



Clínica y Salud

ISSN: 1130-5274

ISSN: 2174-0550

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Diego, Soraya E. Castro-de; Vicente-Colomina, Aida de
La Atribución Causal y las Creencias sobre los Trastornos Mentales
en Población General y Psicólogos. Un Estudio Exploratorio
Clínica y Salud, vol. 30, núm. 2, 2019, pp. 81-90
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

DOI: <https://doi.org/10.5093/clysa2019a13>

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180660289004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

La Atribución Causal y las Creencias sobre los Trastornos Mentales en Población General y Psicólogos. Un Estudio Exploratorio

Soraya E. Castro-de Diego y Aida de Vicente-Colomina

CES Cardenal Cisneros, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 14 de enero de 2019
Aceptado el 6 de marzo de 2019
Online el 26 de abril de 2019

Palabras clave:
Creencias sobre la enfermedad
Trastornos mentales
Modelo biomédico
Atribuciones causales
IPQ-R

Keywords:
Illness perceptions
Mental disorders
Biomedical model
Causal attributions
IPQ-R

R E S U M E N

Con el objetivo de comparar las creencias sobre los trastornos mentales en población general y en profesionales de la Psicología y analizar las diferencias entre aquellos que presentan una atribución causal biomédica vs. psicosocial sobre estas creencias, se aplicó una versión adaptada del *Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) a una muestra de 166 participantes. El consumo de drogas y el desequilibrio bioquímico cerebral fueron las causas señaladas con mayor nivel de acuerdo por la población general y el estrés y el consumo de drogas por los profesionales de la Psicología. Los participantes de la población general que adoptaron una explicación biológica consideraron estos problemas como significativamente más crónicos que los se inclinaron por causas psicosociales. Los psicólogos señalaron los trastornos mentales como significativamente menos crónicos, menos cíclicos, más controlables por la persona y el tratamiento, más coherentes y asociados a una menor representación emocional negativa que la población general.

Causal attribution and beliefs toward mental disorders among general population and psychologists. An exploratory study

A B S T R A C T

In order to compare beliefs toward mental disorders among the general population and psychologists and to analyze the differences on these beliefs between those who present biomedical vs. psychosocial causal attribution, an adapted version of the *Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) was administered to a sample of 166 participants. Drug use and brain biochemical imbalance were the causes most agreed upon by the general population, whereas stress and drug use were the causes most agreed upon by psychologists. Participants in the general population who adopted a biological explanation considered these problems as significantly more chronic than participants who chose psychosocial causes. Psychologists perceive these problems as significantly less chronic, less cyclical, more controllable by the individual and the treatment, more coherent, and associated with less negative emotional representation than the general population.

El interés por los conocimientos, creencias y actitudes de la población hacia los trastornos mentales se inició en la década de los 80, centrándose principalmente en el estudio de las creencias de los propios pacientes y progresivamente en las percepciones y creencias de los familiares, de los profesionales de la salud y de la población general (Angermeyer, Holzinger, Carta y Schomerus, 2011; Angermeyer, van der Auwera, Carta y Schomerus, 2017).

Uno de los modelos teóricos más ampliamente utilizados en este ámbito es el Modelo de autorregulación, o Modelo del sentido común, de Leventhal, Meyer y Nerenz (1980). Dicho modelo, que ha sido validado empíricamente (Hagger, Koch, Chatzisarantis y Orbell, 2017), considera que las personas tratan de entender y buscar una

explicación a los síntomas asociados a su enfermedad y adoptan un papel activo en la búsqueda de soluciones hacia su problema de salud. De esta manera, las personas forman creencias sobre sus síntomas (representación cognitiva y emocional), que influyen en sus estrategias de afrontamiento y en su respuesta emocional a la enfermedad (evitación, desahogo emocional, búsqueda de apoyo social, etc.), mediante un proceso dinámico en el que la información sobre la enfermedad o los cambios en los síntomas influyen en la reevaluación que hacen sobre su enfermedad y, consecuentemente, puede dar lugar a un cambio en las conductas de afrontamiento, búsqueda de ayuda o respuesta emocional (Leventhal et al., 1980). De este modo, el modelo de Leventhal et al. (1980) defiende la importancia de identificar la

Para citar este artículo: Castro-de Diego, S. E. y de Vicente-Colomina, A. (2019). Atribución causal y creencias sobre los trastornos mentales en población general y psicólogos. Un estudio exploratorio. *Clínica y Salud*, 30, 81-90. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a13>

Correspondencia: aida_dv@universidadcisneros.es (A. de Vicente-Colomina).

representación que nos hacemos de las diferentes enfermedades para poder desarrollar estrategias adecuadas de intervención y facilitar la adaptación y recuperación de los pacientes.

De acuerdo con los estudios desarrollados por Leventhal y su equipo, la representación cognitiva de la enfermedad está formada por cinco dimensiones: identidad (denominación o etiqueta de la enfermedad y síntomas asociados a ella), causas (atribuciones de la persona al origen de su enfermedad), duración (percepción del tiempo que considera la persona que se mantendrá su problema), consecuencias (repercusiones derivadas de su enfermedad) y control (expectativas sobre su tratamiento y sobre el control que tiene de los síntomas de la enfermedad) (Leventhal, Phillips y Burns, 2016).

Teniendo en cuenta estas dimensiones, Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne (1996) diseñaron un instrumento de evaluación de las creencias sobre enfermedades que se puede adaptar a diferentes patologías y colectivos: el *Illness Perception Questionnaire* (IPQ). Este cuestionario posteriormente fue revisado mediante el IPQ-R (Moss-Morris et al., 2002), incorporándose, junto a las dimensiones descritas, la evaluación de la representación emocional, siendo hoy en día uno de los instrumentos de evaluación de la percepción y de las creencias sobre la salud más utilizado a nivel mundial (Baines y Wittkowski, 2013; Quiceno y Vinaccia, 2010). A este respecto, el IPQ-R ha sido aplicado para evaluar la percepción de la población general y pacientes en un amplio conjunto de enfermedades físicas y de trastornos mentales (una revisión de estos estudios puede consultarse en Baines y Wittkowski, 2013).

Además de la utilidad de la evaluación de las creencias en la población general, diversos estudios han demostrado el interés de evaluar las creencias que tienen los profesionales sanitarios, en la medida en que se ha encontrado que las creencias de los profesionales afectan a sus actitudes hacia los pacientes y al trato que les proporcionan, así como a la presencia de comportamientos estigmatizantes (Brenner, Hippel, Kippax y Preacher, 2010; Teixeira, Pais-Ribeiro y da Costa Maia, 2012; Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel y Garretsen, 2013; Worsely, Whitehead, Kandler y Reuber, 2011), con el consiguiente efecto de dichos comportamientos en el rechazo de los pacientes hacia la búsqueda de ayuda posterior (Sartorius, 2007) y su influencia en las creencias que se forman los propios pacientes y familiares de su problema de salud (Ayu, Dijkstra, Golbach, De Jong y Schellekens, 2016; Jacoby, Snape y Baker, 2005). Asimismo, las discrepancias entre la percepción de los profesionales sanitarios y del público general se han asociado con peor resultado de los tratamientos (Ogden y Flanagan, 2008; Russell, Davies y Hunter, 2011), por lo que la comparación de las creencias entre estos dos grupos ha resultado ser una información provechosa para mejorar la intervención (Goodman, Morrissey, Graham y Bossingham, 2005).

