

**Theoretical and Review Articles // Artículos teóricos y de revisión**

Alex Grattery 117-147 The Effect of Attention Disengagement on Anxiety and Emotion Maintenance: A Theoretical Perspective.

**Research Articles // Artículos de investigación**

Shemaila Saleem 151-160 A Comparative Study of Depression in Elderly Institutional Residents and Home Residents  
Tamkeen Saleem  
Mohammad Tahan  
Irshad Ahmed

María de la Villa Moral Jiménez 161-173 Actitudes hacia el síndrome de Münchhausen por poderes. [*Attitudes towards Münchhausen Syndrome by Proxy.*]  
Julia Melendi Mancebo

Fazaila Sabih 175-193 Parental Psychopathology: An Exploratory Study of Parenting and Behavioral Problems among Adolescents.  
Anis-ul-Haque  
Asia Mushtaq  
Ayesha Shabbir

Flavia Arrigoni 195-206 Telepsychology: Clinical Utility of the Transdiagnostic Unified Protocol with University Students.  
Esperanza Marchena Consejero  
José I Navarro Guzmán

Francisco J Ruiz 207-219 Acceptance and Commitment Therapy for improving the performance of chess players suffering from anxiety disorders.  
Carmen Luciano  
Juan C Suárez Falcón

Fenti Hikmawati 221-229 Improving Self-Acceptance of Body Shaming using Gratitude Journal Method.  
Nuraini Azizah  
Aisyah Cikal Putri Basyai  
Zulmi Ramdani

**Notes and Editorial Information // Avisos e información editorial**

Editorial Office 233-234 Normas de publicación-*Instructions to Authors*.  
Editorial Office 235 Cobertura e indexación de IJP&PT. [*IJP&PT' Abstracting and Indexing.*]

ISSN 1577-7057

© 2023 Asociación de Análisis del Comportamiento, Madrid, España

# IJP&PT

## INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY & PSYCHOLOGICAL THERAPY

**EDITOR**

Francisco Javier Molina Cobos  
Universidad de Almería, España

**REVIEWING EDITORS**

Mónica Hernández López  
Universidad de Jaén  
España

Francisco Ruiz Jiménez  
Fundación Universitaria Konrad Lorenz  
Colombia

**ASSOCIATE EDITORS**

Dermot Barnes-Holmes  
Ulster University, UK

J. Francisco Morales  
UNED-Madrid, España

Mauricio Papini  
Christian Texas University, USA

Miguel Ángel Vallejo Pareja  
UNED-Madrid, España

Kelly Wilson  
University of Mississippi, USA

**ASSISTANT EDITORS**

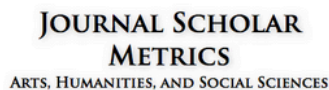
Francisco Cabello Luque  
Adolfo J. Cangas Díaz

Universidad de Murcia, España  
Universidad de Almería, España

STATEMENTS, OPINIONS, AND RESULTS OF STUDIES PUBLISHED IN *IJP&PT* ARE THOSE OF THE AUTHORS AND DO NOT REFLECT THE POLICY OR POSITION OF THE EDITOR, EDITORIAL COUNCIL OF *IJP&PT*, AND AAC; REGARDING ACCURACY OR RELIABILITY, NO GUARANTEE CAN BE OFFERED OTHER THAN THAT THE PROVIDED BY THE AUTHORS THEMSELVES.

LAS DECLARACIONES, OPINIONES Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS PUBLICADOS EN *IJP&PT* PERTENECEN EN EXCLUSIVA A LOS AUTORES, Y NO REFLEJAN LA POLÍTICA O POSICIÓN DEL EDITOR, DEL EQUIPO EDITORIAL, NI DEL CONSEJO EDITORIAL DE *IJP&PT*, NI DE LA AAC; EN CUANTO A SU EXACTITUD O FIABILIDAD, NO PUEDE OFRECERSE NINGUNA OTRA GARANTÍA QUE NO SEA LA APORTADA POR LOS PROPIOS AUTORES.

*IJP&PT* IS INCLUDED IN THE FOLLOWING INDEXING AND DOCUMENTATION CENTERS



## Actitudes hacia el síndrome de Münchhausen por poderes

María de la Villa Moral Jiménez\*, Julia Melendi Mancebo

Universidad de Oviedo, España

### ABSTRACT

**Attitudes towards Münchhausen Syndrome by Proxy.** Münchhausen's syndrome by proxy (MSBP) is a form of child abuse characterized by the primary caregiver of a minor simulating or fabricating symptoms in him/her of a physical, psychiatric type or both. The aim is to study the attitudes of the general population towards SMP, determining whether there are differences according to variables, as well as attachment, family structure, levels of anxiety, and the degree of contact with people diagnosed with mental disorders. Have been selected 268 Spanish subjects participated (153 females,  $M= 33.08$  years,  $SD= 13.875$ ) by opinion sampling. Significant differences were found in attitudes towards SMP as a function of educational level, presence of disorganized attachment indicators, family structure and S/A levels. This study contributes to the analysis of the attitudes of the general population towards the SMP and to its better understanding.

**Key words:** Münchhausen Syndrome by Proxy, attitudes, social perceptions, stigma, general population.

**How to cite this paper:** Moral Jiménez MV & Melendi Mancebo J (2023). Actitudes hacia el síndrome de Münchhausen por poderes. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 23, 2, 161-173.

### Novedad y relevancia

¿Qué se sabe sobre el tema?

- El Síndrome de Münchhausen por Poderes (SMP) constituye una forma de abuso infantil en la que los padres simulan y provocan enfermedades en sus hijos a fin de someterlos a tratamientos médicos.
- Los datos disponibles indican que suelen ser las madres las perpetradoras presentando perfiles de personalidad límite e histriónico y rasgos ansioso-depresivos.
- Escasean los estudios en los que se analicen las percepciones sociales sobre el SMP.

¿Qué añade este artículo?

- Contribuye al análisis de las actitudes de la población general hacia el SMP y a su mejor comprensión.
- Incide en su relación con el estilo de apego, la estructura familiar, la ansiedad rasgo y la ansiedad estado, así como respecto al contacto con personas con diagnóstico de trastorno mental.
- Resulta novedoso el hallazgo de una relación entre las actitudes contrarias hacia el SMP y el apego desorganizado, el valor negativo hacia la autoridad de los padres y la ansiedad estado.

