



Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Vallecillo Chaves, Natividad

Una aproximación psicométrica para la validación de la escala *Attribution
Questionnaire-27* sobre estigma social hacia las personas con enfermedad mental

9 de Junio del 2016

Saavedra Macías, Francisco Javier

Martínez Cervantes, Rafael

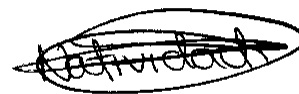
Vallecillo Chaves, Natividad

Una aproximación psicométrica para la validación de la escala *Attribution
Questionnaire-27* sobre estigma social hacia las personas con enfermedad mental

9 de Junio del 2016

Saavedra Macías, Francisco Javier

Martínez Cervantes, Rafael

A handwritten signature in black ink, which appears to be "Natividad", enclosed within a hand-drawn oval shape.

Fdo: Natividad Vallecillo Chaves

Declaración de autoría responsable

Apellidos y Nombre: Vallecillo Chaves, Natividad.

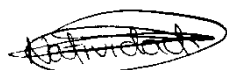
Número de DNI o documento análogo: 29496659X

Declaro bajo mi responsabilidad que

Este proyecto fue escrito por mí y con mis propias palabras a excepción de las citas procedentes de las fuentes referenciadas que están claramente indicadas y reconocidas como cita textual. Tengo constancia de que la incorporación de material público sin su correspondiente cita, la paráfrasis de este material sin referenciar o la utilización de textos, imágenes, metodologías, datos o resultados procedentes de algún trabajo previo o del que no sea autor/a individual, se considera plagio y por lo tanto es susceptible de conllevar el suspenso en el trabajo o la asignatura, así como posibles medidas disciplinarias. Por ello he tenido cuidado en citar cualquier texto, imagen, figura, tabla o ilustración que no sea consecuencia de mi propia investigación, observación o redacción.

Por otro lado, asumo que el profesorado podrá utilizar herramientas de control del plagio que garanticen la autoría de este trabajo.

En Sevilla, a 9 de Junio de 2016



Firma

Índice

1. Resumen	5
2. Introducción.....	6
3. Método	10
3.1. Participantes	10
3.2. Instrumentos	10
3.3. Procedimiento	11
4. Resultados	12
5. Conclusión y Discusión	19
6. Referencias	22

Resumen

El estigma social hacia las personas con enfermedad mental está muy presente en nuestra sociedad. Por lo que es necesaria la creación de instrumentos válidos que ayuden a detectar el estigma. Este trabajo pretende contribuir a la validación de la escala *Attribution Questionnaire-27* (AQ-27) realizando un análisis de fiabilidad en estudiantes universitarios sevillanos. Así como contrastar los resultados obtenidos con estudios previos que también hayan contribuido en su validación. Los resultados obtenidos han mostrado que el test es fiable ($\alpha = .865$) y estable ($r = .88$). Hay algunos factores que han mostrado tener una consistencia interna baja, no obstante la más alarmante es la Culpa que ha mostrado estar integrada por ítems poco relacionados con el test, y además dos de ellos tendentes a ser difíciles. El resto de factores finalmente han sido considerados adecuados. Se puede concluir que es un buen instrumento para medir el estigma social.

Palabras claves: consistencia interna, enfermedad mental, estigma social, fiabilidad.

Introducción

Las personas con enfermedad mental, sobretodo en la cultura occidental, padecen limitaciones desde dos ámbitos. Por un lado, sufren las limitaciones asociadas a la enfermedad, como son los síntomas y las restricciones en determinadas habilidades. Por otro lado, sufren las limitaciones debidas al estigma social que hay sobre la enfermedad mental (Corrigan y Watson, 2002). Este fenómeno está teniendo un impacto relevante en la sociedad actual, para ello es necesario instrumentos adecuados que midan el estigma social y que permitan plantear buenas intervenciones para reducirlo. Por ello el presente trabajo trata de contribuir a la validación del instrumento AQ-27.

El estigma social no es algo novedoso, lleva existiendo desde la edad media. En esta el estigma significaba acusación pública de un criminal, cuya finalidad era que todos lo pudieran reconocer. En la actualidad, este concepto se aplica en el área de la salud para poner de manifiesto que algunos diagnósticos, como la enfermedad mental, despiertan prejuicios contra las personas que lo presentan (Muñoz et al, 2009).

¿Qué es el estigma social? Son las creencias, actitudes, y comportamientos (Corrigan y Watson, 2002) que se tienen sobre alguna característica humana (raza, deformidad física, etc.) que desvaloriza y degrada a la persona a la que se le atribuye (Goffman, 2008). Además, hay dos tipos de estigma: el estigma público y el auto-estigma. El estigma público son las reacciones que el público general tiene sobre las personas con enfermedad mental. Mientras que el auto-estigma son las creencias que tienen sobre sí mismo las personas con enfermedad mental. Estas son el resultado de la internalización del estigma público (Corrigan y Watson, 2002).

Cabe destacar que tanto el estigma público como el auto-estigma están integrados por 3 componentes. El primer componente es el estereotipo, que son las creencias que identifican a un grupo. El segundo componente es el prejuicio, que son las reacciones emocionales negativas o positivas con respecto a esa creencia. Y el tercer componente la discriminación que hace referencia a los comportamientos que tienen lugar como consecuencia o respuesta del prejuicio (Corrigan y Watson, 2002).