En relación con los trastornos mentales, una revisión de 19 estudios realizada por Wahl y Aroesty-Cohen (2010) mostró que si bien en líneas generales se observan actitudes positivas entre los profesionales sanitarios hacia las personas con trastorno mental, todavía persisten ciertas expectativas negativas, tales como la creencia en la peligrosidad de estos pacientes, la persistencia de dudas o escepticismo sobre su posibilidad de recuperación, la opinión de que estos pacientes no deben casarse o tener hijos y la presencia de prejuicios para la aceptación social de estos pacientes en su círculo social y/o laboral, por lo que los autores insisten en la importancia de continuar profundizando en la evaluación de las creencias de los profesionales sanitarios, en la medida en que son los responsables de tomar decisiones importantes sobre la vida de los pacientes y actúan como modelos de conducta y líderes de opinión autorizados.

Asimismo, otro de los aspectos que más atención ha recibido en los últimos años es el estudio de la atribución a causas biológicas del origen de los problemas de salud mental y su impacto en las creencias y actitudes de los pacientes, profesionales y público general (Angermeyer et al., 2011; Larkings y Brown, 2017). En este ámbito de investigación, los defensores del modelo biomédico o de enfermedad –es

decir, el modelo que considera que estos problemas son producto de alteraciones de los neurotransmisores cerebrales, anomalías genéticas o defectos en la estructura y función cerebral– plantean que este marco teórico facilita la comprensión de estos problemas y mejora la visión y aceptación social de las personas con trastorno mental al reducir la carga de responsabilidad y culpa de los afectados y mejorar la actitud hacia la búsqueda de ayuda y la recuperación (Andreassen, 1984; Lee, Farrell, McKibbin y Deacon, 2016).

En contraste con este punto de vista, un importante número de investigaciones ha puesto en evidencia que la adopción de un modelo de enfermedad o biomédico en salud mental está asociado a un aumento de la autoculpabilización y del pesimismo con respecto a la recuperación por parte de los pacientes (Kemp, Lickel y Deacon, 2014; Larkings y Brown, 2017; Rüsch, Todd, Bodenhausen y Corrigan, 2010), así como a una mayor distancia social y visión negativa de la población general hacia las personas con trastorno mental (Angermeyer et al., 2011; Read y Dillon, 2013) y a una mayor inclinación hacia el tratamiento farmacológico frente a la psicoterapia (Angermeyer et al., 2017; Deacon, 2013; Kemp et al., 2014).

De esta manera, el análisis del modelo de enfermedad en salud mental está cobrando actualmente un especial protagonismo en el ámbito académico y profesional, siendo objeto de un intenso y prolijo debate que plantea la necesidad de un cambio de paradigma en salud mental (Deacon, 2013).

En nuestro país, los estudios sobre percepción y creencias en torno a los problemas de salud mental son muy escasos y se han centrado en la evaluación de trastornos específicos. Por ejemplo, el estudio de Quiles, Terol y Marzo (2009) con una muestra de mujeres españolas con trastornos de alimentación concluyó que estas mujeres consideraron su trastorno crónico y con graves consecuencias, pero controlable a través de su conducta y del tratamiento. Asimismo, dicho estudio evidenció la relación entre la influencia de estas creencias y la capacidad de ajuste psicosocial de las pacientes (Quiles et al., 2009). Por su parte, Ruiz et al. (2012) realizaron una encuesta con población general sobre las creencias sobre la esquizofrenia y el trastorno bipolar, observando el desconocimiento de la población española respecto a la sintomatología específica asociada a estos trastornos, así como la atribución de graves consecuencias para la vida de la persona, para la sobrecarga familiar y para el sufrimiento y el funcionamiento normal del individuo. Más recientemente, Sanz y García-Vera (2017) analizaron las ideas sobre la depresión y su tratamiento recogidas en los medios de comunicación y en otros textos de referencia en nuestro país (como las guías de práctica clínica), señalando la presencia de un conjunto de ideas erróneas, tales como la creencia de que la psicoterapia es menos eficaz que la medicación antidepresiva o que el tratamiento de la depresión es de larga duración, entre otras.

De esta manera, hasta donde conocemos, no existen estudios previos en España que hayan evaluado la percepción de la población general sobre los problemas de salud mental considerados en su conjunto, la comparación de estas creencias con las de los profesionales de la Psicología y la posible influencia de la adopción de un modelo biologicista sobre estas creencias, siendo, por tanto, el objetivo del presente estudio preliminar exploratorio.

Método

Participantes

Los participantes de la población general fueron captados a través de correo electrónico, redes y contactos sociales. Como criterio de inclusión se consideró ser mayor de edad y tener un dominio adecuado del castellano. Como criterios de exclusión se consideraron el tener alguna titulación vinculada al ámbito específico de la salud mental (Psicología, Psiquiatría o Enfermería con especialidad en salud mental) y estar diagnosticado actualmente de un problema de salud

mental o estar recibiendo tratamiento en la actualidad por este motivo. La muestra final quedó constituida por 118 participantes de la población general, un 73% mujeres (86 mujeres y 32 hombres), con una edad media de 31 años ($DT = 9.98$, con un rango de 18 a 65 años). Una descripción detallada de la muestra de la población general puede consultarse en la [Tabla 1](#).

Los profesionales de la Psicología fueron captados a través de cursos de posgrado en Psicología sanitaria en diferentes universidades españolas. Como criterio de inclusión se consideró tener el graduado o licenciatura en Psicología. La muestra del grupo de profesionales quedó conformada por 48 participantes, un 93.8% mujeres, con una edad media de 25.5 años ($DT = 6.09$, rango de edad entre 21 y 54 años).

Tabla 1. Descriptivos de la muestra de la población general en las variables sociodemográficas

Variable	Muestra total ($N = 118$)
Sexo (% mujeres)	73.0%
Edad M (DT)	31 (9.8)
Estado civil	
Soltero	57.3%
Casado	21.4%
En pareja	17.9%
Divorciado	2.5%
Viudo	0.9%
Nivel de estudios	
Estudios primarios	4.2%
Estudios secundarios	2.5%
Bachillerato	10.2%
Formación profesional	18.6%
Estudios universitarios	39.0%
Posgrado	25.4%
Área de conocimiento en estudios superiores	
Arte y Humanidades	10.4%
Ciencias puras	13.2%
Ciencias de la salud	15.1%
Ciencias sociales y jurídicas	22.6%
Estudios técnicos	21.7%
Otras áreas	17.0%
Situación de empleo	
Trabaja	58.6%
Estudia	24.1%
Parado	13.8%
Jubilado	0.9%
Tareas del hogar	2.6%
Historia pasada de tratamiento en salud mental	
No	84.7%
Sí	15.3%

Nota. Todas las variables aparecen expresadas en porcentajes salvo que se indique otra cosa. M = media; DT = desviación típica.

Instrumentos

Consentimiento informado y cuestionario de características demográficas. Diseñado específicamente para esta investigación, se trata de un cuestionario que recoge información acerca de diferentes variables sociodemográficas.

