

REDUCCIÓN DEL ESTIGMA HACIA EL TRASTORNO MENTAL EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE ESTUDIOS DE CASOS Y APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS

Naiara Ozamiz-Etxebarria¹, Sonia Ruiz de Azúa García¹,
Maitane Picaza Gorrotxategi¹ y Jeffrey H. D. Cornelius-White²
¹Universidad del País Vasco (España); ²Universidad del Estado de Missouri
(EE.UU.)

Resumen

Los trastornos mentales son una de las condiciones más estigmatizadas en nuestra sociedad, lo que supone un obstáculo para la recuperación de estas personas. Sin embargo, las actitudes estigmatizantes pueden cambiar, y la educación y la experiencia personal con personas que tienen un trastorno mental pueden reducir las actitudes estigmatizantes. El presente estudio evaluó el estigma de 111 estudiantes de educación social hacia las personas con trastornos mentales y los conocimientos sobre los trastornos mentales antes y después de una intervención educativa que incluía estudios de casos activos y metodologías de aprendizaje basado en problemas. Se utilizaron autoinformes para medir las actitudes hacia el trastorno mental y conocimientos sobre salud mental. Las actitudes negativas hacia los trastornos mentales se redujeron y los conocimientos aumentaron tras la intervención ($p < 0,05$). Estos resultados demuestran la eficacia de este tipo de intervenciones educativas activas en la reducción del estigma hacia las personas con trastornos mentales. Sin embargo, es importante seguir realizando estudios de este tipo para aumentar las pruebas científicas.

PALABRAS CLAVE: *estigma, actitudes, trastorno/enfermedad mental, intervención educativa, estudio de casos, aprendizaje basado en problemas.*

Abstract

Mental disorders are one of the most stigmatized conditions in our society, which is a barrier to recovery for these individuals. However, stigmatizing attitudes can change, and education and personal experience with people who have a mental disorder can reduce stigmatizing attitudes. The present study assessed 111 social education students' stigma toward people with mental disorders and knowledge about mental disorders before and after an educational intervention involving active case studies and problem-based learning methodologies. Self-reports were used to measure attitudes toward mental disorder and knowledge about mental health. Negative attitudes towards mental disorders were reduced and knowledge increased after the intervention ($p < .05$). These results demonstrate the effectiveness of this type of active educational interventions in reducing stigma

towards people with mental disorders. However, it is important to continue conducting studies of this type to increase the scientific evidence.

KEY WORDS: *stigma, attitudes, mental disorder/illness, educational intervention, case study, problem-based learning.*

Introducción

El estigma es un fenómeno que se da en muchos contextos, y en particular en el ámbito de la salud mental, donde supone una importante barrera para la integración social de las personas afectadas por trastornos mentales (López, 2012). El estigma es el resultado de una dinámica social y si bien sus manifestaciones varían de una cultura a otra (Cheon y Chiao, 2012), generalmente se le conoce como el proceso de etiquetado, pérdida de estatus y discriminación en el que una persona es evaluada negativamente por tener un atributo diferente al de su comunidad (Angermeyer y Matschinger, 2005). Varios estudios han demostrado que el trastorno mental es una de las condiciones más estigmatizadas en nuestra sociedad, independientemente del diagnóstico (Corrigan y Lundin, 2001; Corrigan y Shapiro, 2010; Loinaz et al., 2011).

Los efectos negativos del estigma hacia las personas con trastornos mentales pueden influir en todos los ámbitos de la vida, como el aprendizaje, el trabajo y la socialización, convirtiéndose en una barrera para que las personas con trastornos mentales alcancen sus objetivos (Brouwers, 2020; Corrigan, 2003). El estigma es uno de los principales obstáculos para la recuperación de las personas que sufren trastornos mentales (Grandón Fernández et al., 2016). Por ejemplo, las personas con trastornos mentales suelen ser consideradas peligrosas o responsables de sus discapacidades, ya que están relacionadas con la falta de adherencia y la interrupción del tratamiento farmacológico (Sirey, 2001). El miedo a la discriminación puede reducir aún más el número de personas con problemas de salud mental que necesitan ayuda para no buscarla realmente (Nearchou et al., 2018; Sirey, 2001; Navarro, 2021).

Es vital que estudiantes y profesorado de educación social y trabajo social no contribuyan al estigma del trastorno mental con sus propios prejuicios. Por lo tanto, estos profesionales pueden beneficiarse de las intervenciones educativas diseñadas para prevenir o reducir las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales (Morgan et al., 2018; Watson et al., 2017; Zellmann et al., 2014).

Hay pruebas de que el conocimiento sobre la salud mental y/o el trastorno mental puede tener un impacto significativo en los cambios de actitud y comportamiento en relación con el estigma (Wolff et al., 1996; Petkari et al., 2018). En concreto, las investigaciones demuestran que mejorar el conocimiento sobre la salud mental de la población puede tener un impacto positivo en el estigma, facilitar la búsqueda de ayuda y contribuir a que una mayor proporción de personas con trastornos mentales reciba el tratamiento necesario (Evans-Lacko et al., 2010). El uso de evaluaciones previas e intervenciones puede ayudar además a identificar ciertas lagunas de conocimiento y a evaluar la eficacia de la intervención para cambiar los

conocimientos, la actitud y el comportamiento de la población general con respecto al estigma (Moreno *et al.*, 2014; Thornicroft *et al.*, 2016). Los proyectos de investigación con adolescentes han demostrado con éxito que reducen las actitudes estigmatizantes de los participantes al presentar información precisa sobre los trastornos mentales, los síntomas y el tratamiento, e incluir a personas con problemas mentales para educar a los estudiantes (Lanfredi *et al.*, 2019; Spagnolo *et al.*, 2008; Vila-Badia *et al.*, 2016).

Investigaciones previas con estudiantes de medicina han demostrado que las actitudes de los universitarios hacia los trastornos mentales son relevantes para su futura práctica y su salud personal (Hernández-Èvole *et al.*, 2019). La asignatura de psicología médica, en la que se trabajan diferentes trastornos mentales, puede generar actitudes positivas de respeto, compasión y empatía, y reducir aún más el estigma hacia los trastornos mentales.