Tal y como reflejan Muñoz et al. (2009) el estigma ha sido estudiado mediante dos aproximaciones, los modelos sociológicos que tienden a explicarlo a través de los factores sociológicos y los modelos psicosociales que se suelen centrar en los aspectos psicológicos. Una conceptualización basándose en las teorías sociológicas, sería las que realizan Link y Phelan (2001). Los cuales defienden que el proceso de

estigmatización sigue un determinado curso: primero las personas atienden a las diferencias humanas y las etiquetan con estereotipos negativos. Después a estas etiquetas se las relacionan con las creencias culturales, lo que lleva a la distinción entre las personas etiquetadas y las que no. Finalmente, esto propicia la desigualdad social así como una pérdida de estatus (Muñoz et al., 2009). Otra explicación sociológica del estigma sería la defendida por Goffman (2008) quien defiende que cuando se produce una interacción entre personas se genera una identidad social del otro o de los otros. Esta identidad virtual, según este autor, está compuesta por una serie de atributos personales, que coinciden o no con la identidad social real de esa persona. Estas personas serán tratadas diferentes cuando los atributos inferidos no estén dentro de las categorías normativas. Provocando la discriminación de esa persona. En definitiva, la perspectiva sociológica tiende a explicar el estigma en base a las etiquetas, estereotipos, discriminación y pérdida de estatus (Rüsch et al, 2005).

Por otro lado, una explicación según la teoría psicosocial, sería el modelo propuesto por Corrigan (2000). Este se basó en la teoría de la atribución causal de Bernard Weiner (1995; cit. en Corrigan et al. 2002). En concreto, Corrigan (2000) desarrolló el modelo de responsabilidad. Este defiende que la atribución causal sobre la responsabilidad de la persona en cuanto a su enfermedad, está relacionada con unas consecuencias afectivas determinadas. Estas a su vez desencadenan en una reacción comportamental. En concreto, si se considera a la persona no responsable de su enfermedad se desencadenará la respuesta afectiva de lástima la cual irá acompañada de la reacción comportamental de ayuda. En cambio, no se desencadenará una reacción de ayuda si se considera a la persona responsable de su enfermedad ya que se generará la respuesta de ira (Corrigan, 2000; Corrigan et al. 2002). Además, Corrigan (2000) añadió el modelo de la peligrosidad, ya que esta era uno de los motivos por los que se tendía a discriminar a las personas con enfermedad mental. En este modelo se defiende que una persona realiza una atribución personal sobre la peligrosidad de la persona y que esto se relaciona con el Miedo. Como resultado de esta relación se desencadena una conducta de evitación. En resumen, la perspectiva psicosocial de Corrigan, se centra en el desarrollo cognitivo, en los comportamientos y características principales del estigma social (Rüsch et al., 2005). Por lo tanto, se puede distinguir entre la perspectiva sociológica y la perspectiva psicosocial, no obstante ambas son complementarias.

Con respecto a los antecedentes del estigma, uno de los factores influyentes es la existencia del modelo biomédico en nuestra cultura. El cual distingue las enfermedades de tipo fisiológico de las psíquicas, otorgándole a estas últimas una

denotación negativa e incurable. Esto ha propiciado la estigmatización hacia la enfermedad mental. En la actualidad, se está pretendiendo instaurar el modelo biopsicosocial, pero contamos con el lastre de unas ideas culturales que han estado presentes durante muchos años. Por otro lado, el estigma también puede tener su causa en el desconocimiento de la enfermedad mental y sus síntomas. Según Goffman (2008) el estigma se puede presentar por dos motivos: bien porque no se conocen las diferencias que estamos percibiendo en la otra persona o bien cuando sí se conocen las diferencias, pero la información que se tiene sobre dichas diferencias es incorrecta.

El estigma social produce una limitación en las oportunidades que propician tener una buena calidad de vida. Estas son las escasas oportunidades de trabajo, que se relaciona con una limitación en la autonomía de la persona, con un descuido de sus autocuidados, una bajada en su autoestima, e incluso una reducción de las oportunidades de conocer a otras personas (Corrigan y Watson, 2002). Por lo tanto, el estigma tiene como consecuencia el incremento de los comportamientos de riesgo relacionados con la exclusión social (Twenge, Catanese y Baumeister, 2003). Además, el estigma al ser un fenómeno global afecta tanto al paciente como a su familia. Generando un sufrimiento añadido al de la enfermedad misma que se relaciona con una menor adherencia terapéutica y con más aislamiento (Uribe, Mora y Cortes, 2007). Cabe destacar, que otras personas con enfermedad mental, y también sin ellas, adoptan la postura contraria y actúan de forma activa para disminuir el estigma. Las personas con enfermedad mental que adoptan esta actitud se adhieren mejor al tratamiento y buscan la mejora en su calidad de vida (Muñoz et al., 2015).

Por todo esto es necesario el diseño de programas de intervención que disminuyan el estigma social y que permita que todos podamos tener una buena calidad de vida. Pero además, es importante destacar que no solo hay que atender íntegramente a las personas con enfermedad mental en sus necesidades de apoyo e integración. Sino que también es necesaria la realización de acciones que disminuyan las consecuencias negativas de estigma público (Muñoz et al., 2009). Estas implican aumentar la conciencia con respecto a la enfermedad mental y el estigma así como intervenir con las personas que no tienen enfermedad mental. Ya que, como ya se ha comentado, son las causantes del estigma público, y este a su vez propicia el auto-estigma. En definitiva, el cambio está en la sociedad, no solo en las personas con enfermedad mental. Por ello es necesaria una intervención colectiva.