Versión del IPQ-R para trastornos mentales en población general (IPQ-R TM). El IPQ-R ([Moss-Morris et al., 2002](#)) es un cuestionario de evaluación de las creencias sobre enfermedades diseñado para adaptarse a diferentes patologías y colectivos. Con objeto de adaptarlo en esta investigación a la evaluación de las creencias sobre los trastornos mentales por parte de población general y crear el IPQ-R TM, se llevó a cabo una serie de pasos. En primer lugar, tres psicólogos expertos en el área clínica y de evaluación psicológica realizaron una

traducción independiente de los ítems del IPQ-R y una adaptación a trastornos mentales y a población general. Para ello partieron tanto de la versión original en lengua inglesa como de las tres versiones traducidas y adaptadas previamente al castellano para otras enfermedades en estudios previos ([Beléndez Vázquez, Bermejo Alegría y García Ayala, 2005](#); [Pacheco-Huergo et al., 2012](#); [Quiles, Terol, Romero y Pagán, 2007](#)). De esta manera, los expertos incluidos en el panel propusieron una versión independiente de los ítems originales mostrando gran coincidencia entre las tres versiones. Después, se convocó una reunión para revisar de forma sistemática las preguntas e instrucciones de la versión adaptada, hasta obtener por consenso la primera versión de la prueba (IPQ-R TM).

Tras este proceso, se procedió a cambiar el título del cuestionario y a sustituir el término “enfermedad” de la prueba original por el de “trastorno mental”, tal y como sugieren los autores de la prueba original ([Moss-Morris et al., 2002](#)). Asimismo, siguiendo las recomendaciones y los pasos de la adaptación del cuestionario original a población general o a profesionales sanitarios realizadas por otros autores ([Ayu et al., 2016](#); [Fleming, Martin, Miles y Atkinson, 2009](#); [Moss-Morris et al., 2002](#)), la subescala de identidad, que evalúa los síntomas experimentados por el paciente, se eliminó y la estructura de los ítems de la subescala de percepciones se adaptó para la percepción por parte de una persona diferente al paciente que sufre la enfermedad o trastorno. Así, por ejemplo, “el curso de mi enfermedad depende de mí”, se transformó en “el curso del trastorno mental depende de la persona que lo padece”. En relación con la subescala de atribuciones causales se eliminaron de la lista original de [Moss-Morris et al. \(2002\)](#) las causas de “estado emocional del paciente, como desánimo” (al ser un síntoma característico de muchos trastornos mentales) y otros factores causales de la enfermedad como el tabaco, la edad y la alteración de la inmunidad (por no ser opciones apropiadas para el caso de los trastornos mentales) y, teniendo en cuenta la literatura científica en el campo, se incluyeron otros posibles factores que pudieran ser percibidos como causales, como consumo de drogas, pérdidas interpersonales, problemas en la dinámica familiar, pérdida de amigos o personas significativas, desequilibrio bioquímico en el cerebro, alteración de los circuitos cerebrales y anomalía cerebral ([Brown et al., 2007](#); [Cabassa, Lagomasino, Dwight-Johnson, Hansen y Xie, 2008](#); [Deacon, 2013](#); [Lobban, Barrowclough y Jones, 2005](#)).

De esta manera, el IPQ-R TM consta de 2 secciones que evalúan los siguientes dominios de la percepción de la enfermedad: percepción y atribuciones causales.

La primera sección del IPQ-R TM (percepciones) se compone de 38 ítems de las siguientes subescalas:

- Duración (agudo/crónico, 6 ítems): puntuaciones altas en esta subescala indican que la persona adopta una visión de cronicidad acerca de los trastornos mentales.
- Naturaleza cíclica del problema (4 ítems): puntuaciones altas en esta subescala sugieren que el individuo percibe los trastornos mentales como cíclicos, intermitentes.
- Consecuencias del problema (6 ítems): puntuaciones altas en la subescala de consecuencias indican que la persona percibe los trastornos mentales como una condición grave y discapacitante.
- Control personal sobre el problema (6 ítems): puntuaciones altas en la subescala de control personal sugieren que la persona tiene la expectativa de que los trastornos mentales pueden ser controlados eficazmente a través de la eficacia personal o del comportamiento de la persona.
- Curación o control del problema atribuido al tratamiento (5 ítems): puntuaciones altas en esta subescala sugieren que la persona tiene la expectativa de que los trastornos mentales pueden ser controlados eficazmente a través del tratamiento.
- Coherencia (5 ítems): puntuaciones altas en esta subescala indican que la persona tiene un conocimiento que le proporciona una comprensión clara y coherente de los trastornos mentales.

- Representación emocional (6 ítems): puntuaciones altas en esta subescala indican que los trastornos mentales se asocian a una intensa respuesta emocional negativa.

La segunda sección (atribuciones causales) contiene 21 ítems, que piden valorar en qué grado se consideran diversos factores como posibles causas de los trastornos mentales. Las categorías de respuesta para todos los ítems varían de 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*).

Con el fin de conocer la inclinación hacia un modelo biomédico o psicosocial, se añadió una pregunta adicional en la que se solicitaba al participante que señalara a su modo de ver las dos causas más importantes en el origen de los trastornos mentales (de entre las 21 causas que se le proponían).

Procedimiento

El test fue diseñado para su cumplimentación a través de una plataforma online, distribuyéndose el enlace al mismo a través de muestreo por bola de nieve, por medio del cual a partir de una muestra inicial de 2 personas se llevó a cabo su difusión a través de correo electrónico, redes y contactos sociales (Facebook), solicitando a su vez su difusión a más contactos.

Análisis de Datos

De acuerdo con los objetivos planteados en el estudio, se realizaron diversos análisis de datos.

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis de fiabilidad de la versión del IPQ-R para trastornos mentales mediante el cálculo del alfa de Cronbach.

En segundo lugar, para el análisis de los resultados sobre las características sociodemográficas de las muestras y la descripción de las puntuaciones se calcularon diferentes estadísticos descriptivos, como medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes.

En tercer lugar, se realizó una comparación de las respuestas de los participantes de la población general ($n = 118$) con la muestra de profesionales de la Psicología ($n = 48$), en las diferentes subescalas del IPQ-R TM, mediante un ANOVA para medidas independientes. Como tamaño del efecto para estas comparaciones se empleó la d de Cohen (Cohen, 1988). Para el cálculo de la d se consideró como desviación típica el promedio de las desviaciones típicas, de acuerdo con las indicaciones y recomendaciones establecidas en la literatura (Cumming, 2012). Convencionalmente, los valores del tamaño del efecto de la d de Cohen pueden ser interpretados como pequeños a partir de 0.20, moderados a partir de 0.50 o grandes a partir de 0.80, de acuerdo con Cohen (1988).

En cuarto lugar, para la evaluación del efecto de la atribución causal biológica sobre la percepción de los trastornos mentales en la muestra de la población general, se dividió a la muestra en dos grupos:

aquellos que señalaron entre las dos causas principales de los trastornos mentales alguna variable de tipo biológico (esto es, “alteración de los circuitos cerebrales”, “hereditario, viene de familia”, “un microbio o virus”, “trastorno químico cerebral” o “anomalía cerebral”) y aquellos que indicaron exclusivamente variables de tipo psicosocial entre estas dos primeras causas (por ejemplo, “la personalidad del paciente”, “la propia conducta del paciente”, “estrés o preocupaciones”, “la dinámica familiar”, “experiencias negativas del pasado”, etc.). Se realizó una comparación en las variables demográficas mediante t de Student para las variables continuas y mediante la prueba de χ^2 para las variables categóricas, un ANOVA para medidas independientes para comparar las puntuaciones en las subescalas del IPQ-R TM y se empleó la d de Cohen para el cálculo del tamaño de las diferencias entre estos dos grupos, tal y como se ha descrito previamente.

Todas las variables consideradas y medidas en este estudio fueron grabadas, codificadas y analizadas con el programa de tratamiento estadístico SPSS 19.0. En los análisis estadísticos que se efectuaron se adoptó por convención un nivel de significación de .05.