El “Síndrome de Münchhausen” fue acuñado por Asher (1951) para referirse a aquellas personas que simulaban o fabricaban síntomas y signos físicos, psicológicos o ambos, sin otra motivación aparente que la de adoptar el rol de paciente (Turner & Reid, 2002). Se incide en la implicación, por un lado, de quien ejerce semejante acción de engañar a un profesional sanitario con una intencionalidad de autobeneficio y, por otro lado, al rol desempeñado por el médico u otro personal sanitario con su potencial clínico y sus aportaciones médicas sobre los síntomas (Goñi, Martínez, Cerda & Gómez, 2008). Posteriormente, Meadow (1977) utilizó el término “Síndrome de Münchhausen por Poderes” (SMP) para describir enfermedades fingidas en niños que sus padres simulaban y provocaban en sus propios hijos a objeto de tener que someterlos a tratamientos médicos (Morales-Franco & De la Morena Fernández, 1995) y/o cirugías innecesarias (Gonçalves, Motta, Kegler & Macedo, 2014). De este modo, al añadir Meadow (1977) “por poderes” (en inglés, *by proxy*) se alude al perpetrador, que suele ser el cuidador principal del menor, quien es el responsable de inventar y provocar tales síntomas.

En la primera revisión de la literatura sobre el Síndrome de Münchhausen por Poderes realizada por Rosenberg (1987), se comprobó que de 117 casos, la madre

\* Correspondencia: María de la Villa Moral Jiménez, Facultad de Psicología, Plaza Feijoo, s/n, 33003 Oviedo, España.  
Email: mvilla@uniovi.es

biológica era la responsable en el 98% de ellos. Así, en una revisión posterior de 451 casos llevada a cabo por Sheridan (2003), las madres fueron las responsables del 76.5% de los mismos. Estos resultados son similares a otros muchos donde se muestran unos porcentajes semejantes (Cedenilla & Jiménez Perianes, 2020; Goñi *et alia*, 2008). Por lo que respecta al perfil, comúnmente, estos hechos son perpetrados por madres con una edad media que oscila entre 25 y 32 años (Goñi *et alia*, 2008; Morales Franco & De la Morena Fernández, 1995). En estos casos, se han encontrado perfiles de personalidad límite e histriónica (Yates & Bass, 2017) y rasgos ansiosos-depresivos (De la Cerda, Goñi & Gómez, 2006), hallando patrones de consumo de alcohol u otras drogas. A su vez, en una revisión de 81 casos realizada por Abdurrachid y Marques (2020) se comprobó que en el 28% de los casos el perpetrador presentaba un diagnóstico psiquiátrico, siendo depresión en el 14%, trastorno facticio aplicado a uno mismo en el 10% y trastornos de personalidad en el 7%. Sin embargo, en otros estudios, estos porcentajes suelen diferir. Así, Bools, Neale y Meadow (1994) hallaron que de 47 casos de SMP, cerca del 90% tenían un trastorno de personalidad detectable, aproximadamente el 75% antecedentes de trastorno somatomorfo o trastorno facticio autoinfligido y una quinta parte antecedentes de abuso de sustancias. Estos últimos resultados son similares a los encontrados por otros autores (Ayoub, 2010; Bass & Jones, 2011), máxime si se especifica el tipo de trastorno de personalidad, siendo, en muchos de los casos, borderline e histriónico (Bass & Glaser, 2014).

Respecto a quienes sufren las consecuencias del SMP, suelen ser bebés y niños pequeños, aunque, aproximadamente, el 25% de los casos corresponden a niños mayores de 6 años (Flaherty, MacMillan & *Committee on Child Abuse and Neglect*, 2013). Se han encontrado casos prenatales donde la fabricación de síntomas afecta al feto (Cedenilla & Jiménez Perianes, 2020) e, incluso, en adolescentes y adultos (Abdurrachid & Marques, 2020). En relación con el sexo de los menores, según la revisión de Sheridan (2003), si bien parece que lo sufren por igual, se constata que en los casos en los que el padre es el perpetrador del abuso es más común que lo sufran los niños más que las niñas. Por otra parte, es reseñable el comportamiento que exhiben en particular las madres en el ambiente hospitalario, caracterizado por ser muy comprometido, complaciente, colaborador y atento (Goñi *et alia*, 2008), persiguiéndose el objetivo de entablar buenas relaciones con el personal sanitario (Maida, Molina & Carrasco, 1999). Parecen estar más inquietas por el trato con el personal médico que por la propia “enfermedad” de su hijo, de acuerdo con Landa Contreras, Alvites Ahumada y Fortes Álvarez (2014), destacando así su actitud despreocupada que, a veces, se alterna con una preocupación desmedida (Goñi *et alia*, 2008). Además, a ello se suma la ausencia de un cuadro clínico característico, presentándose así un conjunto de signos y síntomas muy variables (Cedenilla & Jiménez Perianes, 2020).

La prevalencia real del SMP es desconocida, aunque en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (APA, 2013) se estima que entre los pacientes hospitalizados, aproximadamente el 1% cumple los criterios para un trastorno facticio, por lo que se ha considerado que el SMP está infra diagnosticado (Abdurrachid & Marques, 2020).

Se ha convenido en considerar el SMP como una forma de maltrato infantil (Goñi *et alia*, 2008; Landa-Contreras *et alia*, 2014; Lovaglio & Del Bagge, 2021) que provoca consecuencias muy graves para el niño. De hecho, en el instrumento BALORA, usado frecuentemente en España para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en menores, se incluye el SMP como una posible forma de

maltrato (Arruabarrena, 2011). Semejante consideración como forma de maltrato se justifica incidiendo en dos conceptos fundamentales, tales como acción y omisión, de modo que en el SMP se incurre en acciones como enfermar al menor y omisiones como ocultar información al personal médico. Así, suele considerarse como un síndrome específico de maltrato por negligencia (Arenas *et alia*, 1995). Ciertamente, el SMP puede acarrear secuelas muy graves en el niño (Gonçalves *et alia*, 2014), e incluso, su muerte. Centrándose en la tasa de mortalidad, Sheridan (2003) reportó un 6%, mientras que Yates y Bass (2017) un 7.6%. Una de las consecuencias que se subraya es el riesgo que los niños tienen de desarrollar un trastorno facticio aplicado a uno mismo, o incluso, un trastorno facticio aplicado a otro en sus futuros hijos, es decir, pasan de ser víctimas a perpetradores (Bass & Jones, 2011).