Los programas educativos, en los que los participantes tienen contacto personal con personas con trastornos mentales, han demostrado resultados prometedores en la reducción de las actitudes estigmatizantes hacia el trastorno mental (Spagnolo *et al.*, 2008; Thornicroft *et al.*, 2016). Por lo tanto, deberían ejecutarse medidas preventivas contra el estigma para educar a la próxima generación de profesionales que atienden a las poblaciones de salud mental (Hernández-Èvole *et al.*, 2019). Hasta el momento, no se han realizado estudios sobre el estigma relacionado con la salud mental de los estudiantes del ámbito de la Educación Social. Sin embargo, este colectivo es uno de los más responsables de la evaluación, seguimiento y tratamiento de las personas con trastornos mentales; un alto porcentaje de estos graduados trabaja con pacientes con problemas mentales (Kourgiantakis *et al.*, 2019).

Tanto el estudio de casos como el aprendizaje basado en problemas son metodologías útiles para profundizar en la construcción del aprendizaje de los estudiantes y facilitar el desarrollo de habilidades (Guisasola Aranzabal y Garmendia Mujika, 2014). El estudio de casos ha demostrado ser una metodología docente muy positiva utilizada en universidades, como la de Harvard (Giné *et al.*, 2011; Guisasola y Garmendia, 2014). La metodología de Aprendizaje Basado en Problemas se desarrolló por primera vez en la Escuela de Medicina de la Universidad de Canadá durante la década de 1960 y se ha utilizado con éxito (Branda, 2009, 2011). Estas metodologías han evolucionado y se han adaptado a las necesidades de las diferentes áreas para mejorar la calidad de la educación y capacitar a los futuros profesionales para abordar planteamientos complejos y analizar situaciones contextualizadas. Con estas metodologías se presenta un problema, situación o caso real o realista relacionado con el contexto profesional en el que el alumno se desempeñará en el futuro (Morales y Landa, 2004). Durante el aprendizaje autodirigido, los estudiantes trabajan en colaboración, discuten, revisan y debaten. De este modo, el aprendizaje es un proceso de construcción de conocimientos previos. Además, provoca conflictos cognitivos constructivos, sin los cuales el alumno difícilmente se hará preguntas relevantes y buscará respuestas prácticas para provocar cambios significativos a través del pensamiento crítico y la redefinición de valores (Giné *et al.*, 2011; Morales y Landa, 2004; Perkins *et al.*, 1990). En otras palabras, estas metodologías de aprendizaje ayudan a los estudiantes a desarrollar la capacidad de valorar la diversidad de pensamiento, desarrollar la motivación y la

persistencia, la conducta ética y cívica, la creatividad y la capacidad de trabajar con otras personas, favoreciendo la dimensión social para funcionar en la comunidad (Giné *et al.*, 2011).

Los educadores sociales trabajan en muchos ámbitos, con diferentes poblaciones vulnerables, entre las que se encuentran las que padecen trastornos mentales. Por ello, es importante evaluar el nivel de conocimiento sobre el trastorno mental de los estudiantes de Educación Social y diseñar modelos educativos que formen adecuadamente a los estudiantes que trabajan con esta población. Dadas las actitudes negativas y los estereotipos que a menudo se mantienen como resultado de la ignorancia y la falta de contacto con las personas que sufren trastornos mentales, también es importante entender las actitudes de los estudiantes de Educación Social hacia las poblaciones de salud mental. La educación es una de las herramientas básicas para que los futuros educadores sociales se familiaricen con esta población y mejoren sus conocimientos y actitudes hacia los individuos con trastornos mentales.

El primer objetivo del presente estudio exploratorio fue evaluar las actitudes estigmatizantes de los estudiantes de educación social hacia las personas con enfermedad mental, así como los conocimientos de los estudiantes sobre el trastorno mental. Tras una intervención educativa que presentaba información a los participantes sobre los trastornos mentales e incorporaba metodologías activas de estudio de casos y aprendizaje basado en problemas, se evaluaron los cambios en el estigma de los participantes hacia los trastornos mentales y sus conocimientos sobre las mismas para determinar la eficacia de la intervención.

Como han demostrado otros estudios, se espera que estudiantes de educación social tengan actitudes positivas hacia los trastornos mentales antes de la intervención. También se espera que a través de metodologías activas de estudio de casos y aprendizaje basado en problemas, se logren mejoras tanto en el conocimiento como en el estigma hacia las personas con trastornos mentales.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 111 estudiantes de tercer año del Programa de Educación Social de la Universidad Pública de la Universidad del País Vasco que se ofrecieron a participar en el estudio. Un total de 111 estudiantes de Educación Social participaron en este estudio. Aproximadamente el 11,7% de la muestra estaba formada por hombres, mientras que el 88,3% eran mujeres, con una edad media de 21,39 años ($DT= 2,42$).

Instrumentos

- a) "Actitudes de la comunidad hacia las personas con trastornos mentales" (*Community Attitudes toward the Mentally Ill*, CAMI; Taylor y Dear, 1981). Este cuestionario está basado en la "Escala de opiniones sobre el trastorno mental"

(*Scale of Opinions on Mental Illness*; Cohen y Struening, 1962), y sirve para evaluar las actitudes de la población general hacia los individuos con un trastorno mental, a través de cuatro dimensiones: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de la salud mental (Grandón Fernández *et al.*, 2016). Cada subescala tiene 10 ítems, incluyendo cinco afirmaciones positivas y cinco negativas que se califican en una escala Likert (1= Totalmente de acuerdo, 2= De acuerdo, 3= Ni acuerdo ni desacuerdo, 4= No estoy de acuerdo, 5= Totalmente en desacuerdo). Las puntuaciones van de 10 a 50 por dimensión, y las puntuaciones más altas significan actitudes más positivas. La escala CAMI se ha utilizado durante muchos años en diversas poblaciones (Cotton, 2004; Wahl, 1993) y culturas (Corrigan *et al.*, 2010), lo que permite realizar comparaciones entre diferentes contextos. La versión española del CAMI tuvo un buen coeficiente de correlación intraclase que osciló entre 0,775 y 0,339 en el análisis ítem por ítem, y las subescalas "autoritarismo" (ICC= 0,814), "benevolencia" (ICC= 0,853), "restrictividad social" (ICC= 0,816) e "ideología de la salud mental en la comunidad" (ICC= 0,88); demostraron una fuerte fiabilidad con coeficiente alfa de Chronbach ($\alpha= 0,909$) (Ochoa *et al.*, 2016). La fiabilidad con coeficiente alfa de Chronbach de la muestra de este estudio es muy fuerte ($\alpha= 0,904$).