A lo largo de los últimos años se han ido poniendo en marcha distintas estrategias para acabar con el estigma y con sus consecuencias. Estas son, la protesta (manifestaciones en la calle, reivindicaciones en los medios de comunicación, publicidad, etc.), el contacto con personas con enfermedad mental y la educación sobre la enfermedad mental (mediante libros, documentales, programas). Cabe destacar, que se ha demostrado que el contacto con personas con enfermedad mental puede conllevar a una reducción en el estigma debido a que la educación en estos casos tiene un mayor efecto (Rüsch et al., 2005). En general, se ha demostrado que en las situaciones donde se han aplicado estas estrategias el nivel de estigma social es menor. No obstante el estigma sigue presente en la actualidad ya que las estructuras sociales lo mantienen. Por ello, son necesarias nuevas estrategias e intervenciones que propicien el cambio (Corrigan y Watson, 2002). Para conseguirlo en primer lugar sería interesante estudiar qué hay detrás del estigma social, qué piensa la sociedad sobre la enfermedad mental y sobre cómo tratarlas. Para ello es esencial la importancia de encontrar instrumentos que realmente midan el estigma social. Y una vez que lo sepamos elaborar planes de intervención más directos y eficaces.

Los instrumentos empleados en el estudio del estigma han sido variados. Algunos ejemplos de escalas que han sido utilizadas para el estudio del auto-estigma serían: la *Internalized Stigma of Mental Illness* (ISMI) Ritsher, Otilingam y Grajales (2003). Evalúa la experiencia subjetiva de estigma en las personas con enfermedad mental grave. O la *Social Functioning Scale* (SFS) realizada por Birchwood, Smith, Cochrane, y Wetton (1990). Esta analiza el funcionamiento social en personas con esquizofrenia. Algunos ejemplos de instrumentos usados para medir el estigma público en la sociedad han sido la *Attitude to Mental Illness Questionnaire* (AMI) realizada por Singh, Baxter, Standen y Duggan (1998). Esta escala evalúa la actitud de las personas hacia las causas, tratamiento y consecuencias de la enfermedad mental y sus efectos en la sociedad. O la escala *Attribution Questionnaire-27* (AQ-27). Fue realizada por Corrigan, Watson, Warpinski y Gracia (2004) y traducido al español por Muñoz, Guillén, Pérez y Corrigan (2015). Este cuestionario estudia distintos constructos que explican actitudes, afectos y conductas relacionadas a una persona con enfermedad mental grave. Tres estudios han pretendido contribuir a la validación del AQ-27. El estudio italiano de Pingani et al. (2011), el estudio portugués de Sousa, Marques, Currel y Queirós (2012) y el español de Muñoz, Guillén, Pérez y Corrigan (2015). Debido a que es un instrumento que consideramos muy útil hemos decidido explorar validación al español en una muestra específica. En concreto hemos decidido contar

con una muestra compuesta por estudiantes universitarios cuyo trabajo laboral implicará cierta influencia sobre la sociedad y la transmisión de valores e ideas. En nuestro caso los estudiantes de psicología, de ciencias de la educación, de farmacia o de periodismo.

Por lo tanto los objetivos de este estudio han sido contribuir a la validación del instrumento AQ-27 mediante el estudio de su consistencia interna y de su estabilidad, en estudiantes universitarios sevillanos. Así como contrastar los resultados obtenidos con estudios previos que también han contribuido en su validación.

Método

Participantes

Para la realización de este estudio se contó con una muestra de 170 estudiantes universitarios de la Universidad de Sevilla. Dicha muestra estuvo compuesta por 123 mujeres y 47 hombres, comprendidos en un intervalo de edad entre los 18 y los 31 años de edad, la edad media de la muestra total fue igual a 19.9 años con una desviación típica de 2.24.

Esta muestra se ha formado con estudiantes de Ciencias de la Educación ($n = 20$), de Farmacia ($n = 32$), de Periodismo ($n = 17$) y de Psicología ($n = 101$), la mayoría de ellos estaban en uno de los dos primeros años de facultad ($n = 156$).

El muestreo llevado a cabo fue por conveniencia. Se accedieron a aquellas facultades de la Universidad de Sevilla con las cuales se tenía algún contacto. Procedimos a llamarlos y a enviarles correos pidiéndoles colaboración en el alumnado de sus aulas para el presente trabajo.

Instrumentos

El cuestionario *Attribution Questionnaire-27* (AQ-27; Corrigan, 2012), empleado en este trabajo fue el original de Corrigan y colaboradores traducido al español por la Fundación pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) en el año 2014 . No obstante, cabe destacar que ya existe una versión validada del cuestionario en español, esta es la investigación de Muñoz, Guillén, Pérez y Corrigan (2015). Los cuestionarios empleados para esta investigación se realizaron en el 2014, por lo que aún no estaba publicada la versión oficial. Por ello decidimos usar la versión de FAISEM.

El cuestionario original fue realizado por Corrigan, Watson, Warpinski, y Gracia (2004). Este instrumento cuenta con una viñeta explicativa del caso de un hombre de 30 años con esquizofrenia. Se comenta su sintomatología (escucha voces), así como sus actividades cotidianas (vive en un apartamento, trabaja como secretario en un gabinete de abogados). Además, se indica que ha estado hospitalizado.

La escala se compone de nueve factores presentes en el estigma social, estos son: Culpa, Ira, Lástima, Ayuda, Culpa, Miedo, Evitación, Segregación y Coacción. Cabe destacar que el factor Culpa es denominado en otras investigaciones sobre aproximaciones psicométricas del AQ-27 (Muñoz et al., 2014; Pingani et al., 2012; Sousa et al., 2012) como Responsabilidad.

Cada factor está compuesto por 3 ítems, por lo que la escala está integrada por 27 ítems. Cada ítem se responde con una escala Likert 1 a 9. La puntuación de cada factor se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem que la componen. Antes de realizar la suma se invirtieron las puntuaciones de los ítems incluidos en los factores de Ayuda y de Evitación, debido a que estaban formulados de forma inversa. Cuanto mayor sea la puntuación en cada factor, mayor estigma presentará la persona con respecto a ese factor (Corrigan, 2012). La traducción fue realizada por el departamento de programas e investigación de FAISEM. Primero se tradujo al español y luego al inglés de nuevo.