En referencia al diagnóstico, a lo largo de los años han surgido dudas acerca de cuál debería ser su término de uso, ya que en la literatura científica se encuentran algunos de ellos para hacer referencia a diferentes aspectos de la misma condición (Glaser, 2020). Las denominaciones son múltiples: *Síndrome de Münchhausen infantil* (Morales Franco & De la Morena Fernández, 1995), *Síndrome de Münchhausen por Poderes* (De la Cerda *et alia*, 2006), *Desorden Facticio por Poderes* (Goñi *et alia*, 2008), *Falsificación de un Proceso Pediátrico* (Abdurrachid & Marques, 2020), *Trastorno Facticio aplicado a otro* (Cedenilla & Jiménez Perianes, 2020) y *Abuso Médico Infantil* (Anderson, Feldman & Bryce, 2018), entre otros. A pesar de esto, varios de ellos presentan connotaciones diferentes, de ahí que se incide en la conveniencia de diferenciarlos. En sí, el Síndrome de Münchhausen por Poderes no se encuentra recogido en el DSM-5, sino que se utiliza el término Trastorno Facticio aplicado a otro, cuyos criterios diagnósticos son: (a) falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada a un engaño identificado, (b) el individuo presenta a otro individuo (víctima) frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado, (c) el comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensa externa obvia, y (d) el comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico (APA, 2013). Del mismo modo, existen dos aspectos muy importantes tomados en consideración en los criterios diagnósticos, y es que este diagnóstico se aplica al autor y no a la víctima, mientras que a esta última se le podría realizar un diagnóstico de maltrato (p. ej., 995.54 [T74.12X]).

En la misma línea, el citado término Falsificación de un Proceso Pediátrico (*Pediatric Condition Falsification*, PCF) se crea para su uso en el diagnóstico médico del niño y hace referencia a la existencia de formas de exagerar o provocar enfermedades, algunas de ellas con motivaciones distintas al SMP (De la Cerda *et alia*, 2006; Schreier, 2004). Además, reconocer un diagnóstico de PCF no excluye una enfermedad válida en el niño, convierte al diagnóstico en desafiante y complejo (Squires & Squires Jr., 2010).

Respecto a variables determinantes, Matamoros y Marín (2019) comprobaron que la edad y el sexo estaban relacionados con el tener una actitud más o menos favorable hacia personas con trastorno mental grave, basándose estas actitudes en el nivel de distancia social, las opiniones sobre la peligrosidad social y la tolerancia, entre otros indicadores (Picco *et alia*, 2018). A su vez, también resulta de interés la evaluación del apego, sobre todo, en los adultos dado su impacto en las diversas áreas vitales (Fralely, 2019). Además, la vinculación patente entre el perpetrador de este maltrato y el niño es disfuncional, por lo que resultaría de interés no solo centrarse en su estudio más clínico, sino, además, en cómo los distintos subtipos de apego podrían estar influyendo en las actitudes que uno muestra a la hora de valorar este síndrome. Por último, la evaluación

de los niveles de ansiedad de la población y su puesta en relación con el objetivo de este artículo podría, de igual modo, arrojar resultados sumamente interesantes (Ozamiz Etxebarria, Dosil Santamaría, Picaza Gorrochategui & Idoiaga Mondragón, 2020).

Una vez descrito el SMP y sus variables determinantes, se considera de relevancia incidir en el análisis de las percepciones sociales sobre el mismo, teniendo en cuenta el aparente desconocimiento de este síndrome y de sus múltiples implicaciones. Estudiar las actitudes de la población general sobre la salud mental y los diversos trastornos mentales resulta sumamente importante ya que son decisivas para valorar el grado de conocimiento y el estigma asociado (Tapia, Castro, Poblete & Soza, 2015). Respecto al estudio de las percepciones sociales sobre el SMP, en el estudio de Anderson *et alia* (2018), se hallaron actitudes de rechazo, mostrándose reacciones aversivas. En ese sentido, valorar la estigmatización social (véase Goffman, 1970; Zárate *et alia*, 2020) resultaría de sumo interés. Así, O'Connor, Kadianaki, Maunder y McNicholas (2018) señalan que el nivel de estigma que las personas con trastorno mental padecen puede variar en función del tipo de trastorno implicado, siendo de los más estigmatizados la esquizofrenia, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por abuso de sustancias.

El estudio de las actitudes sobre este trastorno en población general nos permitiría conocer las percepciones sociales sobre los perpetradores y aportaría información sobre el proceso de estigmatización social. En este sentido, sensibilizar a la población sobre el trastorno psiquiátrico de base que padecen los perpetradores podría posibilitar una mayor concienciación social y un menor rechazo. Ello afectaría al soporte social y podría relacionarse con una mayor visibilización del trastorno y, por ende, con mayores esfuerzos en un diagnóstico más certero y en potenciar el proceso de tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico que se requiere.

En un estudio enfocado en la población no clínica resulta de interés analizar cómo el apego de las personas de la población general podría estar relacionado diferencialmente con las actitudes que reportan al valorar este síndrome. De este modo, se plantea como objetivo general estudiar las actitudes de la población general hacia el SMP. Específicamente, se propone analizar las actitudes hacia el SMP en función de variables sociodemográficas, tales como el sexo, la edad y nivel de estudios de los participantes, así como del estilo de apego, la estructura familiar de los sujetos y el nivel de ansiedad rasgo y ansiedad estado, así como valorar si existen diferencias en las actitudes en función del grado de contacto con personas con diagnóstico de trastorno mental.

## MÉTODO

### *Participantes*

Han participado 268 sujetos españoles seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional o de conveniencia (Arrufat, Olmos & Blanxart, 1999), sobre la base de la accesibilidad muestral, pero con la limitación propia de la cuantificación de la distribución de las variables investigadas. En cuanto a las características sociodemográficas, el 57,1% son mujeres ( $n= 153$ ), con rango de edad para la muestra total de 18-69 años ( $M= 33,08$ ,  $DT= 13,87$ ). La mayoría de los participantes poseen estudios universitarios (74,3%), teniendo el 25,7% restante titulación no universitaria (0,7% sin estudios, 1,5% Educación Primaria, 0,7% Educación Secundaria Obligatoria,

2,6% Formación Profesional de Grado Medio, 13,8% Formación Profesional de Grado Superior y 6,3% Bachillerato). Además, el 87,7% de los participantes declararon conocer a alguien con algún trastorno del estado anímico mientras el 46,3%, manifestaron conocer a personas con otro trastorno mental.

### *Instrumentos*

*State-Trait Anxiety Inventory* (STAI, Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1994). Se utilizó la adaptación española del STAI (Buela Casal, Guillén Riquelme & Seisdedos, 2011). Comprende escalas de autoevaluación mediante las que se miden conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). La escala E (A/E) consta de 20 ítems en los que el sujeto puede describir cómo se siente “en un momento particular”, mientras que en la escala R (A/R), integrada también por 20 ítems, se evalúa cómo se siente “generalmente”. Ambas fueron valoradas a través de una escala tipo Likert de 4 puntos (A/E: 0= nada, 1= algo, 2= bastante, 3= mucho; A/R: 0= casi nunca, 1= a veces, 2= a menudo, 3= casi siempre). Presenta una buena consistencia interna tanto en A/E (entre .90 y .93) como en A/R (entre .84 y .87) y, al comprobar la fiabilidad en la muestra de este estudio, se obtuvieron fiabilidades muy similares, siendo para A/E ( $\alpha = .951$ ) y A/R ( $\alpha = .931$ ).