- b) "Actitudes hacia el trastorno mental" (*Attitudes Toward Mental Illness*, AMI; Weller Y Grunes, 1988), versión en español validada por Gilaberte *et al.* (2012). El AMI es un cuestionario de 20 ítems que se centra en las actitudes hacia el diagnóstico, el tratamiento y la etiología del trastorno mental entre los pacientes psiquiátricos. Los ítems se miden en una escala Likert de cinco puntos (1= Totalmente de acuerdo, 2= De acuerdo, 3= Ni acuerdo ni desacuerdo, 4= No estoy de acuerdo, 5= Totalmente en desacuerdo). Las puntuaciones en algunos ítems ((5,6,10,13,19) se invierten para evitar el sesgo de respuesta (Singh *et al.*, 1998). Se considera una puntuación neutral en el punto de corte de 60. La consistencia interna de este cuestionario fue adecuada en otros estudios ($\alpha= 0,684$) (Economou *et al.*, 2017) y en este estudio ($\alpha= 0,610$). Por debajo de esta puntuación, se considera que los encuestados tienen una actitud negativa hacia las personas con trastornos mentales. Por encima de 60, la actitud se considera positiva en la investigación con estudiantes de medicina (Gilaberte *et al.*, 2012), sin embargo, no se considera este punto de corte para nuestra muestra.
- c) "Escala de conocimientos sobre salud mental" (*Mental Health Knowledge Schedule*, MAKS; Evans-Lacko *et al.*, 2010). La MAKS evalúa seis áreas de conocimiento sobre salud mental relacionadas con el estigma. La MAKS consta de seis ítems que preguntan sobre el conocimiento de la salud mental en cada una de las siguientes áreas: búsqueda de ayuda, reconocimiento, apoyo, empleo, tratamiento y recuperación. Cada ítem se califica en una escala Likert de 5 puntos, donde 5 refleja un fuerte acuerdo y 1 refleja un fuerte desacuerdo. La puntuación máxima, 30 puntos, indica un mayor conocimiento relacionado con el estigma hacia la salud mental. La MAKS tiene una fiabilidad test-retest de 0,71, siendo pionero en su uso en español (Villanueva *et al.*, 2015). La fiabilidad de esta prueba en nuestra muestra es de 0,647.

- d) "Escala de comportamiento informado y previsto" (*Reported and Intended Behaviour Scale*, RIBS; Evans-Lacko et al., 2011). La RIBS evalúa el comportamiento intencional y consumado, y se basa en la "Escala de distancia social Star" (*Star Social Distance Scale*) que está diseñada para evaluar a la población general (Evans-Lacko et al., 2010). La RIBS consta de 8 ítems, en los que los cuatro primeros se valoran en una escala Likert de 3 puntos ("Sí", "No" y "No sé"), y los cuatro últimos (5-8) siguen la misma escala Likert de 5 puntos que La MAKs para indicar el nivel de acuerdo o desacuerdo. La puntuación máxima, 20 puntos, indica una intención de comportamiento menos estigmatizante. La RIBS puede utilizarse junto con medidas de conocimiento y actitudes sobre el estigma en salud mental. La consistencia interna de la versión española de la RIBS es buena ($\alpha= 0,880$) en otros estudios (Rubio-Varela et al., 2016) y en el presente estudio ($\alpha= 0,826$).
- e) Preguntas adicionales. Además de las escalas validadas para medir diferentes aspectos del estigma, se hicieron preguntas ad hoc sobre el grado de familiaridad con una persona con un trastorno mental, así como la percepción subjetiva del grado de conocimiento sobre el trastorno mental.

Procedimiento

El proyecto se llevó a cabo en la Universidad Pública de la Universidad del País Vasco, concretamente con estudiantes del grado de Educación Social. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos CEISH-UPV/EHO, BOPV 32,17/02/2014, con el código M10_2019_240, respetando la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

El primer día de clase se informó a los alumnos sobre el estudio, y las personas que decidieron participar voluntariamente firmaron el consentimiento informado del estudio y completaron las pruebas previas utilizando la plataforma de formularios de Google. Los cuestionarios completados por los estudiantes eran anónimos e incluían un código para identificar la relación entre los cuestionarios realizados antes y después de la intervención educativa.

Como intervención, se aplicaron los métodos de estudio de casos y aprendizaje basado en problemas para abordar el trastorno mental y su estigmatización. Los alumnos trabajaron en pequeños grupos siguiendo el procedimiento metodológico y teniendo al profesor como guía. Al principio del curso, los alumnos definieron varios casos y problemas que podrían experimentar diferentes personas con enfermedad mental para secuenciar una posible solución a lo largo del curso. Para definir estos casos y problemas, los estudiantes utilizaron casos y problemas que habían experimentado durante sus prácticas o experiencia laboral. El profesorado supervisaba continuamente estos casos y problemas para ver si eran adecuados para trabajar. Además, desde el principio del cuatrimestre, personas expertas en la materia, como psiquiatras, educadores sociales y psicólogos, y pacientes, visitaban el aula para compartir sus experiencias. El alumnado, además, adquirió nuevos aprendizajes a través del visionado de vídeos (Una mente maravillosa, 1% de esquizofrenia, Chica interrumpida), la lectura de informes y artículos académicos (Cornella, 2005; Escribano, 2005; Fabra et al., 2005; Masiques, 2005, Moreno et

al., 2014; Navarro y Triguero 2019) la visita a centros, y la realización de debates y otras actividades que facilitaron la investigación en el proceso didáctico. Estas actividades se realizaron durante cuatro meses, una vez a la semana. Al final del cuatrimestre, cada grupo de alumnos debía defender públicamente su trabajo de forma crítica y fundamentada, explicando el proceso metodológico y el razonamiento de su toma de decisiones a partir de los contenidos educativos. Tras la formación, el alumnado volvió a rellenar el cuestionario para evaluar el nivel de cambio en las actitudes hacia los trastornos mentales y los conocimientos sobre las mismas.

