



ORIGINAL

Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente



Susana Ochoa^{*,1}, Francisco Martínez-Zambrano¹, Regina Vila-Badia, Oti Arenas, Emma Casas-Anguera, Esther García-Morales, Raúl Villellas, José Ramón Martín, María Belén Pérez-Franco, Tamara Valduciel, Mar García-Franco, Jose Miguel, Joaquim Balsera, Gemma Pascual, Eugènia Julia, Diana Casellas y Josep Maria Haro

Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Centro de Investigación en Red en Salud Mental, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 1 de septiembre de 2014; aceptado el 22 de febrero de 2015
Disponible en Internet el 14 de abril de 2015

PALABRAS CLAVE

Estigma;
Salud mental;
Adolescentes

Resumen

Introducción: El estigma hacia las personas con una enfermedad mental es muy elevado. En España no existen instrumentos actuales para evaluar este constructo. El objetivo del presente estudio es validar la versión española del cuestionario Community Attitudes towards Mental Illness en una población de adolescentes, estudiando la consistencia interna del instrumento, así como la estabilidad temporal. Este último análisis se realizará también por género.

Material y métodos: Se llevó a cabo una traducción y retrotraducción del Community Attitudes towards Mental Illness. Se evaluaron con este instrumento un total de 150 alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria, de entre 14 y 18 años, en 2 momentos. Se analizó la consistencia interna del instrumento mediante el α de Cronbach, y la fiabilidad test-retest con el coeficiente de correlación intraclase. Se realizaron análisis estratificados por género.

Resultados: El α de Cronbach fue de 0,861 para la primera evaluación y de 0,909 para la segunda evaluación. Los valores del coeficiente de correlación intraclase oscilan entre 0,775-0,339 en el análisis de ítem por ítem, y entre 0,88-0,81 en las subescalas. En la segmentación por género encontramos que las puntuaciones en el coeficiente de correlación intraclase en el grupo de chicas está entre 0,797-0,863 y en los chicos entre 0,889-0,774.

Conclusiones: En conclusión podemos afirmar que el Community Attitudes towards Mental Illness es un instrumento fiable para la evaluación del estigma social. A pesar de resultar fiable de la misma manera para chicos y para chicas, se han encontrado algunas diferencias en el análisis por género.

© 2014 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: sochoa@pssjd.org (S. Ochoa).

¹ Autoría compartida: los 2 autores constan como primer autor.

KEYWORDS

Stigma;
Mental health;
Adolescents

Spanish validation of the social stigma scale: Community Attitudes towards Mental Illness

Abstract

Introduction: The stigma against people with mental illness is very high. In Spain there are currently no tools to assess this construct. The aim of this study was to validate the Spanish version of the Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire in an adolescent population, and determining its internal consistency and temporal stability. Another analysis by gender will be also performed.

Material and methods: A translation and back-translation of the Community Attitudes towards Mental Illness was performed. A total of 150 students of between 14 and 18 years-old were evaluated with this tool in two stages. Internal consistency was tested using Cronbach α ; and intraclass correlation coefficient was used for test-retest reliability. Gender-stratified analyses were also performed.

Results: The Cronbach α was 0.861 for the first evaluation and 0.909 for the second evaluation. The values of the intraclass correlation coefficient ranged from 0.775 to 0.339 in the item by item analysis, and between 0.88 and 0.81 in the subscales. In the segmentation by gender, it was found that girls scored between 0.797 and 0.863 in the intraclass correlation coefficient, and boys scored between 0.889 and 0.774.

Conclusions: In conclusion, the Community Attitudes towards Mental Illness is a reliable tool for the assessment of social stigma. Although reliable results have been found for boys and girls, our results found some gender differences in the analysis.

© 2014 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El estigma social es un constructo que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos negativos hacia un colectivo de personas¹. El estigma social hacia las personas con una enfermedad mental ha sido ampliamente reportado, siendo uno de los colectivos que experimentan más estigma y más rechazo social². Uno de los aspectos que favorece que existan actitudes negativas hacia las personas con enfermedad mental viene dado por la creencia de que se trata de personas agresivas e incontrolables³.

