete por bloque teórico. Se tuvo en cuenta el orden y longitud de los ítems. Por último, respecto a la base previa a la elaboración de los ítems, se consideró cómo se iba a desarrollar la entrega del cuestionario, a fin de que fuese de manera fiable y segura.

Para construir los ítems se han tenido en cuenta los principios de calidad. Lo que orientó la elaboración fue que los ítems debían ser claros, sencillos y fácilmente comprensibles. De hecho y, en parte por facilitar esta comprensibilidad, hubo algunos ítems que presentaron limitaciones, las cuales se discuten más adelante. Se decidió que los ítems se ajustaban mejor a un sistema de valoración tipo Likert, pues el formato podría ser más fácilmente comprensible para estudiantes que realizan varias valoraciones de este tipo a lo largo de la carrera. Además, se adaptaba bien al contenido a evaluar, pues buscábamos conocer el grado de acuerdo con las distintas explicaciones del trastorno psicológico, y cuenta con una alta facilidad de aplicación. Por último, considerar que los ítems se redactaron en positivo para afianzar mejores propiedades psicométricas (Suárez et al., 2018), y que la edición se hizo de forma estratégica.

En relación a la muestra, considerando el total de matriculados en grados de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo en el curso académico 2019-2020 en el que se realizó este estudio, cabe destacar

que, por su tamaño, fue representativa a un nivel de confianza del 92% y con un margen de error del 5%; y, por su distribución hombres-mujeres, también lo fue a un nivel de confianza del 94% y con un margen de error del 6%. Por lo que se considera adecuada para generalizar los resultados obtenidos a la población investigada. No obstante, estas tasas de representatividad son mejorables y así debe de tenerse en cuenta en posteriores trabajos. Con todo, las propiedades psicométricas del cuestionario han resultado ser adecuadas. En primer lugar, el cuestionario cuenta con una alta validez ecológica pues, a tenor de lo discutido, los datos muestran una estructura factorial coherente con los modelos teóricos. Además, el cuestionario es fiable, dado que los coeficientes de fiabilidad de los factores se presentan elevados. También se muestran evidencias de validez de contenido, y es que este se ha valorado, desde el proceso de construcción, con un panel de expertos en la temática.

Respecto a la interpretación de los factores, lo primero a destacar es que los bloques teóricos no se correspondieron con las escalas a excepción del factor funcionalidad, el cual tuvo una correspondencia total. Los tres modelos explicativos de los que se partieron (modelo biomédico, médico y contextual) acabaron condensándose en dos (modelo médico y modelo contextual). Esto es algo que podría deberse a varios motivos. Por un lado, la filosofía desde la que se parte en el modelo biomédico y en el médico es, en última instancia, la misma. El modelo médico es abiertamente mentalista; son en las disfunciones psíquicas internas donde se pone la causa del trastorno mental. Por su parte, el modelo biomédico simplemente está ubicando esta disfunción en un órgano, presuntamente el cerebro (Deacon, 2013). La esencia es la misma, solo que ahora la mente se encuentra cosificada en el cerebro. Teniendo en cuenta esto, es comprensible que los bloques teóricos de “modelo biomédico” y “modelo intrapsíquico” acaben juntándose en uno.

El factor modelo contextual resultó tener una correspondencia con cuatro ítems del modelo contextual teórico, lo que significa que la mayoría de los ítems del modelo se adecuaron bien a las asunciones de los participantes. El ítem 17 (“la depresión es consecuencia de los pensamientos negativos de la persona”), perteneciente al modelo intrapsíquico, tuvo peso en este factor. Una posible explicación de por qué ocurre esto es que en ningún momento especifica si los “pensamientos negativos” son respuestas en interacción resultado del aprendizaje; o son producto de alguna variable interna. Esto es, el ítem es poco específico. El ítem 11 (“la ansiedad es un problema de comportamiento. Nunca una enfermedad”), perteneciente al modelo contextual teórico, mostró un comportamiento extraño. La clave para entender esto podría estar en el concepto de “problema de comportamiento”. Por un lado, “problema” quizás es demasiado neutro y polisémico, por lo que es fácil que se den malentendidos. Por otro lado, el comportamiento es un tema complejo (Pérez-Álvarez, 2021), por lo que no es de extrañar que un estudiante no maneje una definición contextual de comportamiento a pesar de conocer la importancia del contexto. Esto último se puede ver tanto en estudiantes de Medicina (Einstein y Klepacz, 2017) como en estudiantes de Psicología (Mannarini et al., 2017; Mannarini y Boffo, 2015).