Los estudiantes fueron reclutados durante los meses de enero y febrero del 2019. Se proporcionó información a todos los participantes sobre el procedimiento de investigación del presente estudio. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes. Se midieron las actitudes y los conocimientos de los estudiantes sobre los trastornos mentales antes y después de la intervención. Todos los participantes recibieron la intervención entre los meses de febrero y mayo del 2019.

Análisis de datos

Los datos de los participantes se recogieron a través de un formulario en línea de Google. Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS v. 25 para examinar los datos y realizar un análisis de los mismos. Se realizaron análisis descriptivos de los datos sociodemográficos mediante descripciones y frecuencias, y se analizó la normalidad de las variables para determinar el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas. Posteriormente, se realizaron comparaciones de medias mediante pruebas no paramétricas (prueba U de Mann-Whitney cuando la variable independiente era dicotómica o Kruskal-Wallis cuando la variable era de más de dos condiciones). Por último, se realizaron comparaciones de medias para muestras relacionadas (prueba no paramétrica de Wilcoxon) con la intención de conocer el efecto de la intervención en la muestra de alumnos de educación social.

Resultados

Un alto porcentaje de participantes (56,8%) indicó que conocía a alguien con un trastorno mental en su entorno, mientras que el 30,6% indicó que conocía a alguien con un trastorno mental que no estaba en su entorno. Un pequeño porcentaje de participantes (12,6%) no conocía a nadie con un trastorno mental.

A la hora de comparar el estigma según el sexo de los estudiantes de Educación Social, hay que tener en cuenta el alto porcentaje de mujeres en la muestra respecto a los hombres, siendo insignificante el número de hombres con un 11,7%. Se realizó una prueba no paramétrica, que además indicó que no había diferencias significativas entre ambos grupos (tabla 1).

Tabla 1
Actitud hacia las personas con trastornos mentales y el sexo (N= 111)

Escalas de estigma	Sexo	M (DT)	U	Sig.
CAMI				
Autoritarismo	Hombres (n= 13)	35,23 (4,11)	464	0,111
	Mujeres (n= 98)	36,52 (4,17)		
Benevolencia	Hombres	43,77 (4,53)	625	0,912
	Mujeres	43,91 (4,55)		
Restricción social	Hombres	41,62 (5,08)	512	0,250
	Mujeres	42,84 (4,77)		
Ideología sobre trastorno mental	Hombres	39,62 (5,03)	616	0,847
	Mujeres	39,03 (4,74)		
Total	Hombres	160,23 (17,56)	563.5	0,500
	Mujeres	162,30 (16,00)		
RIBS total	Hombres	15,85 (3,60)	483	0,148
	Mujeres	17,32 (3,04)		
MAKS total	Hombres	20,31 (3,35)	584	0,625
	Mujeres	20,82 (3,35)		
AMI total	Hombres	69,69 (8,39)	604.5	0,765
	Mujeres	69,62 (5,07)		

Note: CAMI= "Actitudes de la comunidad hacia las personas con trastornos mentales"; RIBS= "Escala de comportamiento informado y previsto"; MAKS= "Escala de conocimientos sobre salud mental"; AMI= "Actitudes hacia el trastorno mental".

Como se observa en la tabla 2, existen diferencias significativas entre la actitud hacia las personas con trastornos mentales y la forma de relación, con puntuaciones más altas para las personas que conocen a alguien (ya sea del entorno o fuera de él) en comparación con las que no lo conocen. Hubo diferencias significativas entre los grupos en todas las escalas del CAMI. En la escala de autoritarismo las personas que conocen a alguien de su entorno (YFE) tuvieron puntuaciones significativamente más altas que las personas que no conocen a nadie (N) (U de Mann-Whitney= 221,5; $p= 0,004$); sin embargo, las personas que conocen a alguien pero fuera de su entorno (YNE) no tuvieron diferencias significativas que las personas que no conocen a nadie (U de Mann-Whitney= 159; $p= 0,071$). En el resto de las escalas del CAMI hubo diferencias significativas entre las personas que conocen a alguien con enfermedad mental (YFE o YNE) y las personas que no lo conocían. El tamaño del efecto de las diferencias entre YFE y N fue mayor (0,825 y 1,482) que entre YNE y N (0,608 y 1,135).

El comportamiento de las personas medido con la RIBS mostró diferencias significativas entre los grupos, $\chi^2(2)= 18,736$; $p\leq 0,001$). La prueba U de Mann-Whitney determinó que las medias diferían en Sí de mi entorno (YFE) ($Z= -4,040$; $p\leq 0,001$; $d= 1,17$) y Sí pero no de mi entorno (YNE) ($Z= -3,933$; $p\leq 0,001$; $d= 1,19$) en comparación con el grupo No (N). Se encontraron puntuaciones más altas en la MAKS entre YFE y N ($Z= -2,040$; $p= 0,041$; $d= 0,587$) pero no se encontraron diferencias significativas entre YNE y N ($Z= -1,782$; $p= ,075$). Hubo diferencias significativas en la AMI entre los grupos YFE ($d= -3,122$; $p= 0,002$) e YNE ($Z= -2,965$; $p= 0,003$) en comparación con el grupo N.

Tras la intervención educativa sobre el trastorno mental a través de metodologías activas, se realizó un análisis comparativo entre las medias previas y posteriores a la intervención. Como se puede ver en la tabla 3, el análisis indicó una mejora significativa en todas las escalas de las diferentes pruebas de estigma. El tamaño del efecto de las actitudes de salud mental fue bajo, sin embargo, el conocimiento y el comportamiento respecto a las personas que sufren trastornos mentales fueron altos.