En cuanto a consistencia interna de la escala: el estudio realizado en España, obtuvo una consistencia interna de .855, la investigación realizada en Italia obtuvo una consistencia interna de .818 y del estudio portugués no se conoce su consistencia interna total.

Procedimiento

Tras tomar contacto con el profesorado de las facultades de la Universidad de Sevilla que nos dio su consentimiento para acceder a sus aulas y administrar el test se obtuvo el consentimiento informado de los participantes. El cual se encontraba incluido en el propio cuestionario, donde se indicaba que si se cumplimentaba el test se entendía que se aceptaba participar en la investigación. Además, se informó en el aula de forma verbal que sus datos no serían identificados, que la cumplimentación era anónima y que tenían total libertad para realizar o no el cuestionario. Tras un entrenamiento previo, 3 alumnos de psicología pasaron los tests durante el año 2014. Los tests fueron administrados y cumplimentados en las aulas de las Facultades de Ciencias de la Educación, de Farmacia, de Periodismo y de Psicología.

Estos cuestionarios fueron auto-administrados. Con respecto a la identificación de cada participante, estos pusieron los 3 primeros dígitos de su DNI y sus iniciales con la finalidad de poder pasar después el retest a las dos semanas. Cabe destacar, que este test fue administrado acompañado de otros dos tests que también medían el estigma. El orden de administración siempre era el mismo. Primero se pasó el AQ-27, después el Test de Asignación de Recursos (RAT, por sus siglas en inglés) y por último la escala del nivel de familiaridad (LOF, por sus siglas en inglés).

Antes de la realización de los tests se explicaron en qué iban a consistir cada uno. En concreto, en la escala AQ-27 se explicó que tenían que responder en base a sus creencias respecto al caso clínico de Harry, mediante una escala Likert de 1 a 9 en los 27 ítems que les aparecía. A continuación se preguntaba a los participantes si tenían alguna duda y en caso de que no fuese así, se comenzaban los cuestionarios.

Con respecto al análisis estadístico realizado, se analizó parte de la fiabilidad del test mediante el índice de consistencia interna (α de Cronbach) y el índice de estabilidad (correlación test-retest). Considerándose como índice de una adecuada consistencia interna las puntuaciones a partir de .70 (George y Mallery, 2003), y un índice a partir de .18 en las correlaciones ítem-test (Field, 2005). Por otro lado, también se ha procedido a una comparación con los estudios de validación previos.

Resultados

Se desarrolló un análisis de fiabilidad del test y se encontró un Alfa de Cronbach de .865, lo cual indica que el test tiene una consistencia interna adecuada y que por tanto es fiable para una investigación colectiva. Además, dicha consistencia interna se mantiene estable en el análisis posterior realizado con el retest, obteniéndose un alfa de Cronbach de .900.

Con respecto a la consistencia interna de cada factor, podemos destacar los resultados presentes en la Tabla 1. Donde se muestra el índice de consistencia interna de cada factor, tanto del test como del retest. También se presenta la muestra que compuso cada factor en cada momento. Tal y como puede observarse en dicha tabla hay 5 factores con un Alfa de Cronbach inferior a .70. Este sería el caso de la Culpa, la Ira, la Lástima, la Evitación y la Coacción. Siendo la Lástima la que presenta la consistencia interna menor. No obstante, la Ira y la Coacción obtuvieron una consistencia interna cercana a .70. Por el contrario, los factores de Ayuda, Peligrosidad, Miedo y Segregación mostraron tener una consistencia interna adecuada. Siendo la Peligrosidad la que obtuvo la consistencia interna mayor.

Con respecto a los datos obtenidos en el retest en cuanto a consistencia interna, se obtuvo que habían factores cuya consistencia interna fueron más estables que otras, tal y como puede verse en la tabla 1. Los factores más estables fueron Culpa, Ira, Ayuda, Peligrosidad, Miedo, Segregación y Coacción. En cambio, hay dos factores cuya consistencia interna ha cambiado drásticamente, la lástima y la evitación. El factor Lástima disminuyó su fiabilidad en el retest. Mientras que el factor Evitación, por el contrario, mejoró drásticamente su fiabilidad.

Tabla 1. *Comparación de la consistencia interna entre test y el retest en los 9 factores que componen el AQ-27-E.*

Factor	Test		Retest	
	A	N	A	N
Culpa	.363	170	.479	170
Ira	.655	169	.718	169
Lástima	.207	170	.112	168
Ayuda	.792	170	.855	170
Peligrosidad	.851	170	.874	170
Miedo	.834	169	.854	170
Evitación	.425	170	.801	170
Segregación	.812	170	.836	170
Coacción	.622	170	.675	169

