

Artículo

## Estigma Público en Niños Hacia Personas con Enfermedad Mental

Lara Murvartian<sup>id</sup>, Francisco J. Saavedra-Macías<sup>id</sup> y Rafael J. Martínez-Cervantes<sup>id</sup>

Universidad de Sevilla (España)

### INFORMACIÓN

Recibido: 25/03/2023  
Aceptado: 24/07/2023

#### Palabras clave:

Estigma público  
Enfermedad mental  
Grado de familiaridad

### RESUMEN

Se analizó cómo la familiaridad que los adultos tenían con la enfermedad mental y la valoración más o menos positiva de sus experiencias al respecto influían en el estigma de los menores a su cargo. El estigma fue medido en términos de ausencia de lástima o compasión, negación de ayuda y discriminación o segregación por parte de los niños hacia un igual con enfermedad mental. La muestra fue de 56 niños de 6° de Primaria y un tutor legal de cada uno. Se empleó el *Attribution Questionnaire-8 for Children*, la escala *Level Of Familiarity* y una escala de Likert para la valoración. Se halló una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la familiaridad de los adultos y la negación de ayuda de los menores. A mayor familiaridad, menos ayuda. Es recomendable seguir profundizando al respecto, validar el *Attribution Questionnaire-8 for Children* en España y llevar a cabo intervenciones para prevenir el estigma desde las escuelas.

### Public Stigma in Children Towards People With Mental Illness

### ABSTRACT

We analyzed how the familiarity that adults had with mental illness and the more or less positive appraisal of their experiences in this regard influenced the stigma of their children. Stigma was measured in terms of children's absence of pity or compassion, denial of help, and discrimination or segregation toward a peer with mental illness. The sample consisted of 56 sixth grade children and a responsible adult for each of them. The *Attribution Questionnaire-8 for Children*, the *Level Of Familiarity Scale* and a Likert scale were used for assessment. A positive and statistically significant correlation was found between adult familiarity and child denial of help. The higher the familiarity, the lower the stigma. It was recommended that further research be carried out, that the *Attribution Questionnaire-8 for Children* be validated in Spain and to carry out interventions to prevent stigma in schools.

#### Keywords:

Public stigma  
Mental illness  
Level of familiarity

## Introducción

Cada vez son más las investigaciones acerca del estigma de la enfermedad mental encaminadas a comprender los factores que intervienen en su existencia y a elaborar programas de intervención eficaces para su eliminación (Corrigan 2012; López et al., 2008; Muñoz et al., 2015). Entre los estudios más relevantes destaca el de Corrigan (2012). Se trata de un proyecto en el que se elaboraron instrumentos de medición del estigma hacia la enfermedad mental para así evaluar los programas de intervención contra el mismo. La efectividad de dichos instrumentos ha sido probada en Estados Unidos en niños, adolescentes y adultos. No obstante, el instrumento empleado en este estudio no sido hasta ahora empleado en España con niños. Este fue uno de los motivos por el cual este proyecto se centró en la población infantil.

Alrededor de los siete años, con el inicio del pensamiento concreto (Mounoud, 2001), las niñas y los niños van construyendo una idea temprana sobre los grupos de su entorno social, sus etiquetas y las características asociadas, mayormente físicas. A partir de los once años, cuando se inicia la transición entre el pensamiento concreto y el abstracto (Degner y Wentura, 2010; Mounoud, 2001), son capaces de atribuir a un individuo cualidades que la sociedad asigna al grupo al que pertenece, siendo éstas ahora más abstractas y complejas que en la etapa anterior; unas cualidades que condicionan su conducta al relacionarse con ese individuo (Degner y Wentura, 2010). Enfocando estos datos hacia el estigma de la enfermedad mental observado en la infancia, cabe esperar que antes de los 15 años, al no haberse consolidado el pensamiento abstracto (Mounoud, 2001) y carecer de un concepto claro de lo que es la enfermedad mental, sea más fácil caer en la discriminación (Corrigan et al., 2007; Watson et al., 2004). Por tanto, resulta fundamental averiguar qué variables influyen en el desarrollo del estigma en menores de 15 años y así poder llevar a cabo intervenciones para deconstruirlo. Téngase en cuenta que las edades indicadas son aproximadas y que el desarrollo cognitivo presenta un rango de variabilidad en función de características individuales y del contexto de crianza y desarrollo.

Tomamos como referencia las teorías explicativas del estigma del modelo social-cognitivo (Corrigan et al., 2007; Gaebel et al., 2017), de acuerdo con las cuales el aprendiz es un sujeto activo que procesa la información del entorno a partir de sus cogniciones, determinado por el contexto social y actuando en consecuencia (Schunk, 2012).

El estigma es un proceso social complejo que ha sido estudiado respecto a características como el VIH, raza, orientación sexual, enfermedad mental, etc. (Pescosólido y Martín, 2015). Éste se definió como el atributo físico, de carácter o étnico que al estar relacionado con un estereotipo negativo en la sociedad genera una degradación en las personas que lo experimentan (López et al., 2008). La enfermedad mental constituye uno de estos atributos, pues está asociado a estereotipos como la peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad para relacionarse y manejar su vida, creencia de incurabilidad y culpa sobre su enfermedad, los cuales son mantenidos por los medios de comunicación e incluso por los profesionales de la salud mental. Es importante añadir que sobre las enfermedades mentales más graves (esquizofrenia y similares) recae el mayor estigma, pues se las relaciona con la violencia pese a que los estudios indican que el porcentaje de casos

de violencia en que participaron personas con dichos trastornos es muy bajo (López et al., 2008).

El estigma de la enfermedad mental se define en torno a tres dimensiones cuya influencia recíproca es estrecha, pero no necesariamente lineal o congruente. Se trata de un componente cognitivo, los estereotipos; uno emocional, los prejuicios; y uno conductual, la discriminación (López et al., 2008; Pescosólido y Martín, 2015). Los estereotipos son creencias compartidas por una mayoría acerca de un grupo, a menudo total o parcialmente erróneas, y que determinan cómo se perciben e interpretan sus actuaciones y características. Los prejuicios son las predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que esa mayoría experimenta hacia los grupos estereotipados. Y la discriminación es la tendencia a actuar de manera positiva o negativa hacia ese grupo, estrechando o agrandando la distancia social deseada.