Tabla 2
Actitud hacia las personas con trastornos mentales y tipo de relación

Escalas de estigma	Tipo de relación	M (DT)	χ^2	Sig.
CAMI				
Autoritarismo	SDE	37,08 (4,39)	9,021	0,011
	SOE	36,18 (3,41)		
	N	33,64 (3,84)		
Benevolencia	SDE	44,44 (4,86)	13,076	0,001
	SOE	44,29 (3,63)		
	N	40,43 (3,52)		
Restricción social	SDE	43,22 (4,88)	17,635	< 0,001
	SOE	43,59 (4,00)		
	N	38,14 (3,84)		
Ideología sobre trastorno mental	SDE	39,84 (4,84)	12,747	0,002
	SOE	39,26 (4,45)		
	N	35,36 (3,39)		
Total	SDE	164,59 (17,05)	17,412	< 0,001
	SOE	163,32 (12,51)		
	N	147,57 (12,36)		
RIBS total	SDE	17,59 (3,29)	18,736	< 0,001
	SDE	17,65 (2,19)		
	N	13,93 (2,53)		
MAKS total	SDE	21,03 (3,23)	4,354	0,113
	SOE	20,94 (3,37)		
	N	19,07 (3,52)		
AMI total	SDE	70,79 (5,98)	11,396	0,003
	SOE	69,29 (4,25)		
	N	65,21 (3,51)		

Nota: CAMI= "Actitudes de la comunidad hacia las personas con trastornos mentales"; RIBS= "Escala de comportamiento informado y previsto"; MAKS= "Escala de conocimientos sobre salud mental"; AMI= "Actitudes hacia el trastorno mental"; SDE= Sí, de mi entorno (n= 63); SOE= Sí, pero de otro entorno (n= 34); N= No (n= 14).

Tabla 3

Puntuaciones en las escalas antes y después de las intervenciones mediante metodologías activas

Escalas de estigma	Pretest M (DT)	Posttest M (DT)	d de Cohen	Z	Sig.
CAMI					
Autoritarismo	36,37(4,16)	38,14(3,70)	0,408	-4,325	< 0,001
Benevolencia	43,89(4,53)	45,15(3,76)	0,295	-3,143	0,002
Restricción social	42,69(4,80)	43,95(4,17)	0,29	-3,265	0,001
Ideología sobre trastorno mental	39,10(4,75)	40,69(4,16)	0,382	-4,103	< 0,001
Total	162,05(16,12)	167,94(13,50)	0,421	-4,838	< 0,001
RIBS total	13,08(3,28)	17,14 (3,13)	0,979	-7,357	< 0,001
MAKS total	15,26(5,13)	20,76(3,34)	0,955	-7,401	< 0,001
AMI total	69,63(5,51)	71,04 (5,17)	0,295	-3,035	0,002

Nota: CAMI= "Actitudes de la comunidad hacia las personas con trastornos mentales"; RIBS= "Escala de comportamiento informado y previsto"; MAKS= "Escala de conocimientos sobre salud mental"; AMI= "Actitudes hacia el trastorno mental".

Discusión

Los resultados del presente estudio exploratorio demuestran que la eficacia en el uso de metodologías de estudio de casos activos y aprendizaje basado en problemas en una intervención educativa para reducir el estigma hacia los trastornos mentales en una muestra de estudiantes de Educación Social. Los resultados demostraron un aumento significativo del conocimiento de los participantes sobre los trastornos mentales y una reducción significativa de las actitudes negativas hacia las personas con trastornos mentales. Esto sugiere que cuanto mayor sea el conocimiento y la concienciación sobre los trastornos mentales, más aceptan y menos estigmatizan a las personas afectadas por trastornos mentales, como han demostrado estudios anteriores (Evans-Lacko *et al.*, 2010). Este hallazgo es muy importante porque las personas con trastornos mentales, además de padecer la propia enfermedad, pueden no buscar ayuda por el estigma que sufren (López, 2012). Asimismo, conseguir que la gente reduzca el estigma puede mejorar la situación emocional y social de las personas con trastornos mentales.

Otras intervenciones con la población general, estudiantes escolares, estudiantes universitarios, fuerzas armadas, profesionales de la salud y usuarios de servicios de salud mental han demostrado los beneficios a corto plazo para el cambio de actitud positiva y algunas pruebas menores para la mejora de los conocimientos (Thorncroft *et al.*, 2016). Los estudios de investigación con estudiantes universitarios se han limitado a experiencias con estudiantes de medicina, enfermería, trabajo social, educación especial y derecho (Yamaguchi *et al.*, 2013). Hasta la fecha, no se han realizado estudios con estudiantes universitarios de programas de Educación Social. Además, las intervenciones de los estudios anteriores con estudiantes universitarios no han sido bien definidas, y a menudo han medido sólo los beneficios a corto plazo de las intervenciones. Por lo tanto, como indica Brouwers (2020), es

necesario que se realicen investigaciones metodológicamente sólidas que puedan proporcionar evidencia robusta de las intervenciones para reducir el estigma.

En cuanto a las intervenciones, algunos estudios incluyeron la educación en salud mental, o la educación combinada con el contacto directo o el contacto basado en videos con alguien que tiene un problema de salud mental. Las intervenciones educativas incorporaron videos que presentaban información sobre los problemas de salud mental y la vida de las personas con trastornos mentales, sesiones de debate con especialistas o familiares sobre los problemas de salud mental, literatura educativa, películas famosas de personas con dificultades de salud mental o juegos de rol educativos. En esta intervención, además de todos estos recursos, se utilizaron metodologías activas de estudio de casos y aprendizaje basado en problemas. Esto se debe a que este tipo de metodologías activas facilitan el aprendizaje autónomo y cooperativo. De este modo, los alumnos adquieren los conocimientos necesarios y desarrollan habilidades, como el trabajo en equipo o el pensamiento crítico. Además, en este proceso se promueve el empoderamiento del alumnado y se trabaja la investigación como método didáctico (Guisasola Aranzabal y Garmendia Mujika, 2014; Ibarluzea *et al.*, 2015; Uskola Ibarluzea *et al.*, 2017). Por tanto, se podría decir que la metodología utilizada en el presente estudio ha sido muy completa, combinando diferentes recursos para una mejor comprensión del trastorno mental y el estigma hacia el mismo.