En cuanto a los estadísticos de cada ítem, podemos ver en la Tabla 2 el número de ítem que le corresponde según aparecían en el test, la media, la desviación tipo y la correlación ítem-test corregida de cada ítem. Cabe recordar que cada ítem presentaba una escala Likert de 1-9. Donde las medias con valores entre 4 y 6 indicaban una valoración media mientras que los ítems con medias entre 1 y 3, indicaban una baja valoración, es decir tendían a ser difíciles de estar de acuerdo, y los más que se encontraban entre 7 y 9, tenían una valoración alta, es decir tendían a ser fáciles de estar de acuerdo. Como se puede observar, la mayoría de los ítems estuvieron cerca de la valoración media, con unas medias que rondaban desde 3 hasta 7. En cambio, se encontraron 8 ítems con una valoración baja: el ítem 10, 4, 23, 8, 12, 20, 17, 25. En orden ascendente, siendo los ítems más tendentes a ser difíciles el 4 y el 10. Concretamente el 10 fue el más difícil. Por el contrario, hay 2 ítems que han mostrado una valoración alta, los ítems 5 y 14, ambos incluidos en el factor Coacción. Pero cabe destacar que no fueron datos muy extremos en cuanto a

valoraciones altas. En base a lo comentado en este párrafo, los factores que han resultado tener más ítems con un índice de dificultad mayor han sido la Ira, la Ayuda y la Responsabilidad, con dos ítems difíciles cada factor. Mientras que la segregación y la coacción, presentaron un ítem tendente a ser difícil de estar de acuerdo. Aunque cabe destacar que esto dos ítems no mostraron valoración muy baja, sino que rozaban el límite de la valoración media. Además, la Coacción también ha mostrado estar compuesta por 2 ítems tendentes a ser fáciles de estar de acuerdo.

Con respecto a la relación de cada ítem con el test, todos los ítems, excepto los ítems 10, 11, 23 y 27, mostraron una relación adecuada con el test (correlación ítem-test igual o superior a .18). En concreto, el ítem con menor relación fue el ítem 11. Cabe destacar que los tres ítems que componen el factor Culpa (ítem 10, 11 y 23) han mostrado una relación ítem-test inferior a .18.

Tabla 2. *Estadísticos de los ítems en el AQ-27 del test (n = 168).*

Factor	Ítems	Ítem N°	M	DT	r _{i-t}
Ira	Me sentiría molesto/a por Harry	1	3.21	1.77	.501
	¿Se sentiría enfadado con Harry?	4	1.60	1.12	.415
	¿Se sentiría irritado/a con Harry?	12	2.48	1.63	.554
Peligrosidad	Me sentiría inseguro/a cerca de Harry	2	4.56	2.02	.673
	¿Cree que Harry es peligroso?	13	3.80	1.93	.683
	Me sentiría amenazado/a por Harry	18	3.11	1.68	.698
Miedo	Harry me aterrorizaría.	3	3.10	1.99	.642
	¿Se sentiría asustado de Harry?	19	3.58	1.90	.691
	¿Se sentiría asustado de Harry?	24	4.20	1.83	.632
Coacción	Si estuviera a cargo del tratamiento de Harry, le obligaría a tomar la medicación.	5	7.78	1.75	.338
	¿Está de acuerdo con que Harry debería ser forzado por su médico a seguir el tratamiento aunque él no quiera?	14	7.23	1.97	.376
	Si yo estuviera a cargo del tratamiento de Harry, le obligaría a vivir en un centro.	25	2.87	1.76	.573
Segregación	Creo que Harry supone un riesgo para sus vecinos si no es hospitalizado.	6	3.15	1.79	.709
	Creo que sería mejor para la comunidad de Harry si él fuera internado en un hospital psiquiátrico.	15	3.17	1.90	.648
	¿Cree que un manicomio, donde Harry estaría apartado de sus vecinos, es el mejor lugar para él?	17	2.73	1.74	.563
Evitación	Si yo fuera un empresario, haría una entrevista de trabajo a Harry.	7	4.54	2.48	.304
	Compartiría coche con Harry todos los días	16	5.64	5.03	.215
	Si yo fuera el propietario de un apartamento, se lo alquilaría a Harry.	26	4.46	1.28	.518
Ayuda	Estaría dispuesto a hablar con Harry de sus problemas.	8	2.40	1.50	.372
	¿Ayudaría a Harry?	20	2.62	1.55	.410
	¿Hasta qué punto se siente seguro de que Ayudaría a Harry?	21	3.10	1.70	.372
Lástima	Sentiría Lástima por Harry.	9	5.99	2.27	.301
	¿Sentiría simpatía por Harry?	22	3.59	1.52	.366
	¿Se siente preocupado por Harry?	27	6.43	1.74	.176
Culpa	Pensaría que Harry es Culpable de la situación en la que se encuentra	10	1.29	.83	.106
	¿Crees que la causa de la situación actual de Harry está bajo control?	11	4.21	2.31	.069
	¿Hasta qué punto cree que Harry es Culpable de su situación?	23	2.04	1.48	.102

r_{i-t}. Correlación ítem-total corregida.

Por otro lado, en cuanto a la correlación de Pearson obtenida en la escala AQ-27, se obtuvo que la relación test-retest era estable con un coeficiente de Pearson de .880. Tal y como puede verse en la Tabla 3, donde se muestra la correlación de Pearson de cada factor entre el test-retest, todos los factores han tenido una correlación significativa ($p < .01$), es decir se han mantenido estables. Cabe destacar que, los que mejores coeficientes han tenido han sido el Miedo y la Coacción. En cambio, los factores con menor estabilidad han sido la Responsabilidad y la Evitación. No obstante, como ya se ha dicho todos han sido significativos.

Tabla 3. *Coefficiente de correlación de Pearson total y de cada factor en función del pre y retest*

Factor	<i>r</i> (test-retest)
Total	.880**
Culpa	.680**
Ira	.728**
Lástima	.695**
Ayuda	.776**
Peligrosidad	.733**
Miedo	.799**
Evitación	.623**
Segregación	.749**
Coacción	.820**

** $p < .01$ (unilateral)

Con respecto a la comparación con estudios previos podemos observar las diferencias y equivalencias entre el estadounidense (Corrigan, 2004), el estudio italiano (Pingani et al., 2012), el portugués de Sousa et al. (2012), el español (Muñoz et al., 2015), y el presente estudio.