Además de este, otros dos ítems del modelo contextual teórico no tuvieron peso en ningún factor. Estos fueron el 6 y el 7. Con el ítem 6, (“los criterios que definen los trastornos psicológicos cambian con la sociedad”), se buscaba discriminar entre las personas que consideran que los trastornos psicológicos son entidades influenciadas por el consenso social del momento; y las personas que lo consideran como una entidad fija. Este puntuó muy alto en la mayoría de los casos. Interpretamos que, independientemente de considerar o no el trastorno psicológico como un fenómeno cuya explicación está en el interior, es muy conocido que varían con la sociedad; siguiendo a González-Pardo y Pérez-Álvarez (2007), histeria en tiempos de Freud, depresión en tiempos del Prozac®. El ítem 7 (“es muy probable que el tratamiento para dos personas con un mismo diagnóstico sea muy diferente”), pretendía discriminar entre las personas que entienden la evaluación y el tratamiento psicológico como algo contextualizado y único de

cada caso; y las personas que entienden que hay tratamientos para cada diagnóstico. El ítem puntuó muy alto en la mayoría de los casos. Una posible explicación es que, a pesar de que muchas personas puedan entender los trastornos psicológicos como cuadros de síntomas, no niegan la importancia de contextualizar y adaptar la intervención a cada caso particular.

Tres ítems del modelo intrapsíquico no tuvieron peso en ninguno de los factores. Con el ítem 9, (“la depresión es resultado de una personalidad depresiva”), se pretendía ver el grado de acuerdo con que un constructo psicológico puede estar explicando el trastorno psicológico. Sin embargo, una importante limitación es que, al igual que con el ítem 17 (“la depresión es consecuencia de los pensamientos negativos de la persona”), no se está especificando la naturaleza del constructo. Algo parecido ocurre con el ítem 14 (“los trastornos psicológicos son un producto de la mente”). El ítem 21, (“los síntomas de un trastorno psicológico permiten predecir su pronóstico”), pretendía evaluar si la importancia del pronóstico de una persona con estas características va en función de unos supuestos síntomas. Una interpretación de por qué este ítem no encajó en un factor podría ser que entender los trastornos como cuadros de síntomas no es incompatible con darle importancia a variables contextuales.

Respecto al primer objetivo, los resultados del ANOVA muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las formaciones respecto al modelo contextual. Por tanto, parece que el modelo contextual se reconoce de manera similar en todas las formaciones, cuando se esperaría que los psicólogos diesen más peso a variables contextuales que el resto, tanto por algunos resultados de la literatura (Escobar y Medina, 2005; Mannarini y Boffo, 2015) como por los contenidos de la formación. Sin embargo, podría explicarse si lo que se estuviera realmente evaluando no fuese tanto una concepción profunda acerca de la naturaleza contextual de los trastornos psicológicos, como la relevancia que tiene el contexto en el desarrollo y mantenimiento de estos. Esta importancia del contexto, más que de la formación de cada grado, podría depender de la experiencia particular de los participantes en relación con los trastornos. Es fácil dar cuenta de la relevancia del contexto independientemente de la formación, y ello va en consonancia con la literatura, habiendo estudios que muestran que hasta los estudiantes de medicina entienden esta importancia (Einstein y Klepacz, 2017).