Resultados

Análisis de la Fiabilidad y Resultados Descriptivos en el IPQ-R TM en Población General

Los valores del alfa de Cronbach obtenidos para cada una de las subescalas fueron: .62 (duración), .67 (naturaleza cíclica), .65 (consecuencias), .64 (control personal), .63 (control del tratamiento), .82 (coherencia) y .82 (representación emocional).

Los estadísticos descriptivos para cada una de las subescalas de la sección de percepción del IPQ-R TM en la población general se muestran en la [Tabla 2](#). Las puntuaciones medias en cada una de las subescalas evidencian que los participantes de la población general perciben los trastornos mentales como más crónicos que agudos ($M = 3.5$), más cíclicos que permanentes ($M = 3.5$), con serias consecuencias negativas para la persona ($M = 4.1$), así como consideran que los trastornos mentales están bajo control de la persona ($M = 3.7$) y del tratamiento externo ($M = 3.7$), refieren comprender de manera moderada estos problemas de salud ($M = 3.4$) y asocian estos problemas con cierta emocionalidad negativa ($M = 3.2$).

En relación con la sección de “causas” del IPQ-R TM, los factores identificados por la muestra de la población general con mayor grado de acuerdo como causas para la aparición de problemas de salud mental fueron el consumo de drogas y el trastorno bioquímico en el cerebro ($M = 4.2$ y 4.1 respectivamente). Otros factores que alcanzaron un elevado nivel de acuerdo fueron la alteración de los circuitos cerebrales, la anomalía cerebral, el consumo de alcohol, la pérdida de amigos o personas significativas y las experiencias negativas del pasado, mostrando una puntuación media de 3.9. Finalmente, otras causas, como un microbio o virus ($M = 1.9$), el azar ($M = 2.3$), la

Tabla 2. Descriptivos de las variables de resultados entre la muestra de la población general y la muestra de profesionales de la Psicología: significación estadística de las diferencias y tamaños del efecto

Subescala del IPQ-R TM	Grupo de población general ($n = 118$)		Grupo de profesionales de la psicología ($n = 48$)		Significación estadística		
	M	DT	M	DT	$F_{(1, 92)}$	p	d de Cohen
Duración	3.5	0.5	3.2	0.4	23.1	< .0001***	0.8
Naturaleza cíclica	3.5	0.6	3.0	0.6	24.3	< .0001***	0.9
Consecuencias	4.1	0.4	4.0	0.4	3.8	.054	0.3
Control personal	3.7	0.5	4.0	0.5	17.0	< .001***	- 0.7
Control del tratamiento	3.7	0.5	4.0	0.5	7.9	.005**	- 0.5
Coherencia	3.4	0.7	4.3	0.5	70.7	< .0001***	-1.5
Representación emocional	3.2	0.8	2.8	0.7	7.5	.007**	0.5

Nota. Rango de posibles respuestas 1-5, indicando las puntuaciones altas un valor más alto de la subescala evaluada. M = media; DT = desviación típica.

** $p < .01$, *** $p < .001$.

contaminación ($M = 2.7$) o la dieta ($M = 2.7$), fueron las que menos nivel de acuerdo obtuvieron como posibles causas de problemas de salud mental en la presente muestra.

Comparación de las Creencias sobre los Trastornos Mentales en la Población General y en los Profesionales de la Psicología

Los estadísticos descriptivos para cada una de las subescalas de la sección de percepción del IPQ-R TM en el grupo de profesionales de la Psicología también aparecen recogidos en la [Tabla 2](#). Cuatro subescalas muestran puntuaciones elevadas, por encima de los 4 puntos (en un rango de 1 a 5): consecuencias, control personal, control del tratamiento y coherencia, indicando que los psicólogos refieren tener una elevada comprensión acerca de los trastornos mentales y perciben que estos problemas tienen graves consecuencias para las personas afectadas y son altamente controlables mediante la conducta del paciente y el tratamiento.

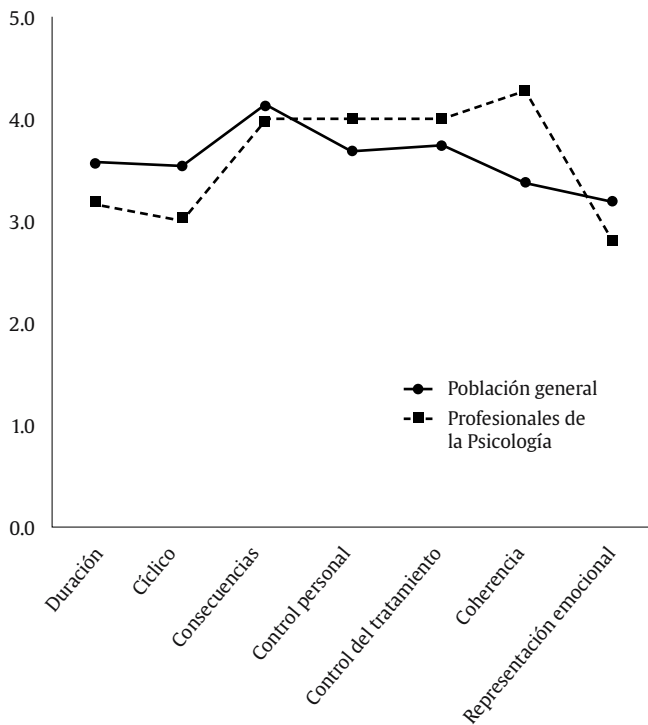


Figura 1. Puntuaciones en las subescalas del IPQ-R TM en población general y profesionales de la Psicología.

En relación con la sección de “causas” del IPQ-R TM, los factores identificados por la muestra de profesionales de la Psicología que obtuvieron un mayor grado de acuerdo como causas para la aparición de problemas de salud mental fueron el estrés, el consumo de

drogas y el consumo de alcohol ($M = 4.2$ en todos los casos). Asimismo, otros factores que alcanzaron un elevado nivel de acuerdo fueron las experiencias negativas del pasado, los problemas o preocupaciones familiares, la personalidad del paciente y la dinámica familiar, con una puntuación media de 4.0. Finalmente, las causas con menor nivel de acuerdo en la muestra de profesionales de la Psicología fueron un microbio o virus ($M = 2.1$) y el azar ($M = 2.0$).

Al comparar el grupo de participantes de la población general frente a los profesionales de la Psicología, se observan diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la subescala de duración, naturaleza cíclica, control personal, control del tratamiento, coherencia y representación emocional, de modo que los profesionales de la Psicología perciben estos trastornos, de manera estadísticamente significativa, como menos crónicos, menos cíclicos, más controlables mediante la conducta de la persona y del tratamiento, más coherentes o comprensibles y con menor carga emocional negativa que los participantes de la población general (véase [Tabla 2](#) y [Figura 1](#)), siendo el tamaño del efecto de las diferencias moderado en la subescala de control personal, control de tratamiento y representación emocional y grande en el resto de las subescalas mencionadas (con valores entre $d = 0.9$ y $d = 1.5$). Los descriptivos de los participantes de ambos grupos en cada una de las subescalas de la sección de percepción del IPQ-R TM, así como la comparación estadística mediante ANOVA para medidas independientes y los tamaños del efecto, se recogen en la [Tabla 2](#).