Corrigan (2012), por su parte, propuso tres conceptos claves para la definición del estigma. Habló del estigma público o social como el efecto negativo que recae sobre la persona con enfermedad mental, fruto del prejuicio y la discriminación aceptadas socialmente; del autoestigma como el efecto pernicioso que el estigma público genera en la autoestima y la autoeficacia; y de la evitación de etiquetas, referido al hecho de que las personas con enfermedad mental eviten los servicios sanitarios por miedo a sufrir las consecuencias del estigma asociado al diagnóstico que puedan realizar.

Para explicar los mecanismos sobre el funcionamiento del estigma, Corrigan et al. (2007) lanzaron una propuesta basada en el modelo de atribución causal de Weiner (1995; cit. en Corrigan et al., 2007). Estos autores plantearon dos vías posibles donde se observan también los componentes cognitivo, emocional y comportamental: una actitud estigmatizante lleva a una reacción emocional que desemboca en determinadas conductas. La primera vía propone que atribuir la responsabilidad de la enfermedad mental a la persona que la padece lleva a sentir ira hacia ella, haciendo que los deseos de ayuda decrezcan y en su lugar se desee su segregación; por contra, si no se le atribuye esa responsabilidad se siente lastima por la persona con enfermedad mental y deseos de brindarle ayuda. La segunda vía explica cómo pensar que esta persona es peligrosa lleva a sentir miedo y esto a su vez conduce a la segregación. La segregación fue añadida como concepto propio del estigma hacia la enfermedad mental, aludiendo a los deseos de que quien la padece esté recluso en un centro aislado de la sociedad.

En el caso de enfermedades mentales graves, existen dos actitudes que hacen dudar del carácter positivo de la conducta de ayuda (Holmes, et al., 1999), pudiendo ésta incluso derivar en ira y evitación (Corrigan et al., 2001a). En primer lugar, si la ayuda está basada en una actitud de autoritarismo donde se considera a la persona con enfermedad mental irresponsable, debiendo tomar otras las decisiones en su lugar, se priva al sujeto de su autonomía y éste cae en manos del sistema paternalista de salud, desembocando incluso en la reclusión social. Y, en segundo lugar, si la ayuda se basa en la creencia benevolente de que la persona es simplemente un niño inocente al que hay que cuidar, se anula de nuevo su autonomía (Holmes et al., 1999). En ambos casos la etiqueta de “irresponsable” o “niño” puede hacer que el sujeto sobre el que recae acabe creyendo que lo que ésta indica es cierto y acabe comportándose de forma infantil o irresponsable. (Corrigan y Watson, 2002; López et al., 2008).

Como fue señalado por Corrigan et al. (2007) y han confirmado revisiones recientes de la literatura (Huggard et al., 2023), el

estigma conlleva efectos muy negativos como la negación de ayuda y el aislamiento de la persona con enfermedad mental. Por otra parte, contribuye a una baja autoeficacia y baja autoestima en la persona con enfermedad mental debido a la interiorización de los estereotipos negativos (Corrigan y Watson, 2002), que lleva a sentir vergüenza, al aislamiento, a no pedir ayuda y a experimentar estrés, muchas veces seguido de recaídas. Estos efectos también se han hallado en los allegados de las personas con enfermedad mental (López et al., 2008). Una revisión reciente de la literatura ha confirmado que todas estas consecuencias tienen lugar también en niños que padecen enfermedades mentales, siendo clave en la formación de dicho estigma la visión que su familia y que los profesionales de la salud tienen al respecto (Ferrie et al., 2020).

Llegado a este punto, es evidente la importancia de estudiar el estigma en enfermedad mental debido a la discriminación que sufren los que las padecen y a la consiguiente necesidad de intervenir para que los grupos mayoritarios adquiera un concepto de estas enfermedades más objetivo y positivo. A esto, cabe añadir la elevada cifra de personas que padecen una enfermedad mental según los datos de la Organización Mundial de la Salud (2023).

Respecto a las causas principales del estigma, se podrían tomar las que la Psicología Social y la Sociología proponen de las actitudes negativas en general: refuerzo de la identidad del grupo, exageración de características reales e interpretaciones histórico-culturales transmitidas a lo largo del tiempo donde se asocian palabras como “loco” con “peligrosidad” (López et al., 2008). No obstante, debido a la importancia de intervenir en edades tempranas para evitar la consolidación del estigma en la adolescencia y la adultez (Greenwood et al., 2016), este trabajo se centra en el papel que juega la educación.

Por una parte, como indican las teorías sociocognitivas, los niños aprenden mayormente a través del modelaje (Schunk, 2012), entre otras razones porque aún no han desarrollado el pensamiento abstracto (Corrigan et al., 2007; Watson et al., 2004). Modelos relevantes para los niños son sus padres o tutores legales, que a menudo evitan hablar de la enfermedad mental en el hogar porque piensan que los menores no entenderán lo que es o creen que será negativo para los niños hablar de ello. Este silencio ha sido señalado como uno de los factores que contribuyen al desarrollo del estigma en niños de primaria (Mueller et al., 2016). Por otra parte, el contacto que un sujeto ha tenido y/o tiene con la enfermedad mental marca sus creencias en relación a éstas últimas, de forma que, si el contacto es y/o ha sido escaso es más probable que se adquieran directamente estereotipos de la sociedad (Corrigan, et al., 2001a). De todo esto se plantea que la actitud que tienen los tutores de los niños hacia la enfermedad mental, fruto de sus experiencias con el tema, pueda ser adoptada por los menores, lo cual es aún más probable teniendo en cuenta que no tienen mucha experiencia dada su reducida edad (Watson et al., 2004). Por tanto, será importante la cantidad de experiencias al respecto que los padres reúnan, así como la valoración más o menos positiva que extraigan del conjunto, aspecto éste último que aún no ha sido estudiado en investigaciones sobre estigma en enfermedad mental. Mayor número de experiencias no implica necesariamente un menor estigma, puesto que sólo si la valoración general es positiva éstas irán en contra del estereotipo negativo (López et al., 2008).