Con el inicio de la psiquiatría comunitaria, y con la necesidad de integrar en esta a las personas que presentan un trastorno mental grave, toma aún más valor poder evaluar el estigma social hacia las enfermedades mentales en la comunidad. Esta actitud hace que se generalice un aspecto particular de una persona al conjunto de su identidad, estableciendo una clasificación estereotipada que conduce a respuestas discriminatorias y que resulta un obstáculo para una evolución satisfactoria de la persona que padece la enfermedad⁴. Se ha podido observar cómo el estigma social es un elemento que disminuye la calidad de vida y la autoestima e incrementa la posibilidad de depresión de la persona que sufre una enfermedad mental; y esto tiene un efecto sobre la identidad individual y las relaciones interpersonales^{5,6}. Además puede tener repercusiones sociales y jurídicas como es la pérdida de la libertad y de los derechos de oportunidad⁷.

En este contexto los programas de intervención para reducir el estigma social cobran un especial interés y pueden mejorar la integración de las personas con una enfermedad mental en la comunidad. Se han llevado a cabo

diferentes intervenciones en población general con la intención de reducir el estigma social, mostrando resultados satisfactorios. Algunos de estos estudios se han centrado en adolescentes ya que son uno de los colectivos más interesados y vulnerables al cambio, siendo los resultados encontrados esperanzadores⁸⁻¹².

Por otro lado, el estigma social hacia la enfermedad mental es diferente en función del género. En estudios previos en adolescentes hemos encontrado que los chicos tienen conductas más estigmatizadoras que las chicas, especialmente en aquellos ítems que están más relacionados con el autoritarismo^{12,13}. Coincidiendo con estos estudios, Ewalds-Kvist et al. (2013)¹⁴ sugieren que las mujeres son más positivas y más abiertas a la integración de las personas con una enfermedad mental pero a la vez también muestran más conductas de miedo y de evitación.

En este contexto, uno de los mayores problemas que tenemos en la comunidad castellana reside en la evaluación del estigma social. Actualmente, en español solo existe una escala validada que permita valorar el estigma social en la población general: la escala Opinions about Mental Illness¹⁵. Sin embargo, esta escala fue desarrollada en los años 60, y, actualmente, el concepto sobre la salud mental se ha modificado sustancialmente. Además, no es comparable con otros estudios internacionales¹⁶, ya que, prácticamente, no se utiliza. A nivel internacional la escala más usada para valorar el estigma social hacia las personas con enfermedad mental en la comunidad es la Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI) de Taylor y Dear (1981)¹⁷. Esta escala se trata de una versión abreviada, revisada y actualizada de la escala Opinions about Mental Illness. Las propiedades psicométricas del instrumento mostraron una alta consistencia

interna en 4 factores: autoritarismo ($\alpha = 0,68$), benevolencia ($\alpha = 0,76$), restricción social ($\alpha = 0,80$) e ideología de la salud mental en la comunidad ($\alpha = 0,88$)¹⁷. Originalmente, este cuestionario fue elaborado en los años 80 para predecir y explicar las reacciones de la población general hacia los servicios locales que atienden las necesidades de las personas con una enfermedad mental grave.

Esta escala está validada en diferentes idiomas como finlandés, lituano, italiano, sueco, portugués, griego y tailandés, además de inglés en su versión original¹⁸⁻²². Por ejemplo, el estudio de validación en Suecia, llevado a cabo por Högberg et al. (2008)¹⁹ en un grupo de estudiantes de enfermería, muestra unos valores altos en consistencia interna ($\alpha = 0,90$) y en estabilidad temporal. En el caso de la validación en griego, el α de Cronbach de las subescalas osciló entre 0,64-0,78²⁰.

Por otro lado, ha sido utilizada para valorar el estigma social en diferentes poblaciones: enfermería, psiquiatría, familiares y clérigos, además de en población general^{21,23-28}.

El objetivo del presente trabajo es validar la escala de estigma social comunitario CAMI en una muestra de adolescentes. Se evaluará la consistencia interna del instrumento así como la fiabilidad temporal. Como objetivo secundario se evaluará la fiabilidad temporal teniendo en cuenta el género.

Material y métodos

Sujetos

Se entrevistó a un total de 150 alumnos de ESO de entre 14 y 18 años en 2 momentos, con una diferencia de una semana entre la primera evaluación y la segunda, sin ningún tipo de intervención específica en este periodo entre las 2 evaluaciones. Las escuelas que intervinieron en el estudio estaban participando en el proyecto Escola Amiga de Parc Sanitari Sant Joan de Déu, por lo tanto, se trata de una muestra de conveniencia no aleatoria. Estas escuelas estaban situadas en las cercanías de Barcelona.