*Cuestionario CaMir* (CaMir-R) (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela & Pierrehumbert, 2011). Está integrado por 32 ítems, evaluados mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (1= muy en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4= de acuerdo, 5= muy de acuerdo). Se evalúan siete dimensiones, de las cuales cinco son destinadas a la valoración de las representaciones de apego (seguridad, preocupación familiar, interferencia de los padres, autosuficiencia y rencor contra los padres y traumatismo infantil) y las dos restantes a las representaciones de la estructura familiar (valor de la autoridad de los padres y permisividad parental). Presenta una adecuada consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach oscilando entre .60 y .85, excepto en la dimensión “Permisividad parental”. En el presente trabajo se ha obtenido una adecuada consistencia interna en las diferentes dimensiones, oscilando entre .91 para “Seguridad” y .68 para “Interferencia de los padres”.

*Cuestionario de actitudes hacia el Síndrome de Münchhausen por Poderes*. Cuestionario creado ad hoc para la evaluación de las actitudes hacia el Síndrome de Münchhausen por Poderes, integrado por 7 ítems ( $\alpha = .796$ ) valorados en una escala tipo Likert de 4 puntos (1= totalmente en desacuerdo, 2= parcialmente en desacuerdo, 3= parcialmente de acuerdo, 4= totalmente de acuerdo). Mediante acuerdo inter-jueces, se ha optado por clasificar las puntuaciones de los sujetos en tres niveles posibles, correspondiendo una puntuación entre 7-14 a una actitud favorable, entre 15-20 a una actitud indefinida y entre 21-28 a una actitud contraria.

### *Procedimiento*

La recogida de datos se realizó mediante una encuesta *online*, de modo que, tras la aceptación de un consentimiento informado, se recabaron los datos objeto de estudio. Antes de comenzar la encuesta del cuestionario *ad hoc*, se facilitó una definición sencilla sobre el SMP para que aquellas personas que lo desconociesen pudieran ser capaces de contestar a la misma con la mayor precisión posible. Dicho formulario fue difundido a través de las redes sociales (*Instagram* y *WhatsApp*), instando a los interesados a que lo distribuyeran entre sus conocidos.

Se aseguró el tratamiento de los datos con finalidad investigadora, así como se ha garantizado la confidencialidad y el anonimato de los participantes y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, de acuerdo con las disposiciones éticas de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1964/2013). En el presente estudio no se aplican tratamientos que puedan ser lesivos o afecten a los derechos

fundamentales de los participantes y se ha procurado que la investigación responda a criterios de rigor, honestidad, responsabilidad, libertad, respeto e igualdad, prevención de riesgos y protección de las personas, fomentando la investigación responsable.

### *Diseño y Análisis de datos*

Estudio de tipo transversal, descriptivo, correlacional y multivariado. Algunas de las variables fueron recodificadas para facilitar su posterior análisis. En concreto, se ha optado por utilizar los criterios propuestos por el Instituto de la Juventud (Informe Juventud en España, 2020) para obtener los diferentes rangos de edad, obteniendo tres niveles (15-29 años; 30-44 años; 45 o más años). Tanto para la variable A/R como para A/E se han creado cuatro cuartiles correspondientes a las agrupaciones de los percentiles de los sujetos (C1: percentil 25 o inferior; C2: percentil 25 hasta 50; C3: percentil 50-74; Mayor C3: percentil 75 y superior).

En el cuestionario creado ad hoc para la evaluación de las actitudes hacia el Síndrome de Münchhausen por Poderes, mediante acuerdo inter-jueces, se ha optado por clasificar las puntuaciones de los sujetos en tres niveles posibles, correspondiendo una puntuación entre 7-14 a una actitud favorable, entre 15-20 a una actitud indefinida y entre 21-28 a una actitud contraria.

Se empleó el estadístico Kolmogorov-Smirnov para comprobar si se cumplía o no el supuesto de normalidad, encontrando en todos los casos una significación  $p < .05$  por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas. Se optó por la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, para aquellas variables con dos niveles, mientras que para aquellas variables con tres o más se aplicó la prueba Kruskal-Wallis para muestras independientes, ajustando los valores de significación mediante la corrección de Bonferroni para pruebas múltiples en caso de  $p < .05$ . Además, se ha utilizado el coeficiente V de Cramer para analizar el tamaño del efecto (Amat, 2016). Por último, se emplearon tablas de contingencia o cruzadas, gráficos de frecuencias y diagramas de cajas o *box plot*.

Para la realización de los análisis se utilizó el programa SPSS en su versión 25.0

## RESULTADOS

A fin de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia el SMP en función de algunas variables sociodemográficas, tales como sexo, edad y nivel de estudios, se llevaron a cabo pruebas U de Mann-Whitney para muestras independientes, para el sexo y el nivel de estudios, y Kruskal-Wallis para muestras independientes para la edad. Mientras que para el sexo y la edad no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $p = .544$ ,  $p = .347$  respectivamente), para el nivel de estudios sí se han hallado diferencias significativas ( $U = 8090$ ,  $p = .011$ ), con un tamaño del efecto pequeño ( $V = .164$ ). En la tabla 1 se muestran las frecuencias observadas y los porcentajes resultantes de la combinación de las variables actitudes y nivel de estudios mediante una tabla cruzada, hallándose que las personas con una titulación universitaria presentan un porcentaje inferior de actitudes de rechazo (19,6%) respecto a las que no la poseen (29%).

Para analizar las posibles diferencias en las actitudes hacia el SMP en función del estilo de apego se llevó a cabo la prueba Kruskal-Wallis para muestras independientes ( $p = .153$ ). Con objeto de determinar la existencia o no de diferencias entre puntuaciones



Tabla 1. Frecuencias observadas (y porcentajes) en las actitudes hacia el SMP en función del nivel de estudios.

	Actitudes favorables	Actitudes indefinidas	Actitudes contrarias
Universitarios	40 (20,1%)	120 (60,3%)	39 (19,6%)
No universitarios	5 (7,2%)	44 (63,8%)	20 (29%)

elevadas en los indicadores de apego desorganizado y las actitudes hacia el SMP, se empleó la *U* de Mann-Whitney para muestras independientes, confirmando las diferencias ( $U= 7239$ ,  $p= .030$ ), con un tamaño del efecto pequeño ( $V= .137$ ). A su vez, aquellos sujetos con elevadas puntuaciones en indicadores de apego desorganizado manifiestan una tendencia a actitudes más contrarias y menos favorables respecto a aquellos sujetos sin dichos indicadores (véase tabla 2).