Efecto de la Explicación Causal Biológica en la Percepción de los Trastornos Mentales en la Población General

Con el objetivo de comprobar si la explicación causal biológica o psicosocial de los trastornos mentales influye en la percepción que la población general tiene de estos problemas, se dividió a este grupo en dos: aquellos que señalaron entre las dos causas principales de los trastornos mentales alguna variable de tipo biológico (es decir, “alteración de los circuitos cerebrales”, “hereditario, viene de familia”, “un microbio o virus”, “trastorno químico cerebral” o “anomalía cerebral”) y aquellos que indicaron exclusivamente variables de tipo psicosocial entre estas dos primeras causas. Del total de los 118 participantes de la población general, 24 no contestaron a esta pregunta. De los 94 participantes restantes, 53 seleccionaron al menos una variable biológica entre estas dos causas y 41 indicaron exclusivamente variables psicosociales, conformando los grupos de comparación.

En la [Tabla 3](#) se presenta el análisis de homogeneidad, mediante t de Student para las variables continuas y mediante la prueba de χ^2 para las variables categóricas, en las características sociodemográficas, al dividir la muestra total de acuerdo a este criterio. Como puede observarse, no se apreciaron diferencias significativas en relación al sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, situación de empleo e historia pasada de tratamiento en salud mental entre estos dos grupos.

En la [Tabla 4](#) se muestran los descriptivos de los participantes de ambos grupos (explicación biológica vs. explicación psicosocial) en

Tabla 3. Homogeneidad de los participantes de la población general que refieren una explicación causal biológica vs. psicosocial, en las variables sociodemográficas. Estadísticos descriptivos, t de Student y prueba χ^2 de homogeneidad de ambos grupos

Variable	Grupo de explicación causal biológica ($n = 53$)	Grupo de explicación causal psicosocial ($n = 41$)	Diferencia entre grupos	
			t/χ^2	p
Sexo (% mujeres)	71.7%	75.6%	0.181	.670
Edad (M (DT))	30.7 (10.3)	29.8 (9.6)	0.436	.664
Estado civil (% de solteros)	54.7%	61.0%	3.457	.630
Nivel de estudios (% posgrado)	30.2%	24.4%	3.500	.623
Situación de empleo (% trabaja)	60.4%	51.2%	4.414	.491
Historia pasada de tratamiento en salud mental (% no)	90.6%	80.5%	1.970	.160

Nota. M = media; DT = desviación típica.

Tabla 4. Descriptivos de las variables de resultados en la muestra de población general según la importancia otorgada a las causas biológicas o psicosociales: significación estadística de las diferencias y tamaños del efecto

Subescala del IPQ-R TM	Grupo de explicación causal biológica (n = 53)		Grupo de explicación causal psicosocial (n = 41)		Significación estadística		
	M	DT	M	DT	F _(1,92)	p	d de Cohen
Duración	3.7	0.4	3.3	0.5	14.7	.0002***	-0.8
Naturaleza cíclica	3.5	0.6	3.6	0.5	0.1	.7180	0.1
Consecuencias	4.2	0.5	4.1	0.4	2.1	.1527	-0.3
Control personal	3.6	0.5	3.7	0.5	0.6	.4547	0.2
Control del tratamiento	3.7	0.5	3.8	0.5	1.8	.1807	0.3
Coherencia	3.3	0.7	3.5	0.7	2.3	.1335	0.3
Representación emocional	3.3	0.7	3.1	0.9	1.8	.1790	-0.3

Nota. M = media; DT = desviación típica.

***p < .001.

cada una de las subescalas de la sección de percepción del IPQ-R TM, así como la comparación estadística mediante ANOVA para medidas independientes.

Al comparar el grupo de participantes que refirieron factores biológicos como causas principales de los trastornos mentales frente al grupo de participantes que refirieron causas psicosociales, se observan diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de duración, de modo que los participantes que adoptaron un marco de explicación biológica del origen de los trastornos mentales consideraron estos trastornos como significativamente más crónicos que el otro grupo de participantes, con un tamaño del efecto grande ($d = 0.8$) (véase [Tabla 4](#)).

Discusión

En el presente estudio preliminar exploratorio se ha realizado una evaluación de la percepción de los problemas de salud mental en una muestra de la población general, comparándola con una muestra de profesionales de la Psicología y se ha estudiado el efecto de la adopción de un modelo de explicación biológico o psicosocial, es decir, la atribución a causas biológicas o psicosociales del origen de los trastornos mentales, en la percepción de la población general. Hasta donde conocemos, se trata del primer estudio que ha analizado estas cuestiones en nuestro país.

Para la realización del estudio se ha procedido a una adaptación del instrumento IPQ-R ([Moss-Morris et al., 2002](#)) para su aplicación en población general y para la evaluación del conjunto de trastornos mentales el IPQ-R TM. Los resultados preliminares sobre la fiabilidad de este instrumento muestran unos valores de alfa de Cronbach entre .62 y .82, siendo las subescalas de coherencia y representación emocional las que obtienen los valores más altos (.82 en ambos casos). Es probable que el bajo tamaño muestral, junto con el número reducido de ítems por subescala y la existencia tanto de ítems directos como inversos, hayan influido en los resultados. No obstante, los datos obtenidos son similares a los referidos en la prueba original, cuyos valores oscilan entre .46 y .88 ([Moss-Morris et al., 2002](#)), así como en otras adaptaciones ([Cavelti et al., 2012](#); [Quiles et al., 2007](#)). A este respecto, se necesitan estudios con muestras más amplias para confirmar estos datos, así como avanzar en el conocimiento psicométrico de la prueba, en la medida en que la amplia utilización del IPQ-R a nivel internacional es un aspecto a tener en cuenta de cara a las ventajas que proporciona a la hora de poder establecer comparaciones de resultados obtenidos en diferentes investigaciones.

Considerando la muestra de la población general en su conjunto, los resultados del estudio revelan que estos participantes perciben los trastornos mentales como crónicos, cíclicos y con graves consecuencias negativas para la vida de los afectados, al mismo tiempo que atribuyen a los pacientes un cierto grado de control sobre su sintomatología (es decir, consideran que los pacientes pueden modificar

mediante su comportamiento el curso del trastorno) y refieren que también puede establecerse un adecuado control mediante el tratamiento. En lo que respecta a su grado de comprensión y a la representación emocional de los trastornos mentales, la muestra de la población general señala poseer un conocimiento o comprensión moderada de los problemas de salud mental, asociando los problemas de salud mental a cierta carga emocional negativa como miedo, inquietud, tristeza o decepción, siguiendo la línea de otras investigaciones realizadas en otros países que han aplicado el IPQ-R en muestras de la población general y pacientes para la evaluación de las creencias sobre determinados trastornos específicos, como los trastornos de alimentación y sobre los trastornos mentales en su conjunto (v.gr., [Quiles et al., 2007](#); [Wittman, Bolks y Hutschemaekers, 2010](#)).

Al comparar la percepción de la muestra de la población general con la del grupo de profesionales de la Psicología se observan diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la mayor parte de las subescalas del IPQ-R TM (excepto de la subescala de consecuencias), de forma que los profesionales de la Psicología perciben estos trastornos, de manera estadísticamente significativa, como menos crónicos, menos cíclicos, más controlables mediante la conducta de la persona y del tratamiento, más coherentes o comprensibles y con menos carga emocional negativa que los participantes de la población general.