Evaluación

Para la evaluación del estigma social se tradujo y adaptó la escala. Se hizo un proceso de traducción, adaptación y retrotraducción, por un nativo castellano-inglés y a la inversa en el proceso de retrotraducción (inglés-castellano). El instrumento final está disponible en: <http://cibersam.es/cibersam/Plataformas/Plataformas+de+Investigaci%C3%B3n/Banco+de+Instrumentos>

- CAMI de Taylor y Dear (1981)¹⁷. Se trata de una escala compuesta por 40 ítems, valorados con escala Likert de 5 puntos, que va desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. La escala consta de 4 factores llamados: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de la salud mental en la comunidad. Cada factor contiene 10 declaraciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental grave. Cinco de los 10 ítems se expresan en positivo y los otros 5 están redactados en negativo. La puntuación de cada subescala resulta de sumar los ítems en positivo y la inversa de los ítems en negativo. La subescala

Tabla 1 α de Cronbach del global de la escala en cada valoración

	α de Cronbach
Total CAMI: primera valoración	0,861
Total CAMI: segunda valoración	0,909

CAMI: Community Attitudes towards Mental Illness.

de autoritarismo evalúa las opiniones acerca de las personas con enfermedad mental como una clase inferior a los individuos sanos. La subescala de benevolencia valora actitudes de acogida hacia los pacientes, pero que pueden llegar a representar una actitud paternalista. La subescala de restricción social evalúa el peligro para la sociedad y sugiere que la gente con enfermedad mental se debe limitar, tanto antes como después de la hospitalización. Y por último, la subescala de ideología de la salud mental en la comunidad evalúa las actitudes y creencias relacionadas con la inserción de las personas con enfermedad mental en la comunidad y en la sociedad en general.

Además, se recogieron variables sociodemográficas de los/as alumnos/as como el género, la edad y si conocían a alguna persona con enfermedad mental.

Procedimiento

Se explicó a los/as alumnos/as que la encuesta era totalmente anónima, pero que hicieran constar un seudónimo con el objetivo de poder emparejar las 2 evaluaciones. Se informó y se solicitó el consentimiento a los/as participantes del proyecto, así como a sus familiares vía profesores/as.

Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva mediante frecuencias, medias y desviación estándar. Para evaluar la consistencia interna del instrumento se utilizó el α de Cronbach en las 2 evaluaciones. Con la intención de valorar la estabilidad temporal de los ítems y de las subescalas, se calculó el coeficiente de correlación intraclase. Además, en el caso de las subescalas, se calculó también de manera diferenciada por género. Landis y Koch (1977)²⁹ proponen que una puntuación de entre 0,4-0,6 indica moderado acuerdo; 0,6-0,8 indica acuerdo importante; y 0,8-1,0 indica acuerdo perfecto. Se utilizó el SPSS versión 22 para el análisis estadístico.

Resultados

Un total de 150 alumnos contestaron al instrumento en los 2 momentos del estudio, de los cuales 73 eran chicos y 77 chicas. La media de edad del total de la muestra fue 15,23 (DE = 0,787) años. Segmentando por género, la media de edad en chicos fue de 15,25 (DE = 0,760) y en chicas de 15,21 (DE = 0,817). No se encontraron diferencias significativas en la edad en función del género. De las personas de la muestra, 90 (60%) conocían a personas que padecen una enfermedad mental. Se calculó el α de Cronbach de los ítems de la CAMI en los 2 momentos de evaluación. La [tabla 1](#)

Tabla 2 Media de puntuaciones en cada ítem y coeficiente de correlación intraclass entre las 2 valoraciones por ítem