Existen dos variables sociodemográficas que quizá intervengan también en la formación del estigma en los niños. En primer lugar,

el nivel educativo de los padres, ya que un mayor nivel educativo se ha relacionado con un mayor conocimiento sobre las distintas realidades de los grupos sociales (Kuppens, et al., 2015; Saavedra y Murvartian, 2022) y, por tanto, con una mayor tolerancia, la cual será observada por el menor. Y, en segundo lugar, el género de los niños, puesto que en estudios como el de Corrigan et al. (2007) se afirma que el estigma es mayor en hombres que en mujeres, aunque se desconocen las razones y no pudo ser corroborado en el caso de los menores.

De todo lo expuesto hasta ahora surgió este estudio de replicación sistemática basado principalmente en el trabajo de Corrigan (2012) sobre la familiaridad y el estigma público. Se plantearon dos objetivos de investigación. En primer lugar, estudiar la relación entre el *estigma público* en niños hacia personas con enfermedad mental respecto a la *familiaridad* que sus tutores legales tienen con personas que padecen este tipo de enfermedad y en cuanto a la *valoración* promedio más o menos positiva de esas experiencias. En segundo lugar, analizar cómo el *género* de los niños y el *nivel educativo* de sus tutores se relacionan con el estigma público de los primeros.

Basándonos en la abundante literatura general sobre estigma público en adultos en relación con la enfermedad mental y con la cautela que impone lo escaso de la literatura existente sobre este fenómeno en niños, aventuramos las siguientes hipótesis:

1. Los niños cuyos tutores presenten un mayor grado de familiaridad con la enfermedad mental y cuya valoración de las experiencias en el ámbito sea más positiva, presentarán el menor grado de estigma público en enfermedad mental, y aquellos cuyos tutores tengan un grado de familiaridad elevado y cuya valoración sea negativa, presentarán el mayor estigma.
2. El estigma público en enfermedad mental será mayor en niños que en niñas.
3. Los niños cuyos tutores tengan un nivel educativo más reducido presentarán un mayor estigma público en enfermedad mental.

## Método

### Diseño

Para el primer objetivo se aplicó un diseño correlacional con dos variables predictoras cuantitativas (familiaridad y valoración) y una variable dependiente (estigma público). En el segundo objetivo se aplicó un diseño transversal con dos variables explicativas nominales (género de los menores y nivel educativo de los tutores) y, de nuevo, estigma público como variable dependiente. El género se dividió en dos condiciones (chicas y chicos) y el nivel educativo, en tres (estudios básicos, medios y superiores).

### Participantes

Los datos de este estudio fueron obtenidos a partir de una muestra de 18 niños y 38 niñas que en el momento de la recogida de datos estaban cursando 6º curso de Educación Primaria (11-12 años de edad) en dos colegios públicos de una zona residencial de la ciudad de Sevilla con un nivel socioeconómico medio/medio-alto. También se contó con la participación de un progenitor o representante legal de cada uno de los menores (37 mujeres y 19 hombres, con edad promedio de 43.51  $-DT = 5.73$ -), de los cuales el 21.42% tenía estudios básicos, el 35.71% medios y el 42.85% superiores.

La pérdida de sujetos en el proceso hasta alcanzar la muestra de 56 fue debida a la complejidad del procedimiento: en una primera fase solo se obtuvo el consentimiento informado firmado de 79 menores, una segunda en la que solo 70 de ellos asistieron el día que se administró el cuestionario de estigma y una tercera en la cual solo 59 progenitores o tutores participaron, de los que hubo que eliminar a tres por dejar incompleto el cuestionario de familiaridad que se les pidió que cumplimentaran.

### Instrumentos

Para medir el estigma público de los menores hacia la enfermedad mental se usó el *Attribution Questionnaire-8 for Children* (AQ-8-C) (Corrigan, 2012) es un cuestionario que constituye la versión reducida y adaptada a niños de entre 10 y 18 años del *Attribution Questionnaire-27* (AQ-27) (Corrigan et al. 2007). La traducción del inglés al castellano fue realizada por la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) utilizando como documento base el manual de instrumentos para la evaluación de programas destinados a erradicar el estigma de la enfermedad mental de Corrigan (2012). Debido a que no existe aún traducción inversa del AQ-8-C, a diferencia del AQ-27 que ha sido validado y traducido en España con éxito por Muñoz et al. (2015), se adaptaron ligeramente el enunciado y los ítems a esta muestra. El instrumento mide el grado en que se presentan las ocho actitudes estigmatizantes del modelo de atribución causal de Corrigan et al. (2007) a través de ocho ítems con una escala Likert de 1 a 9 en cada uno. Los ocho factores correspondientes a las actitudes son: *lástima, peligrosidad, miedo, culpa, discriminación/segregación, ira, ayuda y evitación*. A mayor puntuación, mayor estigma, salvo en *ayuda y lástima*, donde mayores puntuaciones indicarían un menor estigma, debido a que en el modelo de atribución son presentadas de esta forma. Por ello, para determinar el estigma, se invirtieron las puntuaciones en los ítems 1 (*lástima*) y 7 (*ayuda*). Se añadió una pregunta para que los menores indicaran su sexo.