De esta manera, los resultados obtenidos muestran que los profesionales de la Psicología adoptan una visión más positiva de los trastornos mentales que los participantes de la población general, lo que es acorde a otros estudios previos realizados con profesionales sanitarios ([Grausgruber, Meise, Katschnig, Schöny y Fleischhacker, 2007](#); [Kingdon, Sharma y Hart, 2004](#); [Magliano, Fiorillo, De Rosa, Malangone y Maj, 2004](#)). A este respecto, algunos autores plantean que el interés y la preocupación de las últimas décadas por parte de la comunidad científica y profesional acerca del estigma y la discriminación hacia las personas con salud mental pueden haber contribuido al cambio positivo observado en las actitudes de los profesionales sanitarios frente a la población general ([Wahl y Aroesty-Cohen, 2010](#)).

Por otro lado, los profesionales de la Psicología perciben los problemas de salud mental con graves consecuencias (al igual que la población general), de manera que no se observan diferencias significativas en esta subescala entre ambos grupos. Una posible explicación a la ausencia de diferencias en esta variable puede deberse a la limitación del tamaño muestral. Alternativamente, al igual que ocurre habitualmente en las investigaciones en este campo, que suelen arrojar resultados mixtos (véanse las revisiones de [Schulze, 2007](#); [Wahl y Aroesty-Cohen, 2010](#)), este patrón de respuesta puede explicarse por el hecho de que, aunque los profesionales sanitarios sean más optimistas en su visión de las personas con trastorno mental, siguen compartiendo prejuicios y estereotipos con el público general en determinados aspectos y, específicamente en este caso, con respecto al grado de discapacidad o consecuencias asociadas a los trastornos

mentales, lo que pone de manifiesto la necesidad de mejorar aún más la formación que se proporciona en salud mental para corregir estas creencias (Corrigan et al., 2001; Wahl y Aroesty-Cohen, 2010).

En relación con las causas atribuidas al origen de los trastornos mentales por parte de la muestra de la población general, los factores que obtuvieron un mayor acuerdo fueron el consumo de drogas y el trastorno químico en el cerebro. A su vez, los ítems causales relacionados con otros factores biológicos, como las alteración de los circuitos cerebrales o la anomalía cerebral, también obtuvieron puntuaciones elevadas en este grupo. Estos resultados, si se confirman en posteriores trabajos, ponen en evidencia la aceptación del modelo de enfermedad o biológico sobre los trastornos mentales entre la población general de nuestro país, lo que contrasta con los resultados obtenidos en el grupo de profesionales de la Psicología del presente estudio, así como en otras investigaciones fuera de nuestro entorno, en las que el estrés y otros factores psicosociales aparecen situados en los primeros puestos, seguidos de las variables biológicas (Lobban et al., 2005; Magaard, Schulz y Brütt, 2017; Witteman et al., 2010).

En esta misma línea, los análisis realizados respecto a la influencia del modelo biológico en la percepción de los trastornos mentales han revelado que los participantes que señalaron algún factor biológico entre las dos primeras causas de los trastornos mentales consideraron los trastornos mentales como significativamente más crónicos que los participantes que se inclinaron por causas psicosociales, con un tamaño del efecto grande ($d = 0.8$). Estos resultados concuerdan con estudios previos que han mostrado que la adopción de un modelo biomédico influye en una visión más negativa y pesimista de los problemas de salud mental y un mayor escepticismo sobre la recuperación de estos pacientes (Angermeyer et al., 2017; Kemp et al., 2014; Kvaale, Haslam, & Gottdiener, 2013; Larkings y Brown, 2017; Schomerus, Matschinger y Angermeyer, 2014).

De confirmarse en futuros estudios el predominio del modelo biomédico en salud mental entre la población española y su influencia en las creencias sobre los trastornos mentales, estos resultados tendrán importantes implicaciones prácticas. Teniendo en cuenta que el modelo biologicista en salud mental, además de implicar un mayor pesimismo hacia la posible recuperación está asociado a una menor responsabilidad percibida en el tratamiento, una mayor dependencia y severidad percibida, un mayor miedo hacia la sintomatología y un mayor estigma, rechazo social y discriminación de las personas con trastorno mental (Read y Dillon, 2013), los resultados del presente estudio subrayan la necesidad de prestar mayor atención al desarrollo de campañas de psicoeducación que promuevan un modelo psicosocial en la comprensión de los trastornos mentales y de intervenciones que se dirijan a modificar estas creencias y el estigma social asociado, de manera que se minimice el impacto de estos mitos en la actitud hacia la búsqueda de ayuda y en la implicación hacia el tratamiento (Kvaale et al., 2013).

En conclusión, los datos obtenidos proporcionan una primera aproximación al estudio de las creencias sobre los trastornos mentales en muestras españolas y al análisis sobre los efectos de la atribución causal biomédica, si bien los datos deben interpretarse con cautela, considerando las limitaciones metodológicas presentes en este estudio. Entre estas limitaciones, además del bajo tamaño muestral que afecta negativamente a la potencia estadística, cabe señalar el problema de representatividad de la muestra, conformada por participantes voluntarios, captados a través de las redes sociales y con mayor prevalencia de mujeres, lo que limita la generalización de los resultados. Futuros estudios con muestras más amplias, aleatorias y representativas de la población y del conjunto de profesionales sanitarios aportarán un mejor conocimiento sobre estas cuestiones, al mismo tiempo que permitirán realizar un análisis más exhaustivo de las propiedades psicométricas del IPQ-R TM.

Extended Summary

The interest in the knowledge, beliefs, and attitudes of the population towards mental disorders is a line of research that began in the 80s (Angermeyer, van der Auwera, Carta, & Schomerus, 2017) and prevails to this day.

One of the most widely used theoretical models in this field is the Self-regulation Model by Leventhal, Meyer, and Nerenz (1980), which states that people try to understand and seek an explanation for the symptoms associated with their disease and take an active role in the search for solutions to their health problem. From this theoretical framework, Moss-Morris et al. (2002) developed the Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R), which is one of the most widely used instruments worldwide (Baines & Wittkowski, 2013; Quiceno & Vinaccia, 2010).

Studies carried out with this instrument have shown the interest of evaluating the beliefs held by the general population and health professionals to the extent that the beliefs of these professionals have been found to influence their attitudes towards their patients and the treatment they provide them with, as well as the presence of stigmatizing behaviors (Brenner, Hippel, Kippax, & Preacher, 2010; Teixeira, Pais-Ribeiro, & da Costa Maia, 2012), with the consequent effect of such behaviors on the rejection of patients to seek help later (Sartorius, 2007). The comparison of beliefs between these two groups has also proved to be useful information for improving interventions (Goodman, Morrissey, Graham, & Bossingham, 2005).

A review of 19 studies carried out by Wahl and Aroesty-Cohen (2010) showed that although in general there are positive attitudes in health professionals towards people with mental disorders, certain negative expectations still persist, such as the belief that these patients are dangerous or the persistence of doubts or skepticism about their possibility of recovery.

Recently, another aspect that has received attention is the study of the attribution of the origin of mental health problems to biological causes and their impact on the beliefs and attitudes of patients, professionals, and the general public (Angermeyer, Holzinger, Carta, & Schomerus, 2011; Larkings & Brown, 2017). This issue is being the subject of a wider international debate (Deacon, 2013).

Studies on perceptions and beliefs about mental health problems in Spain are very scarce and have focused on specific disorders. As far as we know, there are no previous studies in Spain that have evaluated the perception of the general population about the mental health problems considered as a whole, as well as the comparison of these beliefs with those of the professionals of Psychology and the possible influence of the adoption of a biologicistic model on these beliefs. This is just the aim of the present study.