	Primera evaluación		Segunda evaluación		CCI
	Media	DE	Media	DE	
1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital	3,18	1,01	2,92	1,01	0,741
2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales	2,15	0,85	2,34	0,91	0,638
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad	1,73	0,83	1,97	0,9	0,672
4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad	2,07	0,77	2,19	0,76	0,587
5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra	3,08	1,17	2,99	1,12	0,738
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad	2,29	0,91	2,23	0,84	0,758
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente	2,95	0,98	2,74	0,94	0,565
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio	2,49	1,07	2,51	0,98	0,733
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales	3,13	0,96	3,25	0,84	0,713
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo	1,84	0,84	1,81	0,85	0,769
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando este parezca estar totalmente recuperado	1,49	0,73	1,78	0,88	0,73
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad	2,17	0,73	2,23	0,63	0,594
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental	3,03	1,05	3,05	1,04	0,569
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público	1,95	0,87	2,08	0,84	0,718
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio	1,5	0,66	1,67	0,78	0,339
16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes	2,79	0,86	2,8	0,82	0,472
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño	3,15	1,02	3,15	0,94	0,738
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales	1,99	0,81	2,01	0,78	0,628
19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental	2,25	0,95	2,57	1,03	0,763
20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local	2,3	0,71	2,25	0,8	0,53

Tabla 2 (continuación)

	Primera evaluación		Segunda evaluación		CCI
	Media	DE	Media	DE	
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratadas como marginados sociales	1,67	0,86	1,69	0,79	0,523
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales	2,95	0,83	2,83	0,82	0,629
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal	2,13	0,85	2,17	0,89	0,634
24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios	2,62	0,91	2,69	0,86	0,641
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave	1,47	0,73	1,57	0,84	0,646
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales	3,17	0,97	3,05	1,02	0,775
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público	1,79	0,85	2,01	0,84	0,608
28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes	2,45	0,89	2,6	0,86	0,722
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto	3,09	0,74	3,1	0,71	0,503
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión	1,41	0,63	1,65	0,79	0,641
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales	1,74	0,88	1,93	0,96	0,429
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales	2,59	0,9	2,61	1	0,706
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad	2,67	1,02	2,87	0,95	0,695
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales	2,02	0,71	2,02	0,76	0,527
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales	2,37	0,94	2,43	0,97	0,739
36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que viven en sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental	2,42	0,88	2,49	0,94	0,586
37. Prácticamente cualquier persona puede padecer una enfermedad mental	2,05	0,84	2,18	0,91	0,58
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales	2,03	0,85	2,1	0,85	0,702
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros	2,94	1,06	2,95	0,96	0,608
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales	2,53	0,97	2,45	0,97	0,684

CCI: coeficiente de correlación intraclase; DE: desviación estándar.

Tabla 3 Media de puntuaciones de cada subescala y coeficiente de correlación intraclase entre las 2 valoraciones en el total de la muestra y por género

Subescala	N	Media	DE	Media	DE	CCI
<i>Total</i>						
Autoritarismo	150	26,52	3,28	26,78	3,97	0,814
Benevolencia	150	21,8	4,04	22,13	4,27	0,853
Restricción social	150	20,89	4,51	22,22	5,18	0,816
Ideología de la salud mental en la comunidad	150	24,43	5,13	24,83	5,55	0,88
<i>Chicos</i>						
Autoritarismo	150	27,41	3,11	28,04	4,31	0,774
Benevolencia	150	22,44	4,46	22,89	4,93	0,858
Restricción social	150	21,45	4,61	23,15	5,80	0,823
Ideología de la salud mental en la comunidad	150	25,04	5,82	25,99	6,13	0,889
<i>Chicas</i>						
Autoritarismo	150	25,68	3,23	25,58	3,21	0,825
Benevolencia	150	21,19	3,53	21,40	3,41	0,833
Restricción social	150	20,35	4,37	21,34	4,38	0,797
Ideología de la salud mental en la comunidad	150	23,84	4,34	23,73	4,72	0,863

CCI: coeficiente de correlación intraclase; DE: desviación estándar.

indica que los valores son: 0,861 para la primera evaluación y 0,909 para la segunda evaluación.

La [tabla 2](#) indica la media de cada uno de los ítems en los 2 momentos de evaluación y el coeficiente de correlación intraclase entre las 2 valoraciones. Los valores del coeficiente de correlación intraclase oscilan entre 0,75 (ítem 26) y 0,339 (ítem 15) y solo 3 valores están por debajo de 0,50.