A los adultos se les pidió que respondieran a la escala *Level Of Familiarity* (LOF) (Corrigan, 2012) es una escala elaborada por Corrigan a partir del *Level of Contact Report* de Holmes (Corrigan et al., 2001a) y cuya traducción al español ha sido igualmente realizada por FAISEM. El LOF mide el grado de familiaridad con la enfermedad mental a través de once afirmaciones sobre experiencias con personas que padecen estas enfermedades. Los sujetos señalaban aquellas con las que se identificaban. En este estudio, la puntuación no fue la de la afirmación de máximo grado de intimidad de las señaladas, sino la suma total del número de experiencias, pudiendo oscilar entre 1 y 10, ya que uno de los 11 ítems hace referencia a no haber observado nunca a una persona con enfermedad mental. Se incorporaron apartados para que los tutores indicaran su género, edad y nivel educativo. La valoración de las experiencias con enfermedad mental fue evaluada con una escala Likert de 1 a 9 añadida en este estudio a cada ítem del LOF para medir de menor a mayor en qué medida fue positiva la experiencia. Se presentó en todas las afirmaciones excepto en la última, en la que se afirmaba no haber observado a nadie con enfermedad mental. La puntuación total del sujeto para la variable valoración se obtuvo calculando el promedio, es decir, sumando todas las puntuaciones dadas a las experiencias y dividiendo ese resultado entre el número de experiencias. La puntuación podía oscilar entre 1 y 10 puntos.

### Procedimiento

En primer lugar, se contactó vía email y telefónica con los centros de Educación Primaria para requerir su colaboración. A continuación, se formó una muestra de conveniencia seleccionando a todo el alumnado de 6º curso con el propósito de obtener una muestra de tamaño adecuado a las variables. Se entregó a cada alumno, a través de las directoras de ambos colegios, una copia del consentimiento informado que debía ser cumplimentado por sus padres o tutores. Una vez reunidos los consentimientos firmados, se administró el AQ-8-C en cada uno de los centros. En cada clase de 6º curso se dedicaron unos 10 minutos a la presentación, con una introducción breve del concepto de enfermedad mental y una explicación sobre cómo completar la prueba, recordando las nociones básicas acerca de la confidencialidad y la participación voluntaria en la investigación. Luego, se entregaron los cuestionarios y se les dieron 15 minutos para completarlos y recogerlos. Posteriormente se entregó a cada participante el LOF para que lo diesen a sus padres o tutores y lo trajesen cumplimentado al día siguiente. Tanto el AQ-8-C como el LOF llevaban el mismo código numérico para conservar el anonimato y que se pudiera relacionar a cada niño con su tutor. Finalmente, se recogieron en las escuelas las escalas LOF completas.

Para el análisis estadístico se usó el *IBM SPSS Statistics*. En primer lugar se realizó un estudio exploratorio de la fiabilidad del AQ-8-C mediante el índice de correlación ítem-test y el de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) como método de depuración del instrumento. La correlación de cada ítem en comparación con el total de la prueba en este caso debía ser superior a 0.30 y el índice de consistencia interna del instrumento debía ser superior a 0.70. Teniendo esto en cuenta, en primer lugar, se tomó como representante de la variable estigma el ítem 7 del AQ-8-C, correspondiente al factor *ayuda*, puesto que presentaba una correlación respecto al total de 0.507 mucho mejor que la del resto de ítems del instrumento y el instrumento en total no disfrutaba de un alfa de Cronbach aceptable ( $\alpha = 0.481$ ). Además, el factor *ayuda* mostró ser el único cuya consistencia interna era similar en todos los estudios comparados por Vallecillo (2016). Según el modelo de atribución causal elaborado por Corrigan et al. (2007) las actitudes estigmatizantes desembocan en conductas de discriminación, segregación y/o denegación de ayuda. Por ello, se consideró también oportuno seleccionar el factor *ayuda* como representante. En segundo lugar, se decidió explorar como variables dependientes los ítems 1, *lástima*, y 5, *discriminación/segregación*, que, aunque sus resultados psicométricos no fueron tan buenos como con *ayuda*, fueron los que más alto puntuaron.

### Análisis Estadístico

Para el primer objetivo, estudiar la relación entre el *estigma público* en niños hacia personas con enfermedad mental respecto a la *familiaridad* que sus tutores legales tienen con personas que padecen este tipo de enfermedad y en cuanto a la *valoración* promedio más o menos positiva de esas experiencias, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple. Respecto al segundo objetivo, analizar cómo el *género* de los niños y el *nivel educativo* de sus tutores se relacionan con el estigma público de los primeros, en el caso del género se aplicó una prueba *t* de Student (valores 1 para los niños y 0 para las niñas), y en el caso del nivel educativo,

un análisis de varianza ANOVA (valores 1 para los estudios básicos, 2 para los medios y 3 para los superiores). Para todos los contrastes estadísticos se usó un nivel de significación de 0.05. Se analizó la normalidad junto con la posible existencia de curtosis y asimetría. Se comprobó la homogeneidad de las varianzas. Se descartó la existencia de multicolinealidad en el análisis de regresión. Los análisis indicados se condujeron tomando como variables dependientes los factores del AQ-8-C *lástima*, *discriminación/segregación* y *ayuda* respectivamente.

## Resultados

Respecto al objetivo principal de este estudio, en primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones en los ocho factores del AQ-8-C. El grado de estigma público fue bastante reducido en todos los casos. Los factores con mayor grado de estigma fueron *lástima* y *discriminación/segregación* (tabla 1).

Con relación a los descriptivos de las variables explicativas de nuestro primer objetivo, se eliminó un sujeto de la muestra en el caso de la variable valoración por haber obtenido un 0.00 en la misma. En el caso de la familiaridad, se observó que las puntuaciones oscilaron entre 0 y 8 puntos y que ningún sujeto experimentó la situación “Vivo con una persona que padece una enfermedad mental grave”. La media fue de 3.41 ( $DT = 1.60$ ), por lo que sí que existía cierta experiencia en relación con la enfermedad mental. Por otro lado, las puntuaciones en valoración oscilaron entre 3.50 y 9.00 puntos y la media fue de 6.25 ( $DT = 1.53$ ), por lo que la valoración de las experiencias vividas en relación con la enfermedad mental fue en general neutra o positiva. Atendiendo a las puntuaciones extremas de las variables familiaridad y valoración, se observó que no existían valores atípicos.