Method

Two samples were considered: a sample of the general population and a sample of psychologists. The sample of the general population consisted of 118 participants, with an average age of 31.0 ($SD = 9.98$), mainly women (73%). The sample of psychologists consisted of 48 participants, with an average age of 25.5 years ($SD = 6.09$), mainly women (93.8%).

All participants were administered an adapted version of the IPQ-R to evaluate their beliefs about mental disorders (IPQ-R TM, where TM stands for *trastorno mental* – mental disorder in Spanish). The IPQ-R TM was developed specifically for this study and was based on adaptations of the IPQ-R into Spanish for other disorders (Beléndez Vázquez, Bermejo Alegría, & García Ayala, 2005; Pacheco-Huergo et al., 2012; Quiles, Terol, Romero y Pagán, 2007). In order to know the inclination towards a biomedical or psychosocial model, an additional question was added to the IPQ-R in this TM version (IPQ-R

TM) in which the participant was asked to point out the two most important causes in the origin of mental disorders.

Participants of the general population and psychologists were compared in their scores on the IPQ-R TM subscales using an analysis of variance (ANOVA) to analyze their differences and similarities in their beliefs about mental disorders.

In order to evaluate the effect of the biological causal attribution on the perception of mental disorders in the sample of the general population, this sample was divided into two groups: those who indicated a biological cause between the two main causes of mental disorders and those who exclusively indicated psychosocial causes among the two main causes of mental disorders. A comparison was made between these two groups in the demographic variables and in the scores in the subscales of the IPQ-R TM.

Results

Reliability and descriptive results in the IPQ-R TM in the general population. Cronbach's alpha values obtained for each of the subscales of the IPQ-R TM ranged between .62 and .82.

The descriptive statistics for each of the subscales of the Perception section of the IPQ-R TM in the general population are shown in Table 2. Participants in the general population perceive mental disorders as chronic and cyclical. They also consider that mental disorders have serious consequences for people who suffer from them and believe that mental disorders are under the control of the person and the external treatment. Participants report to have a moderate understanding of these health problems and associate these problems with negative emotions. In relation to the causes of mental disorders, the causes identified by the sample of the general population with the highest degree of agreement were "drug use" and "biochemical disorder in the brain".

Comparison of beliefs about mental disorders between two samples: General population and psychologists. When comparing the group of participants of the general population with the professionals of Psychology, statistically significant differences were found in the subscale scores of duration, cyclical nature, personal control, treatment control, coherence and emotional representation (Table 2 and Figure 1). The causes identified by the psychologists who obtained a greater degree of agreement as causes for the appearance of mental health problems were "stress", "drug use", and "alcohol consumption".

Effect of biological causal explanation on the perception of mental disorders in the general population. Table 3 presents the analysis of homogeneity in sociodemographic characteristics in the two samples extracted from the general population sample: biological causal explanation sample vs. psychosocial causal explanation sample. No significant differences were found in relation to sex, age, marital status, educational level, employment situation, and past history of mental health treatment between these two groups.

Table 4 shows the scores of the participants of both groups (biological explanation vs. psychosocial explanation) in each of the subscales of the IPQ-R TM, as well as the statistical comparison with ANOVA. Significant differences were found in the duration subscale scores: participants who adopted a biological explanation framework for the origin of mental disorders considered these disorders to be significantly more chronic than the other group of participants, with a large effect size ($d = 0.8$).

Discussion

Considering the sample of the general population, the results of the study reveal that these participants perceive mental disorders as chronic, cyclical, and with serious negative consequences for the life of those affected, and at the same time they attribute to the patients a certain degree of control over their symptomatology (i.e., they

consider that patients can modify the course of the disorder through their behavior) and state that adequate control can also be established through treatment. With respect to their level of understanding and the emotional representation of mental disorders, the sample of the general population indicates that they have a moderate knowledge or understanding of mental health problems, associating mental health problems with a negative emotional representation (fear, restlessness, sadness, or disappointment) in line with other research carried out in other countries (e.g., Quiles et al., 2007; Witteman, Bolks, & Hutschemaekers, 2010).

When comparing the perceptions of the sample of the general population with psychologists, statistically significant differences are found in most IPQ-R TM subscales: psychologists perceive mental disorders as less chronic, less cyclical, more controllable by the behavior of the person and the treatment, more understandable, and with less negative emotional representation than the participants of the general population. The results suggest that professionals in Psychology adopt a more positive view of mental disorders than participants in the general population, which is in accordance with other previous studies carried out with health professionals (Grausgruber, Meise, Katschnig, Schöny, & Fleischhacker, 2007). Likewise, these results show that the interest and concern of the scientific and professional community over the past decades against stigma and discrimination towards people with mental health may have contributed to the positive change observed in the attitudes of health professionals compared to the general population (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010).

The analysis reveals that there are no significant differences between the general population and psychologists in the consequences subscale. This may indicate that, although health professionals are more optimistic in their vision of people with mental disorders, they continue to share prejudices and stereotypes with the general public in certain aspects and, specifically in this case, with respect to the degree of disability or consequences associated with mental disorders, which demonstrates the need to further improve the training provided in mental health to adjust these beliefs (Corrigan et al., 2001; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010).

Regarding the causes that explained the origin of the mental disorders for the sample of the general population, the factors that obtained a greater agreement were "drug consumption" and "chemical disorder in the brain". The causal items regarding other biological factors such as "alteration of brain circuits" and "brain anomaly" also obtained high scores in this group. These results, if confirmed in subsequent studies, reveal the acceptance of a biological model of mental disorders in the Spanish general population.

The analyses carried out with respect to the influence of the biological model on the perception of mental disorders showed that the participants who indicated some biological factor between the first two causes of mental disorders considered mental disorders as significantly more chronic than the participants who indicated psychosocial causes. These results are consistent with previous studies that have shown that the adoption of a biomedical model is associated with a more pessimistic view of mental health problems and with greater skepticism about the recovery of these patients (Angermeyer et al., 2017; Kemp et al., 2014; Schomerus, Matschinger, & Angermeyer, 2014).

If these results are confirmed in future studies, it is necessary to pay more attention to the development of psychoeducation campaigns that promote a psychosocial model for the understanding of mental disorders and to interventions that aim at modifying these beliefs and the associated social stigma (Kvaale, Haslam et al., 2013).

In conclusion, the data obtained provide a first approximation to the study of beliefs about mental disorders in Spanish samples and the analysis of the effects of biomedical causal attribution, although the data should be interpreted with caution, considering the methodological limitations present in this study.