En el modelo médico sí que existieron importantes diferencias. De estas, las más elevadas se dieron entre Psicología y el resto de grados, especialmente medicina. Esto, por su parte, era predecible en base a los resultados de la literatura (Escobar y Medina, 2005; Magliano et al., 2019) y los contenidos de las formaciones. Interpretamos que hay diferencias claras en el entendimiento de los trastornos mentales entre los estudiantes de Psicología y las demás formaciones, estando más presente el modelo médico (fundamentalmente biologicista, biomédico) en los estudiantes de Ciencias de la Salud ajenos a la psicología. Además, parece que esta concepción está más presente en los estudiantes de medicina que en los de enfermería y fisioterapia. Ha de tenerse en cuenta que, por un lado, los estudiantes de medicina reciben más formación relacionada directamente con la psicología y psiquiatría que los de enfermería y fisioterapia, por lo que su posicionamiento será mayor y más claro. Por otro lado, los estudiantes de enfermería eran menos de la mitad que los de medicina; y lo de fisioterapia, a su vez, bastantes menos que los de enfermería. Estas diferencias tan grandes pueden estar explicando parte de los resultados.

También existieron diferencias respecto al factor funcionalidad. Las diferencias entre los estudiantes de psicología y el resto de formaciones las entendemos, al menos en parte, resultado de una concepción menos biologicista de los trastornos psicológicos. Sin embargo, el caso de los estudiantes enfermería es llamativo, pues son varios los estudios que muestran que esta especialización es propensa a presentar actitudes estigmatizantes en la atención de la salud mental (Giralt et al, 2019). También es llamativo porque los estudiantes de enfermería presentan puntuaciones significativamente más elevadas en el

modelo médico que los estudiantes de psicología. Más que la formación teórica, lo que podría estar explicando estos resultados es la labor asistencial realizada en esta disciplina, la cual conlleva un trato más directo y mayor implicación en el autocuidado del paciente. Quizás esto permita conocer de una forma más objetiva la funcionalidad de las personas.

Acerca del segundo objetivo, en el que se pretende conocer la relación entre los modelos explicativos y el factor de funcionalidad, el modelo médico presenta mayor relación que el modelo contextual. Esto era algo que se esperaba encontrar, pues va en sintonía con los resultados de la literatura (Rivera-Segarra et al., 2019; Kasow y Weisskirch, 2010; Peluso y Blay, 2004; Subramaniam et al., 2017; Wakefield et al., 1999). Además, desde el modelo contextual no se culpabiliza al individuo de ninguna manera al no poner la explicación dentro de este. Por ello los programas contextuales de reducción de estigma lo reducen significativamente en comparación con el control, mientras que los programas biomédicos no (Rusch et al., 2009). Es prudente decir entonces que el modelo médico está más relacionado con unas creencias más pesimistas respecto al funcionamiento de las personas con trastornos psicológicos que el modelo contextual.

Respecto a las limitaciones, en tanto que la formación científico-académica y la experiencia cultural se presentan como variables directamente implicadas en la comprensión de los fenómenos psicológicos (Álvarez y Pernía, 2007), en estudios posteriores y de cara a mejorar la representatividad de los participantes, es recomendable una muestra más numerosa y adecuadamente estratificada en las variables sociodemográficas y académicas.

Otra limitación importante está relacionada con la digitalización del cuestionario, teniendo el inconveniente fundamental de la falta de control. A pesar de ello, las únicas personas que tuvieron acceso al mismo fueron los decanatos de las respectivas facultades. Estos, a su vez, se aseguraron de que solamente los estudiantes recibiesen el cuestionario. Además, el cuestionario se abrió solo cuando los decanatos enviaron los cuestionarios a sus estudiantes, y se cerró pasados cinco días de su envío. Algunos ítems presentan claras limitaciones. Estos son el ítem 9, 14 y 17. La razón por la que encontramos limitaciones es que no se está especificando la naturaleza de los constructos; siendo esto lo definitorio de los modelos. Por último, la investigación es transversal, lo que conlleva algunas limitaciones a tener en cuenta. En primer lugar, no se pueden hacer inferencias de causalidad en las variables estudiadas. Tampoco se puede establecer una direccionalidad entre las relaciones aquí encontradas. Además, los datos aquí aportados son de un momento único en el tiempo. Esto significa que se desconoce si, en otro momento temporal, los resultados variarían en la misma población.