Se llevó a cabo un estudio de correlación bivariado entre las variables predictoras y las dependientes *lástima*, *discriminación/segregación* y *ayuda* del primer objetivo. Se añadió, además, la variable *máxima intimidación*, ya que, pese a no formar parte del objetivo planteado, era incluida en la corrección original del LOF. No se halló ninguna correlación significativa con los factores *lástima* y *discriminación/segregación*. Respecto al factor *ayuda*, únicamente se halló correlación significativa entre la *familiaridad* y el estigma público, con una correlación de 0.310 ( $p = 0.020$ ), y no entre la *valoración* y el estigma, con una correlación de 0.228 ( $p = 0.094$ ), ni entre la *máxima intimidación* y *ayuda*, con una correlación de 0.152 ( $p = 0.262$ ). También se observó que no existía colinealidad entre la *familiaridad* y la *valoración*, siendo

**Tabla 1**  
Estadísticos Descriptivos de Todos los Ítems del AQ-8-C

Factor	Mínimo	Máximo	M	DT
Lástima	1	9	4.55	2.46
Peligrosidad	1	5	1.48	1.00
Miedo	1	5	1.41	0.82
Culpa	1	2	1.01	0.13
Discriminación	1	9	3.25	2.65
Ira	1	3	1.14	0.44
Ayuda	1	8	1.94	1.68
Evitación	1	4	1.32	0.66

la correlación entre ambas de -0.019 ( $p = 0.891$ ). Se observó, por tanto, que la existencia de una valoración más o menos positiva era independiente de la cantidad de experiencia que tuviera el sujeto.

Como era esperable de acuerdo con los análisis bivariados, los modelos de regresión para predecir los factores de *lástima* ( $F_{2,52} = 0.331$ ;  $p = 0.720$ ;  $n = 55$ ) y *discriminación/segregación* ( $F_{2,52} = 0.661$ ;  $p = 0.520$ ;  $n = 55$ ) no resultaron significativos. En ningún caso las dos variables independientes resultaron significativas. En cuanto a los tamaños de efectos, fueron pequeños en ambos casos, respectivamente  $R^2 = 0.009$  y  $R^2 = 0.024$  (ver tablas 2 y 3).

Por el contrario, como se puede observar en la tabla 4, el modelo de regresión resultó significativo para la variable *ayuda* ( $F_{2,52} = 4.44$ ;  $p = 0.017$ ;  $n = 55$ ). El tamaño de efecto fue evaluado según los niveles convencionales de Cohen y resultó ser parcialmente superior a mediano sin llegar a ser grande ( $R^2 = 0.146$ ). Al estudiar cuál de las dos variables, *familiaridad* y *valoración*, predecía mejor el estigma público, la *familiaridad* resultó ser la única predictor y no la *valoración*.

En cuanto a la relación entre el género de los menores y el nivel educativo de los tutores con las variables *lástima*, *discriminación/segregación* y *ayuda*, en primer lugar, se llevó a cabo un estudio de los descriptivos de las variables.

Las diferencias entre las medias según género de los factores *lástima*, *discriminación/segregación* y *ayuda* no fueron significativas. Para las niñas las medias en el factor de *lástima* fue 4.526 ( $DT = 2.457$ ), para los niños fue 4.611 ( $DT = 0.600$ );  $t = -1.119$ ;  $gl = 32,406$ ;  $p = 0.907$ . En el caso del factor *discriminación/segregación*, las medias fueron 2.894 ( $DT = 2.480$ ) y 4.00 ( $DT = 2.910$ );  $t = -1.473$ ;

**Tabla 2**  
Coeficientes de Regresión Parcial del Modelo de la Familiaridad y la Valoración Respecto al Factor del AQ-8-C, Lástima

Modelo 1	$\beta$	t	p
Constante		2.092	0.041
Valoración	0.094	0.680	0.500
Familiaridad	0.064	0.461	0.646

**Tabla 3**  
Coeficientes de Regresión Parcial del Modelo de la Familiaridad y la Valoración Respecto al Factor del AQ-8-C, Discriminación

Modelo 1	$\beta$	t	p
Constante		1.034	0.306
Valoración	0.154	1.122	0.267
Familiaridad	-0.032	-0.231	0.818

**Tabla 4**  
Coeficientes de Regresión Parcial del Modelo de la Familiaridad y la Valoración Respecto al Factor del AQ-8-C, Ayuda

Modelo 1	$\beta$	t	p
Constante		-0.791	0.433
Valoración	0.234	1.825	0.074
Familiaridad	0.306	2.390	0.020

$gl = 54$ ;  $p = 0.147$ . Para el factor *ayuda* fueron 1.76 ( $DT = 1.44$ ) y 2.33 ( $DT = 2.11$ );  $t = -1.184$ ;  $gl = 54$ ;  $p = 0.241$ .

Los tamaños de efecto de estos análisis se evaluaron según los niveles convencionales de Cohen y resultaron ser insignificante para *lástima* ( $\eta^2 = 0.001$ ), pequeño-medio para la *discriminación/segregación* ( $\eta^2 = 0.039$ ) y pequeño para *ayuda* ( $\eta^2 = 0.025$ ).

En el caso del nivel educativo respecto a la variable *lástima*, los niños con tutores con nivel de estudios básicos obtuvieron una media de 3.25 ( $DT = 1.76$ ), con nivel medio 4.75 ( $DT = 2.82$ ), y superiores 5.041 ( $DT = 2.29$ ). No se encontró significación,  $F_{2,53} = 2.321$ ;  $p = 0.108$ ; aunque sí un tamaño de efecto grande,  $\eta^2 = 0.81$ . Siguiendo con el nivel educativo, ahora respecto a la variable *ayuda*, los niños cuyos tutores tenían estudios básicos obtuvieron una media de 1.58 ( $DT = 0.79$ ), medios 2.20 ( $DT = 2.11$ ), y superiores 1.91 ( $DT = 1.63$ ). No se encontró significación,  $F_{2,53} = 0.497$ ;  $p = 0.611$ ; en esta ocasión con un tamaño de efecto pequeño,  $\eta^2 = 0.018$ . Y, por último, respecto a la variable *discriminación/segregación*, los niños con tutores con nivel de estudios básicos obtuvieron una media de 2.58 ( $DT = 2.065$ ), medios 3.60 ( $DT = 2.92$ ), superiores 3.291 ( $DT = 2.710$ ). No se encontró significación,  $F_{2,53} = 2.321$ ;  $p = 0.108$ ; con un tamaño de efecto pequeño,  $\eta^2 = 0.20$ .