Tabla 2. Frecuencias observadas (y porcentajes) en las actitudes hacia el SMP en función de los indicadores de apego desorganizado.

	Actitudes favorables	Actitudes indefinidas	Actitudes contrarias
Indicadores apego desorganizado	11 (11%)	62 (62%)	27 (27%)
No indicadores apego desorganizado	34 (20,2%)	102 (60,7%)	32 (19%)

Tras corregir las escalas del CaMir-R se clasificó a los participantes en función de su estilo de apego, de su estructura familiar y de la presencia o ausencia de indicadores de apego desorganizado, hallándose un 36,2% de apego seguro ( $n= 97$ ), un 28% de apego inseguro evitativo ( $n= 75$ ) y un 35,8% de apego inseguro preocupado ( $n= 96$ ). Igualmente, se encontró que el 37,7% de la muestra refirió un valor de la autoridad de los padres positivo ( $n= 101$ ), mientras el 62,3% negativo ( $n= 167$ ) y el 37,3% ( $n= 100$ ) presentó indicadores de apego desorganizado, mientras el 62,7% ( $n= 168$ ) ausencia de los mismos.

En el análisis de las actitudes hacia el SMP en función de la estructura familiar de los sujetos, evaluada a través del valor de autoridad de los padres, se utilizó la *U* de Mann-Whitney para muestras independientes ( $U= 10310.500$ ,  $p= .000$ ), con un tamaño del efecto pequeño ( $V= .216$ ). Aquellos sujetos con un valor de la autoridad de los padres positivo muestran actitudes hacia el SMP aparentemente más favorables (23,8%) que aquellos con uno negativo (12,6%) y, del mismo modo, actitudes menos contrarias (11,9% frente a 28,1%, respectivamente) (véase tabla 3).

Tabla 3. Frecuencias observadas y porcentajes en las actitudes hacia el SMP en función de la estructura familiar.

	Actitudes favorables	Actitudes indefinidas	Actitudes contrarias
Valor de la autoridad de los padres positivo	24 (23,8%)	65 (64,4%)	12 (11,9%)
Valor de la autoridad de los padres negativo	21 (12,6%)	99 (59,3%)	47 (28,1%)

A/E C1 estuvo compuesto por el 28,7% de la muestra ( $n= 77$ ), C2 por el 23,5% ( $n= 63$ ), C3 por el 28,7% ( $n= 77$ ) y Mayor C3 por el 19% ( $n= 51$ ), mientras que A/R C1 por el 30,2% ( $n= 81$ ), C2 por el 23,9% ( $n= 64$ ), C3 por el 20,9% ( $n= 56$ ) y Mayor C3 por el 25% ( $n= 67$ ).

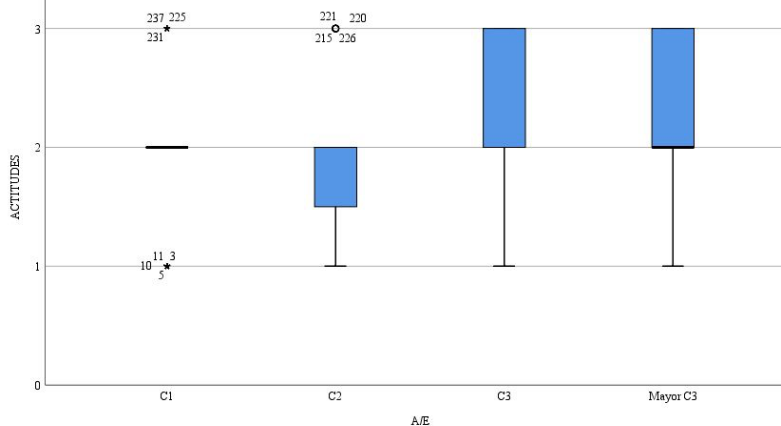
Al valorar las actitudes en función del nivel de ansiedad rasgo y ansiedad estado, para la variable A/E se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p = .000$ ), con un tamaño del efecto pequeño ( $V = .206$ ), mientras que para la variable A/R no se confirmaron ( $p = .175$ ). En concreto, tales diferencias se dieron entre los grupos C1-C3 ( $p = .010$ ), C1-Mayor C3 ( $p = .005$ ) y C2-Mayor C3 ( $p = .026$ ). En la tabla 4 se muestra las frecuencias y porcentajes correspondientes a las variables A/E y actitudes, pudiendo observarse que aquellos sujetos con percentiles superiores de A/E presentan una mayor tendencia a actitudes contrarias hacia el SMP que aquellos con percentiles inferiores.

Tabla 4. Frecuencias observadas y porcentajes en las actitudes hacia el SMP en función de A/E.

	Actitudes favorables	Actitudes indefinidas	Actitudes contrarias
	15 (19,5%)	56 (72,7%)	6 (10,2%)
	16 (25,4%)	36 (57,1%)	11 (17,5%)
	9 (11,7%)	44 (57,1%)	24 (31,2%)
por C3	5 (9,8%)	28 (54,9%)	18 (35,3%)

ns: A/E= escala E del STAI; C1= participantes con percentil 25 o inferior; participantes con percentil 25 hasta 50; C3= participantes con percentil

La Figura 1 representa las actitudes hacia el SMP en función de los niveles de A/E, permitiendo observar que dichas actitudes son más contrarias al incrementarse tales niveles.



Finalmente, se empleó la *U* de Mann-Whitney para determinar si existían o no diferencias estadísticamente significativa en las actitudes hacia el SMP en función del contacto con personas con diagnóstico de trastorno mental, sea del estado anímico u otro. Los resultados mostraron una asociación estadísticamente significativa.

## DISCUSIÓN

Este estudio analiza las actitudes de la población general hacia el SMP y su variación en función del sexo, la edad, el nivel de estudios, el apego, la estructura familiar, el nivel de A/E y A/R y el contacto con personas con algún diagnóstico de trastorno mental.

En primer lugar, se ha hallado que aquellas personas con un nivel de estudios no universitarios presentan actitudes de mayor rechazo hacia el SMP (29%) que aquellas con una titulación universitaria (19,6%). Aun siendo interpretados con cautela, estos resultados concuerdan con los hallados en otros estudios en los que se ha encontrado que aquellos sujetos con un menor nivel educativo presentaban actitudes más negativas hacia los trastornos mentales (Vicario y Moral, 2016).