Para finalizar la discusión, se destaca la relevancia de los resultados del estudio. Estos están relacionados con las acciones interdisciplinares en el ámbito de la salud mental. La demanda de estas es muy amplia, pues se entiende que una mayor variedad de profesionales supondrá una mejoría en los abordajes de las personas con trastornos psicológicos. Sin embargo, estas claras diferencias entre disciplinas que se resaltan en el estudio acerca de qué es un trastorno psicológico, podría condicionar la viabilidad de mantener acciones interdisciplinares. Además, cómo se entienden los trastornos psicológicos en futuros profesionales es algo relevante de por sí, pues en función del entendimiento dependerá las diferentes formas de abordarlos en la práctica. Esto tiene una repercusión importante, en tanto que no han de ser las creencias lo que debería de guiar la acción profesional, sino lo que ha demostrado ser más eficaz y eficiente. Es precisamente, pensando en la futura actividad profesional de, los ahora estudiantes de estas disciplinas, y su repercusión en el ámbito de la salud, lo que justifica su elección como participantes. También es relevante la relación entre el modelo médico y biomédico de los trastornos psicológicos y unas creencias más pesimistas respecto al funcionamiento de estas personas. Es preferible que el

terapeuta tenga unas claras expectativas de mejoría, pues esto favorecerá sus esfuerzos por mejorar el estado del consultante incluso más allá de lo pensable.

Conclusiones

Los objetivos del estudio fueron crear y validar un cuestionario que permita conocer cómo entienden y describen los trastornos psicológicos los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo, así como conocer las creencias acerca de la funcionalidad en las personas con trastornos psicológicos y su relación con los modelos explicativos. Se concluye que ambos se han cumplido satisfactoriamente. Se ha validado un cuestionario que cuenta con una alta validez ecológica, pues los datos muestran una estructura factorial coherente con los modelos teóricos, así como una adecuada fiabilidad de las puntuaciones y evidencias en función de la estructura interna. Se han observado diferencias respecto a las creencias acerca de la naturaleza de los trastornos psicológicos en las distintas formaciones de las Ciencias de la Salud. Los estudiantes ajenos a la psicología, especialmente los de medicina, presentan creencias más afines al modelo médico y biomédico de los trastornos mentales respecto a los estudiantes de psicología. También se ha visto que el modelo contextual o, en su defecto, el papel fundamental que tiene el contexto en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos mentales está presente de igual manera en todas las disciplinas de las Ciencias de la Salud. Por último, se ha observado mayor relación del modelo médico y biomédico con creencias más pesimistas respecto a la funcionalidad de las personas con trastornos psicológicos.

Referencias

- Aliño, J. J., Miyar, M. V., y American Psychiatric Association. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub.
- Álvarez, L. Y., y Pernía, L. C. (2007). Actitudes hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Una revisión sistemática de estudios en Europa, Estados Unidos, Latinoamérica y el Caribe. *MedUNAB*, 10(1), 50-56. <https://biblat.unam.mx/hevila/Medunab/2007/vol10/no1/8.pdf>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education, Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- Einstein, E. H., y Klepacz, L. (2017). What Influences Mental Illness? Discrepancies Between Medical Education and Conception. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 4, 1-6. <https://doi.org/10.1177/2382120517705123>
- Escobar, S. G., y Medina, J. L. (2005). Significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos. *Psicología y Salud*, 15(2), 257-262. <https://doi.org/10.25009/pys.v15i2.810>
- Fresán, A., Robles, R., Cota, M., Berlanga, C., Lozano, D., y Tena, A. (2012). Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Mental*, 35(3), 215-223. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300005
- Giralt, R. P., Prat, G. V., y Tort-Nasarre, G. (2019). Attitudes and stigma toward mental health in nursing students: A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 243-255. <https://doi.org/10.1111/ppc.12419>

González-Pardo, H., y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza.