### Discusión

Antes de discutir los resultados, cabe señalar que hay que tomarlos con mucha cautela, porque, por una parte, es la primera vez que se aplica el AQ-8-C en niños en España, y, por otra, la muestra es muy pequeña para tener suficiente potencia estadística.

Nuestra primera hipótesis afirmaba que los niños cuyos tutores presentasen un mayor grado de familiaridad con la enfermedad mental y cuya valoración de las experiencias en el ámbito fuese más positiva, presentarían el menor grado de estigma público en enfermedad mental, y aquellos cuyos tutores presentasen un grado de familiaridad elevado y cuya valoración fuese negativa, presentarían el mayor estigma. Tras analizar los resultados se observa que no se cumplió esta primera hipótesis en nuestra muestra. Únicamente se consideró la familiaridad como factor influyente sobre el estigma, y sólo sobre el factor *ayuda*, no obstante, de forma inversa a la planteada: a mayor experiencia tenían los tutores de los niños con la enfermedad mental, menor ayuda indicaban los niños al rellenar el AQ-8-C que prestarían a un compañero con enfermedad mental.

Por una parte, esto puede estar relacionado con que, mientras Corrigan (2012) sugirió la relación entre familiaridad y estigma referido a un mismo sujeto, aquí se planteó entre la familiaridad del tutor y el estigma público del niño. Es decir, se hipotetizó una relación transgeneracional donde Corrigan la había encontrado intrasujeto, y es esa influencia intergeneracional la que no se confirma. En este trabajo la influencia en el estigma sería a través de los tutores (mediante comentarios en casa sobre la enfermedad mental, al ver una película, ante la actitud de los padres, etc.).

Por otra parte, que nuestros resultados hayan ido en contra de la hipótesis podría deberse a que los factores de riesgo del estigma en adultos quizá no sean los mismos que en niños de estas edades. Es decir, quizá variables como los iguales, que tienen una gran influencia en el funcionamiento socioemocional de los niños, sobre a estas edades (Mueller et al., 2016; Troop-Gordon y Ladd, 2005), tengan un mayor peso para explicar el estigma en niños.

La segunda hipótesis afirmaba que el estigma público en enfermedad mental sería mayor en niños que en niñas. Por tanto, no se cumplió la segunda hipótesis en una muestra de estas características. Esto iría en la línea de los hallazgos del estudio de Corrigan et al. (2007) donde no había diferencias respecto al género en los niños como las hay en adultos; los hombres presentaban un estigma mayor al de las mujeres, puesto que los hombres preferían mantener mayor distancia física con quien padecía la enfermedad mental. Existe una tradición del cuidado de personas dependientes que recae más sobre las mujeres que sobre los hombres, lo cual hace que exista una actitud más cercana por parte de las mujeres hacia la persona con enfermedad mental (Mier et al., 2007). Dicha diferencia de género podría manifestarse claramente en la adultez, pero no aún en la niñez.

Nos preguntamos también si ha podido influir que en la pérdida de participantes hasta alcanzar los 56 que conformaron la muestra acabamos teniendo una mayoría de niñas participantes. Esto pudo limitar los resultados restringiendo la heterogeneidad de la muestra respecto al género. Es posible que los roles de género tradicionales respecto a los cuales se asignan más comúnmente tareas de cuidado a mujeres que a los hombres (Carrasco et al., 2023) se relacionen con una mayor predisposición de los tutores a motivar a las niñas a participar respecto en comparación con los niños.

La tercera hipótesis afirmaba que los niños cuyos tutores tuviesen un nivel educativo más reducido presentarían un mayor estigma público en enfermedad mental. Los resultados no confirmaron esta tercera hipótesis para nuestra muestra, ya que, a diferencia de lo que afirman Kuppens et al. (2015) o Saavedra y Murvatian (2022), el nivel educativo pareció no influir. Para explicar estos resultados se sugieren dos posibles hipótesis. En primer lugar, que, debido al nivel socioeconómico medio-alto de la zona donde se ubican los colegios participantes, aunque haya padres con un nivel educativo bajo, los niños estarían siendo educados en un contexto con alto nivel educativo. Y, en segundo lugar, que, tal y como se indicó anteriormente, sean otras variables con un elevado peso a estas edades, como los iguales (Mueller et al., 2016; Troop-Gordon y Ladd, 2005), las que expliquen mejor el estigma. El nivel educativo, que influiría de manera indirecta en las actitudes de los niños a través del modelaje (Schunk, 2012), quizá tenga mayor influencia en edades más tempranas.

La principal limitación de este estudio radicaría en la idoneidad de uno de los instrumentos; nos preguntamos si los ítems del cuestionario AQ-8-C correlacionan de forma correcta con los constructos medidos, bien porque el concepto asociado a las palabras empleadas para cada constructo no estuviera bien delimitado o fuera incorrecto a la edad de once años, bien porque sólo un ítem midiese cada constructo. En relación con esta limitación, uno de los hallazgos más importantes consistiría en poner en entredicho hasta qué punto ciertos factores del AQ-8-C serían o no actitudes negativas o estigmatizantes. Se plantearía este interrogante al observar que la *lástima* y la *segregación* fueron las actitudes con mayor estigma en esta muestra, una muestra en la que, al igual que en el trabajo de Watson et al. (2004) se observa un muy bajo grado de estigma en general. La *segregación* para un menor podría significar que el niño con enfermedad mental del enunciado del AQ-8-C requiere cuidados especiales porque en su centro ordinario no los tendrá. En el caso de la *lástima*, no tiene por qué ser resultado de una actitud benevolente, sino que podría ser el motor para la ayuda al ver que en su entorno le cuesta valerse por sí solo.