Como viene ocurriendo desde hace años dentro de la Educación Social, la muestra del presente estudio estaba compuesta por una mayor proporción de mujeres que de hombres. Esto se debe, en gran medida, a que hay más mujeres que hombres que asisten a la universidad, y a que hay más mujeres que buscan títulos en educación que hombres (Márquez-Domínguez *et al.*, 2018). Llama la atención el alto porcentaje de participantes que tiene una persona con trastorno mental en su entorno (5,8%). Esto puede deberse, por un lado, a que la prevalencia de jóvenes con trastornos mentales está aumentando (Twenge *et al.*, 2019), lo que se ha acelerado durante la pandemia (Ozamiz-Etxebarria *et al.*, 2020) y a que los estudiantes de Educación Social están interesados y sensibilizados con este colectivo como probable razón por la que eligieron el grado de Educación Social. Además, cerca del 50% de la muestra de estudiantes indicó convivir, trabajar con alguien con trastorno mental, el 36% tenía un vecino o el 55% tenía un amigo con trastorno psicológico, y más del 75% de ellos estaría dispuesto a tener este tipo de relación con personas con trastorno mental. Esto indica la alta prevalencia de los trastornos mentales en la sociedad, y a su vez refuerza la necesidad de concienciación y reducción del estigma hacia ellas.

Las puntuaciones medias de las actitudes de estos estudiantes sobre el estigma en el cuestionario CAMI son más altas que en otros estudios realizados con población general o policías (Cotton, 2004; Taylor y Dear, 1981). Por tanto, estudiantes de educación social muestran aceptación de las personas con enfermedad mental, percibiéndolas como iguales, no las ven como un peligro para la sociedad y abogan por su inclusión en la sociedad (Ochoa *et al.*, 2016). Además, esta escala también ha mostrado mejoras significativas en las actitudes tras la intervención educativa.

En el AMI, que mide las actitudes hacia las causas, el tratamiento y las consecuencias de los trastornos mentales y su impacto en las personas y en la sociedad (Singh *et al.*, 1998), los participantes han demostrado actitudes positivas antes de la intervención, ya que sus puntuaciones superan los 60 puntos (concretamente, 69,63). Sin embargo, esta puntuación es inferior a la de las enfermeras de un estudio anterior (Martin *et al.*, 2020). Esto puede deberse a que los estudiantes de Educación Social tienen una alta sensibilidad hacia las personas con trastornos mentales y, en consecuencia, una baja estigmatización. Además, los resultados muestran que las actitudes hacia el diagnóstico, el tratamiento y la etiología de los trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos han mejorado significativamente tras la intervención. Estos resultados son positivos, ya que los educadores sociales son personas que están en primera línea de trabajo con las personas con enfermedad mental y su actitud positiva evitará la autoestigmatización de los propios pacientes (Kalisova *et al.*, 2018).

Según la MASKS, se ha producido una mejora significativa en cuanto a los conocimientos sobre los trastornos mentales después de la intervención educativa. Por lo tanto, los estudiantes han indicado un mayor conocimiento relacionado con el estigma de la salud mental gracias a las metodologías aplicadas en esta intervención. Este resultado es bienvenido ya que es fundamental que los educadores sociales adquieran conocimientos sobre el trastorno mental, ya que juegan un papel clave en una multiplicidad de dispositivos descritos como espacios sociosanitarios (Alber, 2013).

Las puntuaciones de la RIBS también han indicado comportamientos poco estigmatizantes en educadores sociales incluso antes de la intervención. Tras la intervención, las puntuaciones también han mejorado significativamente. Esta mejora en las conductas estigmatizantes refuerza una vez más la eficacia de la intervención educativa aplicada en este estudio. Es interesante señalar que en el presente estudio no se evidenciaron diferencias de sexo en el estigma hacia las personas con trastornos mentales, aunque otros estudios han demostrado que las mujeres tienen menos prejuicios contra las personas con trastornos mentales que los hombres (Savrun *et al.*, 2007; Williams y Pow, 2007).

Varios estudios han demostrado que conocer a personas con un trastorno mental reduce directamente la posibilidad de estigmatización (Spagnolo *et al.*, 2008). Esta afirmación se corrobora en el presente estudio donde existen diferencias significativas entre la actitud hacia las personas con trastornos mentales y la forma de relacionarse, en la que las puntuaciones fueron más positivas para las personas que conocen a alguien frente a las que no. Por lo tanto, conocer directamente a las personas que tienen un trastorno mental también puede ayudar a reducir el estigma, como han demostrado varios estudios de programas de desestigmatización (Alexander y Link, 2003; Crisp *et al.*, 2005; Gu *et al.*, 2021). Por lo tanto, las experiencias de contacto directo con personas con trastornos mentales deberían incluirse en las intervenciones educativas para reducir el estigma.

Por lo tanto, este estudio ha demostrado que las metodologías basadas en el estudio de casos y el aprendizaje basado en problemas, combinadas con otras actividades como el encuentro con profesionales y pacientes, la observación de vídeos, la lectura de informes y artículos académicos, la visita a centros, la

celebración de debates, entre otras actividades, son eficaces para la desestigmatización de las personas con trastorno mental. Además, se debe seguir haciendo hincapié en las intervenciones que involucran activamente a las personas con trastornos mentales, ya que el contacto cercano con las personas con trastornos mentales se relaciona directamente con antecedentes menos estigmatizantes.

Este trabajo es una importante contribución al conocimiento de las metodologías educativas universitarias para mejorar el estigma entre los educadores sociales. Es el primer trabajo realizado en España sobre el estigma entre los educadores sociales y un programa para la mejora de este estigma. Deberían realizarse más investigaciones sobre la desestigmatización entre los estudiantes de educación social en España y en otros países. Una de las limitaciones del presente estudio podría ser el tamaño de la muestra. Por ello, se deberían realizar más estudios en más universidades para seguir estudiando cuáles son los métodos más eficaces para mejorar el estigma entre los educadores sociales. Otra limitación del estudio es que la medición posintervención no permite saber si el cambio observado se debe al efecto de inmediatez o si se mantiene en el tiempo. Por ello, los futuros estudios se realizarán a los 6 meses y al año.