Happell, B., Platania-Phung, C., Bocking, J., Scholz, B., Horgan, A., Manning, F., Doody, R., Hals, E., Granerud, A., Lahti, M., Pullo, J., Ellilä, H., Annaliina, V., Van der Vaart, K. J., Allon, J., Griffin, M., Russell, S., MacGabhann, L., Bjornsson, E., y Biering, P. (2018). Nursing Students' Attitudes Towards People Diagnosed with Mental Illness and Mental Health Nursing: An International Project from Europe and Australia. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(10), 829-839. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1489921>

Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179-185. <https://doi.org/10.1007/BF02289447>

Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

Iselin, M. G., y Addis, M. E. (2003). Effects of etiology on perceived helpfulness of treatments for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(2), 205-222. <https://doi.org/10.1023/A:1023513310243>

Kasow, Z. M., y Weisskirch, R. S. (2010). Differences in attributions of mental illness and social distance for portrayals of four mental disorders. *Psychological Reports*, 107(2), 547-552. <https://doi.org/10.2466/13.15.PR0.107.5.547-552>

Larkings, J. S., y Brown, P. M. (2018). Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *International journal of mental health nursing*, 27(3), 928-941. <https://doi.org/10.1111/inm.12390>

Magliano, L., Citarelli, G., y Read, J. (2019). The beliefs of non-psychiatric doctors about the causes, treatments, and prognosis of schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy Theory, Research and Practice*, 93(4), 674-689. <https://doi.org/10.1111/papt.12252>

Mannarini, S., y Boffo, M. (2015). Anxiety, bulimia, drug and alcohol addiction, depression, and schizophrenia: what do you think about their etiology, dangerousness, social distance, and treatment? A latent class analysis approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(1), 27-37. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0925-x>

Mannarini, S., Reikher, A., Shani, S., y Shani-Zinovich, I. (2017). The role of secure attachment, empathic self-efficacy, and stress perception in causal beliefs related to mental illness—a

cross-cultural study: Italy versus Israel. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 313. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S138683>

Muñiz, J., y Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7-16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>

Rivera-Segarra, E., Varas-Díaz, N., & Santos-Figueroa, A. (2019). "That's all Fake": Health professionals stigma and physical healthcare of people living with Serious Mental Illness. *Plos one*, 14(12), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226401>

Robelo-Zarza, O., Vargas-Huicochea, I., Kelsall, N., y Rodríguez-Machain, A. (2020). Suffering Depression: Illness Perception of Informal Primary Caregivers of Medical Students with Major Depressive Disorder. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 1577-1588. <https://doi.org/10.1177/2374373520958514>

Rusch, L. C., Kanter, J. W., y Brondino, M. J. (2009). A comparison of contextual and biomedical models of stigma reduction for depression with a nonclinical undergraduate sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(2), 104-110. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318192416f>

Peluso, E., y Blay, S. L. (2004). Community perception of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 955-961. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0820-y>

Pérez-Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en Psicología y Psiquiatría*. Alianza

Suárez, J., Pedrosa, I., Lozano, L., García-Cueto, E., Cuesta, M., y Muñiz, J. (2018). Using reversed items in Likert scales: A questionable practice. *Psicothema*, 30, 149-158. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.33>

Subramaniam, M., Abdin, E., Picco, L., Shahwan, S., Jeyagurunathan, A., Vaingankar, J. A., y Chong, S. A. (2017). Continuum beliefs and stigmatising beliefs about mental illness: results from an Asian community survey. *BMJ open*, 7(4), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014993>

Takeuchi, J., y Sakagami, Y. (2018). Stigma among international students is associated with knowledge of mental illness. *Nagoya journal of medical science*, 80(3), 367. <https://doi.org/10.18999/nagjms.80.3.367>

Wakefield, J. C., Kirk, S. A., Hsieh, D., y Pottick, K. J. (1999). Disorder attribution and clinical judgment in the assessment of adolescent antisocial behavior. *Social Work Research*, 23(4), 227-238. <https://doi.org/10.1093/swr/23.4.227>

World Health Organization. (2018). ICD-11: International Statistical Classification of Diseases and related health problems. <https://icd.who.int/es>

Conflicto de Intereses: Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

Consentimiento Informado: Se obtuvo el consentimiento informado de todos los sujetos involucrados en este estudio.

Apéndice 1. Cuestionario CNTP.