No se ha podido asociar el sexo y la edad a una actitud más o menos favorable hacia el SMP, al no haberse encontrado diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados parecen contradecir otros hallazgos en los que se comprueba que las mujeres parecen presentar actitudes más favorables y empáticas (Ewalds-Kvist, Högberg & Lützén, 2013), además de una menor probabilidad de exhibir actitudes estigmatizantes hacia la salud mental (Niedzwiedz, 2019). No obstante, también se ha encontrado la tendencia opuesta, es decir, las actitudes de las mujeres hacia las personas con problemas psicológicos pueden ser hasta tres veces más distantes que las de los hombres (Rzhevskaya, Ruzhenkov, Ruzhenkova, Retyunsky & Minakova, 2020). Específicamente, se podría apuntar que, si bien las mujeres tienden a ser más empáticas y menos estigmatizadoras ante personas con problemas de salud mental, en este caso, dado que el SMP se refiere a las acciones de un cuidador que ejerce un tipo de maltrato infantil, podría relacionarse con mayores actitudes de rechazo. Del mismo modo, con relación a la edad, en estudios previos se ha encontrado que, a medida que se incrementa la edad, el estigma hacia las personas con algún trastorno mental grave aumenta (Del Valle y Marín, 2019).

En segundo lugar, se constata que las personas con un estilo de apego seguro y preocupado se caracterizan por presentar una valoración positiva de los demás, aunque difieren en la del self, ya que en el primer caso se mantiene esa valoración positiva, pero en el segundo se vuelve negativa. Debido a ello, estos últimos tienden a devaluarse y a ensalzar a los otros para buscar así la aprobación y valoración de los demás. Estas personas pueden llegar a percibir al otro sin defectos, riesgos o limitaciones, es decir, tienden a percibirlos como más similares de lo que en realidad son, para así sentirse más conectados con ellos (Yárnnoz, Alonso Arbiol, Plazaola & Sainz, 2001). En el caso del estilo de apego evitativo, las personas manifiestan una valoración o idea positiva de sí mismos y negativa de los demás. Así, Ortiz Granja et alia (2019) explican que estas personas manifiestan incomodidad en las relaciones cuando se produce proximidad emocional, convirtiéndose en adultos con una reducida confianza personal y con altos niveles de distanciamiento emocional. Es por ello por lo que se hipotetizó que aquellas personas con un estilo de apego evitativo mostrarían actitudes de mayor rechazo y distantes hacia el SMP que aquellas con uno seguro o preocupado. A pesar de lo expuesto en la literatura, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en sus actitudes hacia el SMP en función del estilo de apego.

Se aporta evidencia en favor de la hipótesis planteada relativa a que aquellos sujetos con puntuaciones elevadas en los indicadores de apego desorganizado presentarían actitudes más contrarias y menos favorables hacia el SMP que aquellas sin dichos indicadores. No se han encontrado estudios que relacionasen dichas variables, sin embargo, y siguiendo a Rholes, Paetzold y Kohn (2016), la desorganización predijo ira y agresión, no sólo a las figuras específicas de apego, sino también a las personas en general. Las personas con un estilo de apego desorganizado exhiben una hostilidad general y una menor capacidad para comprender tanto el propio comportamiento como el de los demás (Beeney et alia, 2017). Gracias a estos hallazgos se podría inferir que,

efectivamente, estas personas manifiesten actitudes más contrarias, pero aun así, sería de interés mayor investigación en este ámbito.

Respecto a los estilos disciplinares paternos, se tiende a que aquellas personas con un valor negativo hacia la autoridad de los padres presentan actitudes más contrarias hacia el SMP que aquellas con un valor positivo. Tal y como exponen Lacasa y Muela (2014), la negación de esta autoridad es característica de personas con un estilo de apego evitativo, de modo que sus actitudes se perciben como más distantes al tener una escasa confianza personal y preferir un mayor distanciamiento emocional. Siguiendo la literatura, estas personas presentan una visión más realista de los demás, una menor distancia interpersonal, además de manifestar menor hostilidad hacia personas no pertenecientes a su grupo, ya que presentan una predisposición más abierta y estructuras cognitivas más flexibles (Yáñez *et alia*, 2001).

Se han hallado diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia el SMP en función de los niveles de A/E, pero no en función de los de A/R. Se ha hallado que a mayores niveles de A/E se han manifestado actitudes más contrarias. En este sentido, Torrents *et alia* (2013) explican que esto puede deberse a que aquellos sujetos con síntomas ansiosos pueden presentar sesgos de memoria que podrían favorecer los recuerdos de información negativa ansiosa, además de mermar la capacidad cognitiva y ofrecer interpretaciones subjetivas de las situaciones alejadas de la realidad. Con ello se podría inferir que los participantes a la hora de descubrir en qué consistía el SMP, en el supuesto de que no lo conocieran, podría haber incurrido en la comisión de dichos sesgos y, por consiguiente, centrarse en tales interpretaciones. Otro hallazgo interesante es relativo a las escalas de A/E y A/R debido a las diferencias encontradas entre las medias aritméticas de los autores y las halladas en este estudio, siendo estas últimas, aproximadamente, entre seis y ocho puntos superiores. Ha de incidirse que han transcurrido más de 25 años desde la publicación de la escala y convendría modificar los baremos para medir los niveles de ansiedad (Guillén Riquelme & Buela Casal, 2011). También se podría achacar a los efectos producidos por la pandemia a causa del virus SARS-Cov-2, ya que en estudios recientes se ha observado un incremento de los niveles de ansiedad, estrés y depresión (Ozamiz-Etxebarria *et alia*, 2020).

Por último, no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia el SMP en función del grado de contacto con personas con algún trastorno mental, sea anímico u otro. Estos resultados parecen ir en contra de lo expuesto en la literatura, de modo que Vicario y Moral (2016) hallaron que las personas que han tenido algún tipo de contacto con otras con trastornos mentales mostraban actitudes más favorables respecto a aquellas que no lo tenían. Igualmente, en otro estudio realizado por Crisp, Gelder, Goddard y Meltzer (2005) se encontró que este contacto conduciría a un mayor conocimiento y empatía por parte de la sociedad.

Este estudio presenta ciertas limitaciones que deben ser tenidas en consideración. En primer lugar, se ha llevado a cabo a través de un muestro no probabilístico. Existe un desequilibrio muestral en indicadores como los relativos al contacto con algunas personas con trastorno del estado anímico (87,7%) y los que no (12,3%), así como referentes al hecho de que los participantes con titulación universitaria respecto a los que no la tienen son mayoría (199 frente a 69, respectivamente) o los relativos al nivel de edad ya que el grupo entre 15-29 años agrupa al 54,5% total de participantes. El criterio sociológico que explica este desequilibrio es el relativo al acceso diferencial, ya que las personas a las que se ha tenido acceso son aquellas que comparten una serie de características sociodemográficas similares, entre ellas la edad. Del mismo modo,

dicho desequilibrio muestral puede estar afectando a los errores tipo II ( $\beta$ ), es decir, no observarse diferencias estadísticamente significativas cuando, en realidad, sí las hay (Badii, Castillo, Cortez & Quiroz, 2007). Además, al tener un tamaño muestral pequeño, los tamaños de p pueden estar sobrevalorados y, por tanto, no resultar significativos cuando, en realidad, sí lo podrían ser. Por último, otra limitación importante surgió a la hora de contrastar los resultados de este estudio con otras investigaciones acerca de las percepciones o creencias hacia el SMP, debido, probablemente, a la novedad del tema, además de su especificidad.