En línea con esto, sería necesario investigar hasta qué punto se trata de actitudes estigmatizantes y qué entienden los menores por cada una de las palabras referidas a los estereotipos medidos en el cuestionario. En definitiva, sería necesaria la exhaustiva revisión del AQ-8-C, como hicieron Muñoz et al. (2015) y Saavedra et al. (2021) con el AQ-27 para adultos, o Pinto et al. (2012) con el R-AQ para adolescentes, para así elaborar un instrumento fiable mejor adaptado a la edad de los niños.

Por otra parte, y pese a los resultados de este trabajo, no se descarta la posible importancia de la variable valoración, sin embargo, también haría falta mayor investigación acerca de cómo medir de manera fiable este constructo. También se encuentra la idea de que medir la familiaridad real con la enfermedad mental puede resultar bastante complejo, ya que como mencionaban Corrigan, et al. (2001b) existe la creencia en la sociedad de que pocas personas padecen una enfermedad mental grave y de que, en el caso de padecerla, se sabe porque están recluidas en algún centro o porque son agresivas. Esto último es fruto del estigma generado principalmente por la industria del cine y los medios de comunicación. Los medios de comunicación muestran con frecuencia únicamente los casos de violencia en que el agresor padecía una enfermedad mental, quedando ocultos los muchos casos de enfermedad mental en que no existe comportamiento agresivo. Mueller et al. (2016) hallaron que esto sucedía también en la infancia. Por ejemplo, las películas infantiles siguen estando cargadas de estereotipos negativos sobre la enfermedad mental. Además, muchas de las personas que padecen una enfermedad mental lo mantienen en secreto debido a la actitud estigmatizante del resto que tendrían que experimentar si lo hicieran público (Corrigan et al., 2001b). Por tanto, es posible que muchos de los sujetos que han rellenado el LOF y parecen haber tenido poco contacto con la enfermedad mental tuvieran realmente un contacto mayor.

Somos conscientes de algunas limitaciones que comprometen la validez externa de este estudio. En primer lugar, la muestra fue reducida, lo cual podría solventarse seleccionando un mayor número de centros educativos, ya que la obtención del consentimiento informado de los tutores, la administración del AQ-8-C y la administración del LOF suponen tres fases de contacto y, por tanto, la pérdida de sujetos en el proceso. En segundo lugar, la motivación de estos dos centros por contribuir a este trabajo y el nivel socioeconómico medio-alto pueden afectar a que el estigma sea menor en esta muestra en comparación con el que se encontraría en otros centros de entornos con menor nivel socioeconómico. Esto último podría solucionarse replicando el proyecto en escuelas del centro de la ciudad y de barrios de menor nivel socioeconómico, para así poder comparar los resultados que se obtuvieran con los que aquí se presentan.

A partir de este estudio preliminar podríamos hipotetizar que el funcionamiento del estigma es multidimensional y complejo, variando quizá su naturaleza en la infancia. Por lo tanto, las líneas de actuación que recomendamos son las siguientes. Primero, validación cultural del instrumento AQ-8-C al español con mayores muestras. Segundo, tener en cuenta en el análisis del estigma en la infancia variables como la influencia de los iguales, así como verificar con mayores muestras nuestros resultados. Y tercero, utilización de otras metodologías como tareas de estigma implícito (Stull et al., 2017), que aminoran la influencia de la discapacidad, o investigaciones de corte cualitativo como complemento al uso de cuestionarios.

Por último, respecto a la labor de los/as profesionales de la educación y la psicología, destacamos la importancia de intervenir desde las escuelas en población infantil cuyo estigma parece ser aún reducido, ya que a estas edades comienza a crearse el espíritu crítico y se pueden prevenir actitudes estigmatizantes en la adolescencia y adultez (Greenwood et al., 2016). Como explican Watson et al. (2004), se debe intervenir sobre todo aportando información acerca de cada enfermedad mental y su tratamiento, aspecto este último que mostró ser el menos conocido en la infancia. Es importante combatir la resistencia que, según señalan Mueller et al. (2016), aún existe en las escuelas a hablar a los menores de qué es la enfermedad mental.

Además, recomendamos incluir en estas intervenciones la experiencia real con personas que padecen enfermedades mentales, ya que autores como López et al. (2008) han resaltado que, sin este componente, los contenidos teóricos por sí solos no son tan efectivos en la reducción del estigma. Frejman et al. (2021) hallaron en una revisión sistemática donde analizaron intervenciones contra el estigma en la infancia y adolescencia que no había grandes diferencias para reducir las actitudes estigmatizantes si se incorporaba a los contenidos educativos el contacto con personas con enfermedad mental. No obstante, la mayoría de los estudios incluidos estuvieron dirigidos a adolescentes, no a alumnado de primaria, población en la que Corrigan et al. (2012) señalaron que tienen mayor eficacia las intervenciones mayormente teóricas que aquellas que incluyen el contacto. En el caso de los niños, donde el modelaje sigue siendo un aspecto relevante en la formación de actitudes y conductas estigmatizantes (Schunk, 2012), consideramos que incluir el contacto con personas que reconozcan estar diagnosticadas con trastorno psicológico en proceso de recuperación y en un estado no psicopatológico es siempre positivo para romper con los estereotipos negativos asociados y, en definitiva, para reducir el estigma. Recomendamos, si es posible, que estas personas sean miembros de asociaciones y tengan experiencia en entornos educativos. De forma similar, siguiendo las intervenciones de otros autores que han arrojado resultados positivos para prevenir el estigma en niños de primaria, se pueden incorporar elementos de contacto indirecto, por ejemplo, a través de cuentos donde aparecen personas con enfermedad mental (Greenwood et al., 2016).

### **Contribución de los Autores**

**Lara Murvartian** ha participado en el diseño del estudio, realizó la recogida de datos, ha participado en el diseño metodológico y ha sido la principal encargada de la redacción del artículo.

**Francisco Javier Saavedra-Macias** ha colaborado en el diseño metodológico del estudio y ha supervisado la redacción del texto final.

**Rafael J. Martínez-Cervantes** ha colaborado en el diseño metodológico del estudio.

Todos los autores han expresado su conformidad con el texto remitido y con el orden en que aparecen sus nombres.

### **Conflicto de Intereses**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con los objetivos y desarrollo de este estudio.