En relación a la consistencia interna se han comparado el estudio de Pingani et al. (2012), el de Muñoz et al. (2015) y el presente trabajo. La tabla 4 muestra la consistencia interna de cada factor así como del total del test en cada estudio. La consistencia interna total del test en el presente estudio y en el estudio de Muñoz y colaboradores (2015) fue muy similar respectivamente. No obstante, el estudio italiano presentó una consistencia parecida a la de estos dos estudios, aunque un poco más baja, concretamente.

Con respecto a la consistencia interna obtenida en los distintos factores que componen el AQ-27 podemos observar en la Tabla 4 que el factor de Ayuda ha

obtenido una consistencia interna similar en los 3 estudios. Los factores de Ira, Evitación y Lástima han obtenido datos diferentes en las 3 investigaciones. En concreto, el factor de Ira no tuvo una consistencia interna adecuada en ninguno de los 3 estudios. Lo mismo ocurre con el factor Lástima, aunque en el estudio italiano roza lo adecuado. Mientras que el factor de Evitación, fue adecuado en el estudio español. El factor de Segregación y Coacción ha sido similar en el estudio de Pingani et al. (2012) y en el presente. Aunque en las tres investigaciones la consistencia interna de ambos factores no fue adecuada. Los factores de Peligrosidad y Responsabilidad han sido parecidos entre el estudio de Muñoz et al. (2015) y el presente. Mostrando la Peligrosidad una consistencia interna adecuada en las 3 investigaciones, mientras que la Responsabilidad no mostró una consistencia interna adecuada en ninguna de las tres investigaciones. Por otro lado, el factor de Miedo ha sido similar entre el estudio de Pingani et al. (2012) y el de Muñoz et al. (2015). Aunque cabe destacar que en los 3 estudios se obtuvo una consistencia interna válida.

Tabla 4. *Coefficiente alfa de Cronbach de cada factor y del total del AQ-27 en el presente estudio y en estudios previos.*

Factor	Pingani et al. (2012)	Muñoz et al. (2015)	El presente Trabajo
Miedo	.912	.896	.834
Ira	.521	.577	.655
Ayuda	.814	.766	.792
Peligrosidad	.755	.849	.851
Evitación	.570	.730	.425
Segregación	.801	.858	.812
Lástima	.676	.494	.207
Responsabilidad	.615	.390	.363
Coacción	.570	.478	.622
Total	.818	.855	.865

Por otro lado, también se puede realizar una comparación entre los estudios atendiendo al coeficiente de estabilidad (correlación de Pearson). Esto se ve reflejado en la Tabla 5, donde se comparan el presente estudio con dos trabajos previos, el estadounidense de Corrigan et al. (2004) y el italiano de Pingani et al. (2012). El índice de estabilidad test-retest han sido similares en el estudio italiano y en el presente estudio. El índice de estabilidad en cada factor de cada estudio ha mostrado ser

parecido entre ellos excepto en algunos factores. En concreto, el Miedo y la Coacción han sido similares en el estudio estadounidense y en el italiano. Mostrándose en el presente estudio menos estable que en los otros dos estudios ya mencionados. La Ira y la Evitación muestran una estabilidad diferente en los tres estudios. La Ayuda y la Segregación muestran una estabilidad parecida en los 3 estudios. En cambio, la Peligrosidad, la Lástima y la Responsabilidad muestran coincidir en el estudio italiano y en el presente, y no en el estadounidense.

Tabla 5. *Correlaciones de Pearson test-retest del AQ-27 en el presente estudio y en estudios previos.*

Factor	Corrigan et al. (2004)	Pingani et al.(2012)	Presente estudio
Miedo	.86	.89	.79
Ira	.64	.51	.72
Ayuda	.80	.80	.77
Peligrosidad	.87	.72	.73
Evitación	.78	.54	.62
Segregación	.75	.78	.74
Lástima	.82	.65	.69
Responsabilidad	.55	.68	.68
Coacción	.56	.53	.82
Total	---	.72 u .82	.88

Por otro lado, en cuanto a la relación entre los distintos factores cabe decir que en el presente estudio fueron significativas. Tal y como puede verse en la tabla 6, donde se exponen las correlaciones obtenidas en el presente estudio entre los distintos factores que componen AQ-27. El factor Ira correlaciona significativamente con todos los factores, al igual que la Coacción. El factor Lástima correlaciona con 6 factores (con la Peligrosidad, el Miedo, la Evitación, la Segregación, la Coacción y la Ira). La Ayuda correlaciona con los mismos 6 factores que la Lástima. La Peligrosidad correlaciona con 7 factores (únicamente no correlaciona con la Culpa). Lo mismo ocurre con el factor Miedo, la Evitación y la Segregación. Por último, el factor Culpa únicamente correlaciona con 2 factores (la Ira y la Coacción).

Tabla 6. Índice de estabilidad (correlación de Pearson) entre las distintas dimensiones del AQ-27 en el presente estudio.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Culpa								
2. Lástima	-.003							
3. Ira	.218**	.252**						
4. Peligrosidad	.050	.410**	.609**					
5. Miedo	.121	.451**	.592**	.850**				
6. Ayuda	-.032	.134	.410**	.324**	.320**			
7. Coacción	.151*	.322**	.351**	.374**	.425**	.196*		
8. Segregación	.111	.297**	.574**	.659**	.574**	.366**	.535**	
9. Evitación	-.044	.315**	.152*	.312**	.253**	.262**	.297**	.384**