Referencias

- Alber, C. S. (2013). La figura del educador social en el campo de la salud mental comunitaria: el amor por la pregunta y la construcción del caso en red. *Norte de Salud Mental*, 11(45), 33-39.
- Alexander, L. y Link, B. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12(3), 271-289.
- Angermeyer, M. C. y Matschinger, H. (2005). Labeling --stereotype-- discrimination. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(5), 391-395. doi: 10.1007/s00127-005-0903-4
- Branda, L. A. (2009). El aprendizaje basado en problemas: de herejía artificial a res popularis. *Educación Médica*, 12(1), 11-23.
- Branda, L. A. (2011). El aprendizaje basado en problemas y la genuina realidad: Diario de un tutor. *Educación Médica*, 14(3), 151-159.
- Brouwers E. (2020). Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychology*, 8(1), 36. doi: 10.1186/s40359-020-00399-0
- Cheon, B. K. y Chiao, J. Y. (2012). Cultural variation in implicit mental illness stigma. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43(7), 1058-1062.
- Cohen, J. y Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64(5), 349.
- Cornella, B. G. (2005). Él ve gigantes y yo veo molinos. Educar a un enfermo mental. *RES: Revista de Educación Social*, 3, 14.
- Corrigan, P. (2003). Beat the stigma: come out of the closet. *Psychiatric Services*, 54(10), 1313.
- Corrigan, P. W. y Lundin, R. K. (2001). *Don't call me nuts!: coping with the stigma of mental illness*. Tinley Park, IL: Recovery.
- Corrigan, P. W. y Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907-922.
- Cotton, D. (2004). The attitudes of canadian police officers toward the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27(2), 135-146.

- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E. y 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*, 4(2), 106-113.
- Economou, M., Kontoangelos, K., Peppou L. E., Arvaniti, A., Samakouri, M., Douzenis, A., Papadimitriou G. N. (2017). Medical students' attitudes to mental illnesses and to psychiatry before and after the psychiatric clerkship: training in a specialty and a general hospital. *Psychiatry Research*, 258, 108-115.
- Escribano, I. (2005). La función profesional del educador y la educadora social en los Servicios de Rehabilitación en Salud Mental. *RES: Revista de Educación Social*, (3), 3.
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C. y Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 440-448.
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C. y Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263-271.
- Fabra, M. R. y Herrero, J. D. D. G. (2005). El educador social en el proceso de rehabilitación psicosocial en salud mental. *RES: Revista de Educación Social*, (3), 4.
- Gilaberte, I., Failde, I., Salazar, A. y Caballero, L. (2012). Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental. *Educación Médica*, 15(4), 227-233.
- Giné, N., Parcerisa Aran, A. y Piqué Simón, B. (2011). Aprender mediante el estudio de casos. *Eufonia. Didáctica de la Música*, 51, 45-51.
- Grandón Fernández, P., Saldivia Bórquez, S., Cova Solar, F., Bustos, C. y Turra Chávez, V. (2016). Análisis psicométrico y adaptación de la Escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. *Universitas Psychologica*, 15(2), 153-162.
- Gu, L., Jiao, W., Xia, H. y Yu, M. (2021). Psychiatric-mental health education with integrated role-play and real-world contact can reduce the stigma of nursing students towards people with mental illness. *Nurse education in practice*, 52, 103009. doi: 10.1016/j.nepr.2021.103009
- Guisasola Aranzabal, G. y Garmendia Mujika, M. (2014). Aprendizaje basado en problemas, proyectos y casos: diseño e implementación de experiencias en la universidad <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/12368/Aprendizaje%20basado%20en%20problemas%2c%20proyectos%20y%20casos%20%28libro%20SAE%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández-Èvole, H., Atienza-Carbonell, B. y Balanzá-Martínez, V. (2019). Reducing stigmatizing attitudes towards mental illness among medical students. Paper presented at the *European Neuropsychopharmacology*, 29 S595.
- Ibarluzea, A. U., Orbea, J. M. M., Iriarte, A. A., González, G. M., Andonegui, A. R. y Alonso, M. D. F. (2015). Propuesta e implementación de un plan de tutorización de una tarea interdisciplinar universitaria de carácter modular. *REDU. Revista De Docencia Universitaria*, 13(2), 207-232.
- Kalisova, L., Michalec, J., Hadjipapanicolaou, D. y Raboch, J. (2018). Factors influencing the level of self-stigmatisation in people with mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(4), 374-380.
- Kourgiantakis, T., Sewell, K., McNeil, S., Logan, J., Lee, E., Adamson, K., McCormick, M. y Kuehl, D. (2019). Social work education and training in mental health, addictions and suicide: a scoping review protocol. *BMJ open*, 9(6), e024659. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024659>
- Lanfredi, M., Macis, A., Ferrari, C., Rillosi, L., Ughi, E. C., Fanetti, A., Younis, N., Cadei, L., Gallizioli, C., Uggeri, G. y Rossi, R. (2019). Effects of education and social contact on