## Referencias

- Carrasco, A.B., González-Gijón, C., & Martínez-Heredia, N. (2023). Systematic review on gender socialisation in pre-school education. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 43, 191-204. [https://doi.org/10.7179/PSRI\\_2023.43.13](https://doi.org/10.7179/PSRI_2023.43.13)
- Corrigan, P.W. (2012). *A toolkit for evaluating programs meant to erase the stigma of mental illness*. Illinois Institute of Technology.
- Corrigan, P.W., Edwards, A.B., Green, A., Diwan, S.L., & Penn, D.L. (2001a). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219-226. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006868>
- Corrigan, P.W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M.A. & Penn, D.L. (2001b). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(7), 953-958. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.7.953>
- Corrigan, P.W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsche, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services*, 63(10), 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- Corrigan, P.W., Watson, A.C., Otey, E., Westbrook, A.L., Gardner, A.L., Lamb, T., & Fenton, W.S. (2007). How do children stigmatize people with mental illness. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(7), 1405-1417. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2007.00218.x>
- Degner, J., & Wentura, D. (2010). Automatic prejudice in childhood and early adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology: Attitudes and Social Cognition*, 98(3), 356-374. <https://doi.org/10.1037/a0017993>
- Ferrie, J., Miller, H., & Hunter, S.C. (2020). Psychosocial outcomes of mental illness stigma in children and adolescents: A mixed-methods systematic review. *Children and Youth Services Review*, 113, 104961. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104961>
- Frejtian, A.M., Graf, P., Kirchoff, S., Glinphratum, G., Bollweg, T. M., Sauzet, O., & Bauer, U. (2021). The long-term effectiveness of interventions addressing mental health literacy and stigma of mental illness in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 66, 1604072. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604072>
- Gaebel, W., Rössler, W., & Sartorius, N. (2017). *The stigma of mental illness – End of the story*. Springer International Publishing.
- Greenwood, K.E., Carroll, C.L., Crowter, L., Jamieson, K., Ferraresi, L., Jones, A., & Brown, R. (2016). Early intervention for stigma towards mental illness? Promoting positive attitudes towards severe mental illness in primary school children. *Journal of Public Mental Health*, 15(4), 188-199. <https://doi.org/10.1108/JPMH-02-2016-0008>
- Holmes, E.P., Corrigan, P.W., Williams, P., Canor, J., & Kubiak, M.A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447-456. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033392>
- Huggard, L., Murphy, R., O'Connor, C. & Nearchou, F. (2023). The social determinants of mental illness: A rapid review of systematic reviews. *Issues in Mental Health Nursing*, 44(4), 302-312. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2186124>
- Kuppens, T., Easterbrook, M.J., Spears, R., & Manstead, A.S.R. (2015). Life at both ends of the ladder. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 41(9), 1260-1275. <https://doi.org/10.1177/0146167215594122>
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 43-83. <https://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/16017>
- Mier, I., Romeo, Z., Canto, A., & Mier, R. (2007). Interpretando el cuidado. Por qué cuidan sólo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo. *Zerbitzuan. Revista de Servicios Sociales*. 18 (42), 29-32. <https://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Interpretando%20el%20cuidado.pdf>
- Mounoud, P. (2001). El desarrollo cognitivo del niño: Desde los descubrimientos de Piaget hasta las investigaciones actuales. *Contextos educativos: Revista de educación*, 4(4), 53-77. <https://www.unige.ch/fapse/PSY/persons/mounoud/files/PM-desarrollo-cognitivo.pdf>
- Mueller, J., Callanan, M.M., & Greenwood, K. (2016). Communications to children about mental illness and their role in stigma development: An integrative review. *Journal of Mental Health*, 25(1), 62-70. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021899>
- Muñoz, M., Guillén, A.I., Pérez, E., & Corrigan, P.W. (2015). A structural equation modeling study of the Spanish Mental Illness Stigma Attribution Questionnaire (AQ-27-E). *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(3), 243-249. <https://doi.org/10.1037/ort0000059>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Pescosólido, B.A., & Martín, J.K. (2015). The stigma complex. *Annual Review of Sociology*, 41, 87-116. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145702>
- Pinto, M.D., Hickman, R., Logsdon, M.C., & Burant, C. (2012). Psychometric evaluation of the revised attribution questionnaire (r-AQ) to measure mental illness stigma in adolescents. *Journal of Nursing Measurement*, 20(1), 47-58. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.20.1.47>
- Saavedra, J., Arias-Sánchez, S., Corrigan, P., & López, M. (2021). Assessing the factorial structure of the mental illness public stigma in Spain. *Disability and Rehabilitation*, 43(18), 2656-2662. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1710769>
- Saavedra, J., & Murvartian, L. (2022). Estigma público en salud mental en la universidad. *Universitas Psychologica*, 20, 1-15. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy20.epsm>
- Schunk, D.H. (2012). Social cognitive theory. En K.R. Harris, S. Graham, T. Urdan, C.B. McCormick, G.M. Sinatra & J. Sweller. (Ed.), *APA Educational Psychology Handbook, Vol. 1: Theories, constructs, and critical issues* (pp. 101-123). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13273-005>
- Stull, L.G., McConnell, H., McGrew, J., & Salyers M.P. (2017). Explicit and implicit stigma of mental illness as predictors of the recovery attitudes of assertive community treatment practitioners. *Israel Journal Psychiatry Related Sciences*, 54(1), 31-37.
- Troop-Gordon, W., & Ladd, G. W. (2005). Trajectories of peer victimization and perceptions of the self and schoolmates: Precursors to internalizing and externalizing problems. *Child Development*, 76(5), 1072-1091. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00898.x>
- Vallecillo, N. (2016). *Una aproximación psicométrica para la validación de la escala Attribution Questionnaire-27 sobre estigma social hacia las personas con enfermedad mental*. Universidad de Sevilla. <http://hdl.handle.net/11441/45276>
- Watson, A.C., Otey, E., Westbrook, A.L., Gardner, A.L., Lamb, T., Corrigan, P.W., & Fenton, W.S. (2004). Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 563-572. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007100>