Conflicto de Intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Andreasen, N.C. (1984). *The broken brain: The biological revolution in psychiatry*. New York, NY: Harper & Row.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G. y Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 367-372. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085563>
- Angermeyer, M. C., van der Auwera, S., Carta, M. G. y Schomerus, G. (2017). Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: A systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry*, 16, 50-61. <https://doi.org/10.1002/wps.20383>
- Ayu, A. P., Dijkstra, B., Golbach, M., De Jong, C. y Schellekens, A. (2016). Good psychometric properties of the addiction version of the revised illness perception questionnaire for health care professionals. *PLoS one*, 11(11), e0164262. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164262>
- Baines, T., & Wittkowski, A. (2013). A systematic review of the literature exploring illness perceptions in mental health utilising the self-regulation model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(3), 263-274. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9337-9>
- Beléndez Vázquez, M., Bermejo Alegría, R. M. y García Ayala, M. D. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17, 318-324.
- Brener, L., Hippel, W. V., Kippax, S. y Preacher, K. J. (2010). The role of physician and nurse attitudes in the health care of injecting drug users. *Substance Use & Misuse*, 45, 1007-1018. <https://doi.org/10.3109/10826081003659543>
- Brown, C., Battista, D. R., Sereika, S. M., Bruehlman, R. D., Dunbar-Jacob, J. y Thase, M. E. (2007). Primary care patients' personal illness models for depression: Relationship to coping behavior and functional disability. *General Hospital Psychiatry*, 29, 492-500. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.07.007>
- Cabassa, L. J., Lagomasino, I. T., Dwight-Johnson, M., Hansen, M. C. y Xie, B. (2008). Measuring Latinos' perceptions of depression: A confirmatory factor analysis of the Illness Perception Questionnaire. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14, 377-384. <https://doi.org/10.1037/a0012820>
- Cavelti, M., Contin, G., Beck, E.-M., Kvrjic, S., Kossowsky, J., Stieglitz, R.-D. y Vauth, R. (2012). Validation of the Illness Perception Questionnaire for Schizophrenia in a German-speaking sample of outpatients with chronic schizophrenia. *Psychopathology*, 45, 259-269. <https://doi.org/10.1159/000330262>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., ... Goldstein, H. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 187-195. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865>
- Cumming, G. (2012). *Understanding the newsStatistics: Effect sizes, confidence intervals, and meta-analysis*. New York, NY: Routledge.
- 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, 846-861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- Fleming, M. P., Martin, C. R., Miles, J. y Atkinson, J. (2009). The utility of the Illness Perception Questionnaire in the evaluation of mental health practitioners' perspectives on patients with schizophrenia. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15, 826-831. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01103.x>
- Goodman, D., Morrissey, S., Graham, D. y Bossingham, D. (2005). The application of cognitive-behaviour therapy in altering illness representations of systemic lupus erythematosus. *Behaviour Change*, 22, 156-171. <https://doi.org/10.1375/bech.2005.22.3.156>
- Grausgruber, A., Meise, U., Katschnig, H., Schöny, W. y Fleischhacker, W. W. (2007). Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: A comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 310-319. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00882.x>
- Hagger, M. S., Koch, S., Chatzisarantis, N. L. D. y Orbell, S. (2017). The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychological Bulletin*, 143, 1117-1154. <https://doi.org/10.1037/bul0000118>
- Jacoby, A., Snape, D. y Baker, G. A. (2005). Epilepsy and social identity: The stigma of a chronic neurological disorder. *The Lancet Neurology*, 4, 171-178. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(05\)70020-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(05)70020-X)
- Kemp, J. J., Lickel, J. J. y Deacon, B. J. (2014). Effects of a chemical imbalance causal explanation on individuals' perceptions of their depressive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 47-52. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.02.009>
- Kingdon, D., Sharma, T. y Hart, D. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatric Bulletin*, 28, 401-406. <https://doi.org/10.1192/pb.28.11.401>
- Kvaale, E. P., Haslam, N. y Gottdiener, W. H. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, 33, 782-794. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.06.002>
- Larkings, J. S. y Brown, P. M. (2017). 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, 928-941. <https://doi.org/10.1111/inm.12390>
- Lee, A. A., Farrell, N. R., McKibbin, C. L., & Deacon, B. J. (2016). Comparing treatment relevant etiological explanations for depression and social anxiety: Effects on self-stigmatizing attitudes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 35(7), 571-588. <https://doi.org/10.1521/jscp.2016.35.7.571>
- Leventhal, H., Meyer, D. y Nerenz, D. (1980) The common sense model of illness danger. En Rachman, S. (Ed.), *Medical Psychology* (vol. 2, pp. 7-30). New York, NY: Pergamon.
- Leventhal, H., Phillips, L. A. y Burns, E. (2016). Modelling management of chronic illness in everyday life: A common-sense approach. *Psychological Topics*, 25(1), 1-18.
- Lobban, F., Barrowclough, C. y Jones, S. (2005). Assessing cognitive representations of mental health problems. I. The illness perception questionnaire for schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 147-162. <https://doi.org/10.1348/014466504X19497>
- Magaard, J. L., Schulz, H. y Brütt, A. L. (2017). What do patients think about the cause of their mental disorder? A qualitative and quantitative analysis of causal beliefs of mental disorder in inpatients in psychosomatic rehabilitation. *PLOS ONE*, 12(1), e0169387. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169387>
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C. y Maj, M. (2004). Beliefs about schizophrenia in Italy: A comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 323-331. <https://doi.org/10.1177/070674370404900508>
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. y Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17, 1-16. <https://doi.org/10.1080/088704402090001494>
- Ogden, J. y Flanagan, Z. (2008). Beliefs about the causes and solutions to obesity: A comparison of GPs and lay people. *Patient Education and Counseling*, 71, 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.11.022>
- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Pena, C., Nunez, M., Roura-Olmeda, P., ... Del Val, J. V. (2012). Perception in chronic illnesses: Linguistic validation of the revised Illness Perception Questionnaire and the Brief Illness Perception Questionnaire for a Spanish population. *Atención Primaria*, 44, 280-287. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.022>
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2010). Illness perception: an approximation from the Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, (25), 56-83.
- Quiles, Y., Terol, M. C. y Marzo, J. C. (2009). Representación de la enfermedad, afrontamiento y ajuste en los trastornos alimentarios. *Clínica y Salud*, 20, 159-175.
- Quiles, Y., Terol, M. C., Romero, C. y Pagán, G. (2007). Illness perception in eating disorders and psychosocial adaptation. *European Eating Disorders Review*, 15, 373-384. <https://doi.org/10.1002/erv.793>
- Read, J. y Dillon, J. (2013). *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis*. London, UK: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203527160>
- Ruiz, M. Á., Montes, J. M., Correias Lauffer, J., Álvarez, C., Mauriño, J. y de Dios Perrino, C. (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 98-106. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.002>
- Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., & Corrigan, P. W. (2010). Biogenetic models of psychopathology, implicit guilt, and mental illness stigma. *Psychiatry Research*, 179(3), 328-332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.010>
- Russell, C., Davies, J. B. y Hunter, S. C. (2011). Predictors of addiction treatment providers' beliefs in the disease and choice models of addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(2), 150-164. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.09.006>
- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2017). Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (II). *Papeles del Psicólogo*, 37, 3-13.
- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *The Lancet*, 370(9590), 810-811. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8)
- Schomerus, G., Matschinger, H. y Angermeyer, M. C. (2014). Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: A comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychological Medicine*, 44, 303-314. <https://doi.org/10.1017/S003329171300072X>
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International review of Psychiatry*, 19, 137-155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>
- Teixeira, F. V., Pais-Ribeiro, J. L. y da Costa Maia, A. R. P. (2012). Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: A systematic

- review. *Revista da Associação Médica Brasileira (English Edition)*, 58, 254-262. [https://doi.org/10.1016/S2255-4823\(12\)70189-3](https://doi.org/10.1016/S2255-4823(12)70189-3)
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., Van Weeghel, J. y Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Wahl, O. y Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38, 49-62. <https://doi.org/10.1002/jcop.20351>
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R. y Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.
- Wittelman, C., Bolks, L. y Hutschemaekers, G. (2010). Development of the illness perception questionnaire mental health. *Journal of Mental Health*, 20, 115-125. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.507685>
- Worsely, C., Whitehead, K., Kandler, R. y Reuber, M. (2011). Illness perceptions of health care workers in relation to epileptic and psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 20, 668-673. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2011.01.029>