*. $p < .05$; **. $p < .01$

En cambio, estos resultados no han sido los obtenidos en el estudio Portugués de Sousa et al. (2012). Tal y como puede verse en la tabla 7, donde se representan las correlaciones entre los distintos factores del AQ-27 reproducidas del estudio portugués. Se puede observar en dicha tabla que el estudio portugués muestra tener más variedad en la correlación entre factores. Ningún factor se relaciona con todos los factores. La Responsabilidad se correlaciona significativamente con cuatro factores (Lástima, Peligrosidad, Miedo y Evitación). Al igual que la Segregación, que también se correlaciona significativamente con esos cuatro factores. La Lástima, se correlaciona significativamente con la Responsabilidad y con la Segregación. El factor Ira se correlaciona con la Peligrosidad, el Miedo y la Evitación. Al igual que la Ayuda que correlaciona significativamente con los mismos 3 factores. La Peligrosidad se correlaciona significativamente con 6 factores (Miedo, Ayuda, Segregación, Evitación, Responsabilidad e Ira). El Miedo también correlaciona significativamente con 6 factores (con la Ayuda, la Segregación, la Evitación, la Responsabilidad, la Ira y la Peligrosidad). La Coacción en cambio, solo correlaciona significativamente con la Evitación. Mientras que la Evitación, correlaciona significativamente con todos los factores excepto con la Lástima. En definitiva, la Evitación es el factor que correlaciona con más factores y la Coacción el que correlaciona con menos factores.

Tabla 7. Índice de estabilidad (correlación de Pearson) entre las distintas dimensiones del AQ-27 reproducida del estudio de Sousa et al. (2012).

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Responsabilidad								
2. Lástima	-.354*							
3. Ira	.279	.134						
4. Peligrosidad	.472**	-.073	.499**					
5. Miedo	.458**	.100	.616**	.749**				
6. Ayuda	-.284	.128	-.128	.518**	.413**			
7. Coacción	.286	-.086	.295	.216	.261	-.043		
8. Segregación	.006	.353*	.280	.431**	.561**	-.282	.101	
9. Evitación	.452**	.038	.331*	.633**	.736**	.590**	.388*	.494**

*. $p < .05$.; **. $p < .01$.

Conclusión y Discusión

En base a los resultados obtenidos podemos concluir que el test ha mostrado ser fiable y estable. Esta fiabilidad además, ha sido muy similar a la de los estudios previos, en concreto a la del estudio italiano de Pingani et al. (2012) y a la de Muñoz et al. (2015).

En cambio, los factores Lástima, Culpa, Ira, Evitación y Coacción no mostraron tener una consistencia interna adecuada. Esto pudo ser debido a que cada factor estuvo compuesto únicamente por 3 ítems. No obstante, los otros 4 factores sí que mostraron tener una consistencia interna adecuada. Cabe destacar que la mayoría de los factores mostraron tener unos resultados similares en el retest. Excepto la lástima cuya consistencia interna disminuyó en el retest y la evitación que duplicó su valor.

La consistencia interna baja, o al menos no lo suficientemente significativa del factor lástima, así como el descenso en dicha consistencia en el retest, pudo ser debido a que uno de los ítems que componen dicho factor mostró tener una correlación baja con el test, el ítem 27. No obstante, el coeficiente alfa de Cronbach de dicho factor era cercano al valor adecuado. En el análisis de estabilidad el factor mostró tener una adecuada estabilidad test-retest. Además, todos sus ítems mostraron un índice de valoración medio. Por ello, este factor puede ser considerado como adecuado.

La consistencia interna baja del factor Culpa pudo ser debido a que dos de sus ítems mostraron una valoración baja (el ítem 23 y 10). Además, se obtuvo que los 3 ítems que componen el factor presentaron una correlación ítem-test baja. No obstante, este factor mostró tener estabilidad significativa test-retest. Cabe destacar que el ítem 11 fue el que mostró tener una correlación ítem-test más baja de todo el test. Nuestra hipótesis es que pudo haber sido debido a un problema en la traducción del ítem, ya que el sentido de este tras la traducción es diferente. No obstante, cabe recordar que la traducción usada en este estudio no ha sido la traducción española oficial de Muñoz et al. (2015). Por lo que sería interesante realizar un nuevo estudio con la traducción oficial para ver si estos datos se repiten y plantear sí sería interesante una posible revisión de los ítems que componen el test.

El factor Ira pudo presentar un coeficiente de fiabilidad bajo debido a que estaba compuesto por dos ítems tendentes a ser difíciles de estar de acuerdo, el 4 y el 12. No obstante sus ítems mostraron tener una correlación significativa con el test así como el factor mostró tener estabilidad test-retest. Por lo que hemos considerado este factor como adecuado.

La Evitación, que a pesar de mostrar un coeficiente de fiabilidad bajo, mostró tener una estabilidad test-retest significativa. Además, sus ítems presentaron una relación ítem-test significativa y todos ellos mostraron una valoración media. Este factor puede ser considerado adecuado. Cabe destacar que el aumento exponencial en la consistencia interna en el retest pudo ser debido a un efecto de aprendizaje.

Por último la Coacción, también mostró tener un coeficiente de fiabilidad bajo. Además, de dos ítems tendentes a ser fáciles (ítem 5 y 14) y uno difícil (ítem 25). No obstante, dichas valoraciones fueron cercanas a la valoración media adecuada. Todos los ítems mostraron tener una relación ítem-test significativa y además el factor mostró tener estabilidad. Por ello, este factor también se ha considerado adecuado.