- mental health-related stigma among high-school students. *Psychiatry research*, 281, 112581. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112581
- Loinaz, I., Echeburúa, E. y Irureta, M. (2011). Mental disorders as a risk factor for violent victimization. *Behavioral Psychology/Psicología conductual*, 19(2), 421-438.
- López, M. (2012). El estigma en salud mental. *Psychology, Society, & Education*, 4(2), 131-136
- Márquez-Domínguez, Y., González-Herrera, A. I. y Gutiérrez-Barroso, J. (2018). Las titulaciones de la Facultad de Educación de la Universidad de la Laguna, un análisis desde la perspectiva de género. *European Scientific Journal*, 14(8), 56-69
- Martin, A., Krause, R., Chilton, J., Jacobs, A. y Amsalem, D. (2020). Attitudes to psychiatry and to mental illness among nursing students: adaptation and use of two validated instruments in preclinical education. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), 308-317.
- Masiques, R. (2005). La enfermedad mental, una perspectiva de abordaje desde la educación social. *RES: Revista de Educación Social*, (3), 5.
- Morales Bueno, P. y Landa Fitzgerald, V. (2004). Aprendizaje basado en problemas. *Theoria*, 13(1), 145-157.
- Moreno, A. M., Sánchez, F., & López de Lemus, M. (2014). Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society, & Education*, 6(1), 17-26.
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., Too, L. S. y Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 120-133. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.05.017
- Navarro, N. y Trigueros, R. (2021). Generación de estigma hacia la esquizofrenia en estudiantes universitarios desde la teoría del marco relacional: una réplica experimental. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 29(1), 73-93. doi: 10.51668/bp.8321104s
- Navarro Gómez, N. y Triguero Ramos, R. (2019). Estigma en los profesionales de la salud mental: una revisión sistemática. *Psychology, Society & Education*, 11(2), 253-266.
- Nearchou, F. A., Bird, N., Costello, A., Duggan, S., Gilroy, J., Long, R., McHugh, L. y Hennessy, E. (2018). Personal and perceived public mental-health stigma as predictors of help-seeking intentions in adolescents. *Journal of Adolescence*, 66, 83-90. doi: 10.1016/j.adolescence.2018.05.003
- Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badía, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., Villellas, R., Martín, J. R., Pérez-Franco, M. B., Valduciel, T., García-Franco, M., Miguel, J., Balsera, J., Pascual, G., Julia, E., Casellas, D. y Haro, J. M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150-157. doi: 10.1016/j.rpsm.2015.02.002
- Ozamiz-Etxebarria, N., Idoiaga Mondragon, N., Dosil Santamaría, M. y Picaza Gorrotxategi, M. (2020). Psychological symptoms during the two stages of lockdown in response to the COVID-19 outbreak: an investigation in a sample of citizens in northern Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, 1491.
- Perkins, D. N., Simmons, R. y Tishman, S. (1990). Teaching cognitive and metacognitive strategies. *Journal of Structural Learning*, 10(4), 285-303.
- Petkari, E., Masedo Gutiérrez, A. I., Xavier, M. y Moreno Küstner, B. (2018). The influence of clerkship on students' stigma towards mental illness: a meta-analysis. *Medical Education*, 52(7), 694-704. doi: 10.1111/medu.13548
- Rubio-Valera, M., Fernández, A., Evans-Lacko, S., Luciano, J. V., Thornicroft, G., Aznar-Lou, I. y Serrano-Blanco, A. (2016). Impact of the mass media OBERTAMENT campaign on

- the levels of stigma among the population of Catalonia, Spain. *European Psychiatry*, 31, 44-51.
- Savrun, B. M., Arikan, K., Uysal, O., Cetin, G., Poyraz, B. C., Aksoy, C. y Bayar, M. R. (2007). Gender effect on attitudes towards the mentally ill: a survey of Turkish university students. *Israel Journal of Psychiatry*, 44(1), 57-61.
- Singh, S. P., Baxter, H., Standen, P. y Duggan, C. (1998). Changing the attitudes of tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. *Medical Education*, 32(2), 115-120.
- Sirey, J. (2001). Study: perception of stigma directly affects treatment outcomes for older people with mental illness. *Mental Health Weekly*, 11(6)
- Spagnolo, A. B., Murphy, A. A. y Librera, L. A. (2008). Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(3), 186.
- Taylor, S. M. y Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C. y Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet (London, England)*, 387(10023), 1123-1132. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00298-6
- Twenge, J. M., Cooper, A. B., Joiner, T. E., Duffy, M. E. y Binau, S. G. (2019). Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005-2017. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(3), 185.
- Uskola Ibarluzea, A., Madariaga Orbea, J. M., Arribillaga Iriarte, A., Maguregi González, G. y Fernández Alonso, L. (2017). Categorisation of the interventions of facilitating tutors on PBL and their relationship with students' response. *Profesorado: Revista de Curriculum y Formación del Profesorado*, 22(4), 153-170.
- Vila-Badia, R., Martínez-Zambrano, F., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., Vilellas, R., Martín, J. R., Pérez-Franco, M. B., Valduciel, T., Casellas, D., García-Franco, M., Miguel, J., Balsera, J., Pascual, G., Julia, E. y Ochoa, S. (2016). Effectiveness of an intervention for reducing social stigma towards mental illness in adolescents. *World journal of psychiatry*, 6(2), 239-247. doi: 10.5498/wjpw.v6.i2.239
- Villanueva, M. S., Ferrando, D. B., Vilella, S. G., Pumarola, C. F. y Hernán, C. R. (2015). El estigma de los trastornos mentales en los estudiantes de enfermería. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, (2), 7-15.
- Wahl, O. F. (1993). Community impact of group homes for mentally ill adults. *Community Mental Health Journal*, 29(3), 247-259.
- Watson, A. C., Fulambarker, A., Kondrat, D. C., Holley, L. C., Kranke, D., Wilkins, B. T., Eack, S. M. (2017). Social work faculty and mental illness stigma. *Journal of Social Work Education*, 53(2), 174-186.
- Weller, L. y Grunes, S. (1988). Does contact with the mentally ill affect nurses' attitudes to mental illness?. *The British Journal of Medical Psychology*, 61(3), 277-284. doi: 10.1111/j.2044-8341.1988.tb02789.x
- Williams, B. y Pow, J. (2007). Gender differences and mental health: an exploratory study of knowledge and attitudes to mental health among scottish teenagers. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(1), 8-12.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, J. y Leff, J. (1996). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *The British Journal of Psychiatry*, 168(2), 191-198.
- Yamaguchi, S., Wu, S., Biswas, M., Yate, M., Aoki, Y., Barley, E. A. y Thornicroft, G. (2013). Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: a systematic review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(6), 490-503.

Zellmann, K. T., Madden, E. E. y Aguiniga, D. M. (2014). Bachelor of social work students and mental health stigma: understanding student attitudes. *Journal of Social Work Education, 50*(4), 660-677.

RECIBIDO: 26 de diciembre de 2020

ACEPTADO: 23 de agosto de 2021