Por todo ello, se plantean algunas líneas de investigación futuras que ahonden en el estudio de las actitudes que la población presenta hacia el SMP. En primer lugar, sería de interés contar con una muestra más equilibrada para poder así comparar dichos resultados y comprobar si siguen existiendo o no tales diferencias. Este estudio se ha realizado con población general, si bien es cierto que se podría contar con una muestra más específica como, por ejemplo, profesionales de la salud.

Dadas las múltiples implicaciones derivadas del estudio del Síndrome de Münchhausen por Poderes se incide en la conveniencia de profundizar en su análisis (véase Abdurrachid & Marques, 2020; Anderson *et alia*, 2018; Glaser, 2020; Gonçalves *et alia*, 2021) y, específicamente, en el estudio de las actitudes que presenta tanto la población general (Vicario y Moral, 2016; Yin, Wardenaar, Xu, Tian & Schoevers, 2020) como los profesionales de la salud (Nóbrega *et alia*, 2020; Ospino, Villamizar, Hasbun & Colorado, 2020) por la relevancia psicosocial de tales hallazgos y su vinculación con el estigma asociado a los trastornos mentales.

## REFERENCIAS

- Abdurrachid N & Marques JG (2020). Munchausen syndrome by proxy (MSBP): a review regarding perpetrators of factitious disorder imposed on another (FDIA). *CNS Spectrums*, 27, 16-26. Doi: 10.1017/S1092852920001741
- Amat J (2016). *Test exacto de Fisher, chi-cuadrado de Pearson, McNemar y Q-Cochran*. RPubus.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Anderson A, Feldman MD & Bryce J (2018). Munchausen by proxy: a qualitative investigation into online perceptions of medical child abuse. *Journal of Forensic Sciences*, 63, 771-775. Doi: 10.1111/1556-4029.13610
- Arenas A, Bohórquez M, Brito L, Camacho M, Gutiérrez L, Isaza C, Lago G, López E, Medina C, Montoya C, Morales A, Quintero A, Quiroz, Rojas G & Ruiz E (1995). *Sistema Nacional de Información Síndrome del Niño Maltratado. Temas de Pediatría, Edición Especial*. Paidós.
- Arruabarrena M (2011). Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: definición y valoración de su gravedad. *Psychosocial Intervention*, 20, 25-44. Doi: 10.5093/in2011v20n1a3
- Arrufat AS, Olmos JG & Blanxart MF (1999). *Introducción a la estadística en Psicología* (Vol. 27). Universitat de Barcelona.
- Asociación Médica Mundial (1964/2013). *Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos de las investigaciones médicas en seres humanos*. Disponible en: <https://tinyurl.com/y92zz49v>
- Asher R (1951). Munchausen's syndrome. *Lancet*, 1, 339-341. Doi: 10.1016/S0140-6736(51)92313-6
- Ayoub C, Alexander R, Beck D, Bursch B, Feldman KW, Libow J, Sanders MJ & Yorker B (2002). Definitional issues in Münchhausen by proxy. *Child Maltreatment*, 7, 105-111. Doi: 10.1177/1077559502007002002
- Badii MHJ, Castillo K, Cortez & Quiroz H (2007). Análisis de clusters. En MH Badii & J Castillo (eds.). *Técnicas Cuantitativas en la Investigación* (pp. 15-36). Servicio de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Balluerka N, Lacasa F, Gorostiaga A, Muela A & Pierrehumbert B (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23, 486-494.
- Bass C & Glaser D (2014). Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *The Lancet*, 383, 1412-1421. Doi: 10.1016/S0140-6736(13)62183-2
- Bass C & Jones D (2011). Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. *The*

- British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 199, 113-118. Doi: 10.1192/bjp.bp.109.074088
- Beeney JE, Wright A, Stepp SD, Hallquist MN, Lazarus SA, Beeney J, Scott LN & Pilkonis PA (2017). Disorganized attachment and personality functioning in adults: A latent class analysis. *Personality Disorders*, 8, 206-216. Doi: 10.1037/per0000184
- Bools CN, Neale BA & Meadow SR (1994). Munchausen syndrome by proxy: A study of psychopathology. *Child Abuse and Neglect*, 18, 773-788. Doi: 10.1016/0145-2134(94)00044-1
- Buela-Casal G, Guillén-Riquelme A & Seisdedos N (2011). *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Adaptación española*. TEA Ediciones.
- Bursch B, Emerson ND & Sanders MJ (2021). Evaluation and management of factitious disorder imposed on another. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28, 67-77. Doi: 10.1007/s10880-019-09668-6
- Cedenilla M & Jiménez-Perianes A (2020). Aproximación teórica al Síndrome de Munchausen por Poderes. *Behavior & Law Journal*, 6, 1-11. Doi: 10.47442/blj.v6.i1.77
- Cerda de la F, Goñi T & Gómez I (2006). Síndrome de Munchausen por poderes. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44), 47-55.
- Crisp A, Gelder M, Goddard E & Meltzer H (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 4, 106-113.
- Del Valle VMS & Marín JMM (2019). Análisis del estigma hacia personas con trastorno mental grave en la población de Cáceres. *Revista de Educación Social*, 29, 142-153.
- Ewalds-Kvist B, Högberg T & Lützén K (2013). Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67, 360-368. Doi: 10.3109/08039488.2012.748827
- Flaherty EG, MacMillan HL & Committee on Child Abuse and Neglect (2013). Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. *Pediatrics*, 132, 590-597. Doi: 10.1542/peds.2013-2045
- Fralely RC (2019). Attachment in adulthood: Recent developments, emerging debates, and future directions. *Annual Review of Psychology*, 70, 401-422 Doi: 10.1146/annurev-psych-010418-102813
- Glaser D (2020). Fabricated or induced illness: From “Munchausen by proxy” to child and family-oriented action. *Child Abuse & Neglect*, 108, 104649. Doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104649
- Goffman E (1ª Ed.) (1970). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Gonçalves TG, Motta MEG, Kegler P & Macedo MMK (2014). Síndrome de Munchausen by proxy: definición, contextualización y factores psíquicos implicados. *Revista de Psicología*, 32, 139-156.
- Gonçalves IM, de Castro Pimentel T, Moura RS, da Rocha Siqueira B, de Castro Pimentel F, Ferreira VL & da Cunha Gonçalves SJ (2021). O transtorno factício das síndrome de Munchausen e síndrome de Munchausen por Procuração: uma revisão narrativa de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13, e9072-e9072.
- Goñi T, Martínez MJ, Cerda F & Gómez I (2008). Síndrome de Munchausen por poderes. *Anales de Pediatría*, 68, 609-611. Doi: 10.1157/13123295
- Guillén-Riquelme A & Buela-Casal G (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencia de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23, 510-511.
- Lacasa F & Muela A (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 24, 83-93.
- Landa-Contreras E, Alvites-Ahumada MP & Fortes-Álvarez JL (2014). Síndrome de Munchausen por poderes: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34, 791-795. Doi: 10.4321/S0211-57352014000400011
- Lovaglio GS & Del Bagge PL (2021). Síndrome de Münchhausen por poderes. Alto riesgo para la vida de niños, niñas y adolescentes. *Revista de Psicología*, 20, 123-138. Doi: 10.24215/2422572Xe082
- Maida S, Molina P & Carrasco CH (1999). Síndrome de Munchausen-por-poder: un diagnóstico a considerar. *Revista Chilena de Pediatría*, 70, 215-220. Doi: 10.4067/S0370-41061999000300007
- Matamoros SDVV & Marín JMM (2019). Análisis del estigma hacia personas con trastorno mental grave en la población de Cáceres. *RES: Revista de Educación Social*, 29, 142-153.
- Meadow R (1977). Munchausen syndrome by proxy the hinterland of child abuse. *The Lancet*, 310, 343-345. Doi: 10.1016/S0140-6736(77)91497-0
- Morales-Franco B & De la Morena-Fernández ML (1995). El síndrome de Munchausen infantil. Etiología, criterios diagnósticos y tratamiento. *Gaceta Médica de México*, 131, 323-328.
- Niedzwiedz CL (2019). How does mental health stigma get under the skin? Cross-sectional analysis using the Health Survey for England. *SSM - Population Health*, 8, 100433. Doi: 10.1016/j.ssmph.2019.100433
- Nóbrega MDPSDS., Fernandes CSNDN, Zerbetto SR, Sampaio FMC, Duarte E, Chaves SCDS & Moreira WC (2020). Actitudes de enfermeras frente a la participación familiar en el cuidado de personas con trastorno mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 33, 1-10. Doi: 10.37689/actaape/2020A001456
- O'Connor C, Kadianaki I, Maunder K & McNicholas F (2018). How does psychiatric diagnosis affect young people's self-concept and social identity? A systematic review and synthesis of the qualitative literature. *Social Science*