Cuestionario de Creencias sobre la Naturaleza de los Trastornos Psicológicos (CNTP)

Miguel Álvarez Gonzalo y Concepción Fernández Rodríguez

El objetivo de este cuestionario es conocer cómo entienden y describen los trastornos psicológicos los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo. Además, también se pretende conocer las creencias acerca de la funcionalidad en las personas con trastornos psicológicos. Con este propósito, pedimos tu colaboración.

A continuación, se van a presentar descripciones acerca de la naturaleza, evaluación y tratamiento de los trastornos psicológicos. Por último, se presentarán cuestiones referidas al funcionamiento (relaciones interpersonales, control sobre el comportamiento...) de personas con trastornos psicológicos.

Valora con atención cada descripción y **marca la opción de respuesta que mejor se ajuste a lo que crees**, midiéndose mediante una escala numérica que va de 0 a 4, siendo:

- 0 = Nada de acuerdo
- 1 = Un poco de acuerdo
- 2 = Moderadamente de acuerdo
- 3 = Bastante de acuerdo
- 4 = Muy de acuerdo

Por favor, marca sólo **una respuesta para cada descripción y no dejes ninguna sin contestar.**

La información que nos proporcionas es de carácter **anónimo** y **confidencial**.

¡Muchas gracias por tu colaboración!

Edad:..... Sexo: Mujer Hombre

Grado:.....

Curso:.....

Por favor, lee atentamente cada descripción y **marca la opción de respuesta que mejor describa lo que crees**. Recuerda que se mide mediante una escala numérica que va de 0 a 4, siendo:

- 0 = Nada de acuerdo
- 1 = Un poco de acuerdo
- 2 = Moderadamente de acuerdo
- 3 = Bastante de acuerdo
- 4 = Muy de acuerdo

	0	1	2	3	4
1. Los trastornos psicológicos son enfermedades del cerebro.					
2. El tratamiento psicológico se establece en función del diagnóstico psicológico.					
3. La evaluación psicológica consiste en identificar las condiciones del entorno en las que se da el trastorno psicológico.					
4. La depresión es resultado de un desequilibrio de neurotransmisores.					
5. La eficacia del tratamiento psicológico depende de elaborar un diagnóstico psicológico adecuado.					
6. Los criterios que definen los trastornos psicológicos cambian con la sociedad.					
7. Es muy probable que el tratamiento para dos personas con un mismo diagnóstico sea muy diferente.					
8. Los trastornos psicológicos tienen origen en el cerebro.					
9. La depresión es resultado de una personalidad depresiva.					
10. La evaluación psicológica consiste en establecer un diagnóstico a partir de una serie de síntomas.					
11. La ansiedad es un problema de comportamiento. Nunca una enfermedad.					
12. Los antidepresivos curan la depresión.					
13. Entendiendo las circunstancias de la vida de la persona entenderemos su trastorno psicológico.					
14. Los trastornos psicológicos son un producto de la mente.					
15. Cuando se conozca a fondo el cerebro, se conocerá a fondo como tratar los trastornos psicológicos.					
16. Los trastornos psicológicos son formas de actuar ante los problemas de la vida.					
17. La depresión es consecuencia de los pensamientos negativos de la persona.					
18. La evaluación de comportamientos particulares es lo que determina el tratamiento psicológico.					
19. El tratamiento de los trastornos psicológicos consiste en el uso de psicofármacos.					
20. La eficacia del tratamiento psicofarmacológico depende de la adecuación del diagnóstico psicológico.					
21. Los síntomas de un trastorno psicológico permiten predecir su pronóstico.					
22. Una persona con esquizofrenia tiene peores relaciones interpersonales.					

23. Una persona con alcoholismo tiene peores relaciones laborales.					
24. Una persona con esquizofrenia es imposible que se recupere totalmente.					
25. Las personas con esquizofrenia son incapaces de controlar su comportamiento.					
26. Una persona con alcoholismo tiene peores relaciones interpersonales.					
27. Una persona con esquizofrenia tiene peores relaciones laborales.					
28. Las personas con alcoholismo son incapaces de controlar su comportamiento.					