En cuanto a los factores que sí mostraron tener buena consistencia interna, podemos considerarlos adecuados ya que tras hacer el análisis de fiabilidad y de estabilidad de cada uno de estos factores se han obtenido resultados en la misma dirección. El Miedo y la Peligrosidad mostraron ser adecuados tanto en cuestión de consistencia interna, como en el índice de valoración de los ítems, como en la correlación ítem-test corregida y en el coeficiente de estabilidad. En cambio la Segregación y la coacción mostraron estar integradas por un ítem que tendía a ser difícil de estar de acuerdo. En el caso de la segregación fue el ítem 17 y en el caso de la ayuda el 8 y el 20. No obstante los 3 ítems presentaron una media cercana al

intervalo de la valoración medio. Además, la consistencia interna de ambos factores fue adecuada, la correlación ítem-test de sus ítems también lo fue así como el coeficiente de estabilidad cada factor. Por ello los 4 factores han sido considerados adecuados. En definitiva, todos los factores se han considerado adecuados excepto el factor culpa.

Por otro lado, cabe destacar que el presente estudio ha mostrado resultados similares a estudios previos. En concreto ha mostrado tener la misma relación en cuanto a la consistencia interna del test y de sus factores con respecto al estudio italiano y al español. Estos datos han podido ocurrir debido a que las culturas eran semejantes, incluso la misma en el caso del estudio español y el presente. En cambio, con respecto al índice de estabilidad ha mostrado tener relación tanto con el estudio italiano, como con el estadounidense. Aunque ha habido resultados más similares en lo que a índice de estabilidad se refiere entre el estudio italiano y el presente. Probablemente porque ambas culturas son más similares. Por el contrario, con respecto a la correlación significativa entre factores, el presente estudio ha mostrado que los factores están correlacionados con otros factores diferentes a los resultados obtenidos en el estudio portugués, aunque con algunas semejanzas. Estas diferencias pueden ser debidas al tamaño de la muestra, ya que el presente estudio presenta una muestra inferior que el portugués.

Se podría concluir que el test además de ser fiable muestra ser consistente. Cabe pensar que existe una variable latente que es el estigma social. Además, a pesar de que no se haya obtenido un coeficiente de fiabilidad suficiente para estudios individuales sí que ha demostrado tenerlo para su uso a nivel colectivo. Puesto que el estigma social tiene más un interés grupal que individual, se puede considerar este instrumento como adecuado.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se puede destacar que la muestra no ha sido del todo representativa. Aunque se puede considerar ilustrativa de los estudiantes universitarios sevillanos de las facultades de Psicología, Farmacia, Periodismo y Ciencias de la Educación. También, es interesante destacar en este apartado nuevamente que la versión del AQ-27 no ha sido la oficial de Muñoz et al. (2015). Sería interesante realizar el estudio nuevamente con ese instrumento, para revisar el ítem 11 que en este estudio ha mostrado tener la correlación más baja con el test, y que creemos que podría haber sido consecuencia de la traducción de este ítem.

Con respecto a investigaciones futuras, sería interesante analizar la validez de criterio que permita predecir el estigma mediante ese instrumento, utilizar muestras

representativas de la población, y realizar análisis factoriales que contribuyan a la validación de constructo de este instrumento. La importancia de seguir trabajando en este tipo de estudios permite disponer de un instrumento para valorar el estigma social a nivel colectivo. Esto permite a su vez diseñar y realizar intervenciones que ayuden a la disminución del estigma con respecto a la enfermedad mental, tan presente en nuestra sociedad.

Referencias

- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., y Welton, S. (1990). The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Corrigan, P.W. (2000). Mental health stigma as societal attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 48-67.
- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., White, K., y Kubiak. M, A. (2002). Challenging Two Mental Illness Stigmas: Personal Responsibility and Dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28 (2), 293-306.
- Corrigan, P.W. (2012). *Herramientas para la evaluación de programas dedicados a erradicar el estigma de la enfermedad mental*. Illinois Institute of Technology. Traducción realizada por la Fundación pública Andaluza para la Integación Social de Personas con Enfermedad Mental en 2014.
- Corrigan, P.W., y Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on People with mental illness. *World Psychiatry*, 1 (1), 16-18.
- Corrigan, P. W., Watson, A.C., Warpinski, A.C., y Gracia, G. (2004). Stigmatizing attitudes about mental illness and allocation of resources to mental health Services. *Community Mental Health Journal*, 40, 297-309.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2ª ed.). London: Sage George, D., y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4ª ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Goffman, E. (2008). *Estigma. La identidad deteriorada* (2ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.

- Link, B. G., y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Muñoz, M., Guillén A.I., Pérez. E., y Corrigan, P.W. (2015). A structural Equation Modeling Study of the Spanish Mental Illness Stigma Attribution Questionnaire (AQ-27-E). *American Journal of Orthopsychiatry*, 85 (3), 243-249.
- Muñoz. M., Pérez Santos, E., Crespo, M., y Guillén, A.I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial complutense.
- Pingani, L., Forghieri, M., Ferrari, S., Ben-Zeev, D., Artoni, P., Mazzi, F., Palmieri, G., Rigatelli., y M., Corrigan, P.W. (2011). Stigma and discrimination toward mental illness: translation and validation of the italian versión of the Attribution Questionnaire-27 (AQ-27-I). *Social Psychiatry Epidemiology*. 47, 993-999.
- Ritsher, J.B., Otilingam. P. G., y Grajales, M. (2003). Internalized Stigma of Mental Illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 257-265.
- Uribe, M., Mora, O.L., y Cortés, A.C. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 5 (3), 207-219.
- Rüsch, N., Angermeyer, M.C., y Corrigan P.W. (2005). Mental Illness estigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 2, 529-539.
- Singh, S.P., Baxter H., Standen P., y Duggan, C. (1998). Changing the attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. *Medical Education*, 32, 115-120.
- Sousa, S., Marques, A., Curral, R., y Queirós, C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends Psichiatry Psychotherapy*, 34 (4), 186-197.
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., y Baumeister, R. F. (2003). Social exclusion and the deconstructed state: Time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion, and self-awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 409-423.