- & *Medicine*, 212, 94-119. Doi: 10.1016/j.socscimed.2018.07.011
- Ortiz-Granja D, Acosta-Rodas P, Rubio D, Lepe-Martínez N, Del Valle M, Cadena D, López E, Hinojosa F & Ramos C (2019). Consideraciones teóricas acerca del apego en adultos. *Avances en Psicología*, 27, 135-152. Doi: 10.33539/avpsicol.2019.v27n2.1793
- Ospino GAC, Villamizar MPJ, Hasbun HDLT & Colorado YS (2020). Estigma-discriminación hacia personas con trastornos mentales en estudiantes de medicina. *Tesis Psicológica*, 15, 238-251. Doi: 10.37511/tesis.v15n2a13
- Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaría M, Picaza-Gorrochategui M & Idoiaga-Mondragón N (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00054020. Doi: 10.1590/0102-311X00054020
- Pavez M, Villanueva M, Middleton F, Cevo J & Papuzinski C (2016). Síndrome de Münchhausen por poder en otorrinolaringología. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 76, 231-235. Doi: 10.4067/S0718-48162016000200015
- Picco L, Abdin E, Pang S, Vaingankar JA, Jeyagurunathan A, Chong SA & Subramaniam M. (2018). Association between recognition and help-seeking preferences and stigma towards people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27, 84-93. Doi: 10.1017/S2045796016000998
- Rholes WS, Paetzold RL & Kohn JL (2016). Disorganized attachment mediates the link from early trauma to externalizing behavior in adult relationships. *Personality and Individual Differences*, 90, 61-65. Doi: 10.1016/j.paid.2015.10.043
- Rosenberg DA (1987). Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 11, 547-563. Doi: 10.1016/0145-2134(87)90081-0
- Rzhevskaya NK, Ruzhenkov VA, Ruzhenkova VV, Retyunsky KY & Minakova JS (2020). Attitude to diseases and social distance of persons with mental disorders. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 12, 599-605. Doi: 10.9756/INT-JECSE/V12I1.201043
- Schreier H (2004). Münchhausen by proxy. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 34, 126-143. Doi: 10.1016/j.cppeds.2003.09.003
- Sheridan MS (2003). The deceit continues: an updated literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 27, 431-451. Doi: 10.1016/s0145-2134(03)00030-9
- Spielberger CD, Gorsuch RL & Lushene, RE (or, 1970, ed. 1994). *STAI, Strait-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Consulting Psychologist Press.
- Squires JE & Squires Jr RH (2010). Münchhausen syndrome by proxy: ongoing clinical challenges. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 51, 248-253. Doi: 10.1097/MPG.0b013e3181e33b15
- Tapia FM, Castro WL, Poblete CM & Soza CM (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones. *Salud Mental*, 38, 53-58. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.007
- Torrents R, Ricart M, Ferreira M, López A, Renedo L, Lleixà M & Ferré C (2013). Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index de Enfermería*, 22, 60-64. Doi: 10.4321/S1132-12962013000100013
- Turner J & Reid S (2002). Munchausen's syndrome. *The Lancet*, 359, 346-349. Doi: 10.1016/S0140-6736(02)07502-5
- Vicario A & Moral MV (2016). Actitudes hacia los trastornos mentales y su asociación percibida con delito: Estigma social. *Salud & Sociedad*, 7, 254-269. Doi: 10.22199/s07187475.2016.0003.00002
- Yáñez S, Alonso-Arbiol I, Plazaola M & Sainz LMDM (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de Psicología*, 17, 159-170.
- Yates G & Bass C (2017). The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy): A systematic review of 796 cases. *Child Abuse & Neglect*, 72, 45-53. Doi: 10.1016/j.chiabu.2017.07.008
- Yin H, Wardenaar KJ, Xu G, Tian H & Schoevers RA (2020). Mental health stigma and mental health knowledge in Chinese population: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 20, 1-10. Doi: 10.1186/s12888-020-02705-x
- Zárate J, Davila A, Illanes M, Gioacchini, C, Sananez G, Hunziker C, González B, Díaz S & Denti F (2020). Salud mental y estigma: análisis sobre la formación profesional en Psicología. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5, 153-167.

Aceptación final, 22 abril, 2023