La [tabla 3](#) muestra el coeficiente de correlación intraclase en cada una de las subescalas, en la muestra total y en la muestra segmentada por género. Las puntuaciones de coeficiente de correlación intraclase en cada una de las subescalas para el total de la muestra son superiores a 0,80. En la segmentación por género nos encontramos también valores superiores a 0,80 excepto en autoritarismo para chicos que es de 0,774 y restricción social para chicas que es de 0,797.

Discusión

Los resultados nos muestran que la versión española del cuestionario CAMI es fiable.

El CAMI se muestra como un instrumento comprensible para los adolescentes que han participado en el estudio, demostrando así que puede ser un instrumento útil para la valoración del estigma social hacia las personas con un trastorno mental grave.

Las elevadas puntuaciones en el α de Cronbach nos muestran que el instrumento es consistente, mostrándose homogéneo en la valoración que hacen los adolescentes del constructo de estigma social hacia las personas con una enfermedad mental. Estos datos coinciden con los encontrados por Högberg et al. (2008)¹⁹ en Suecia, e incluso presentan valores superiores a la validación del instrumento original¹⁷ y a los encontrados en Grecia²⁰. En estos estudios realizaron la validación con población general, ninguno de ellos se llevó a cabo en adolescentes, lo cual indica que los

resultados para esta población pueden ser igual de válidos que los encontrados en población general.

El CAMI es un instrumento estable en el tiempo. La gran mayoría de los ítems presentan unas puntuaciones en el coeficiente de correlación intraclase de alrededor de 0,6-0,7 entre los 2 momentos de evaluación, lo que significa que estos ítems son estables como sugieren Landis y Koch²⁹. Solo 3 ítems tienen puntuaciones inferiores a 0,5 en relación con la estabilidad temporal del instrumento: «Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio» (ítem 15), «No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales» (ítem 31) y «El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes» (ítem 16). Los 2 primeros de ellos se tratan de frases con doble negación lo que puede dificultar su interpretación; por lo que respecta al tercero de los ítems, tiene 2 contenidos lo que también puede hacer que la interpretación se centre en cada momento en uno de los 2 mensajes. En futuros estudios se debería considerar que estos ítems pueden no ser del todo representativos. Solo un estudio previo ha evaluado la estabilidad temporal del instrumento, mostrando valores similares a los encontrados en nuestro estudio¹⁹.

Por otro lado, con relación a las subescalas se puede observar que se mantienen estables a lo largo de las 2 evaluaciones, tanto cuando hacemos el análisis para la muestra total, como cuando segmentamos la muestra por género. En el caso del análisis por género, encontramos que la subescala de autoritarismo presenta menor estabilidad en el caso de chicos mientras que en las chicas esto ocurre en la de restricción social. A pesar de esto los valores encontrados son elevados. Estudios previos ya sugieren las diferencias de género en la concepción del estigma social¹²⁻¹⁴, y esto puede marcar las diferencias en cuanto a la estabilidad de estas subescalas.

En el estudio de Evans-Lacko et al. (2014)³⁰ se evidencia cómo España es un país en donde se realiza poca investigación sobre el estigma social de la enfermedad mental. Una de las barreras puede ser que no existen instrumentos validados en nuestro contexto que sean comparables con los que se están utilizando en otros países. El hecho de disponer de la versión validada del CAMI facilitará que se pueda seguir investigando en este tema a nivel nacional, y que nos permita compararnos con otros estudios a nivel internacional.

En futuros estudios se debería valorar la validez y fiabilidad del instrumento en otras poblaciones ya que una de las limitaciones de nuestro estudio es que hemos realizado la validación de este en una muestra de adolescentes. A pesar de que los resultados encontrados se asemejan bastante a los encontrados por otros estudios, sería interesante valorar si el instrumento se comporta de la misma manera en otras poblaciones. Por otro lado, previamente el instrumento había sido validado en otros países en población adulta con lo que, a pesar de los resultados favorables en cuanto a fiabilidad, esto no permite asegurar que sea válido para población adolescente. Otra limitación del estudio es que se ha realizado la fiabilidad temporal con un plazo de una semana. En posteriores análisis se debería considerar espacios temporales más amplios. En conclusión podemos afirmar que el instrumento CAMI es fiable en su versión española. Este estudio es útil por diferentes motivos. El primero de ellos es que permite que dispongamos de la validación en español de un instrumento necesario para comprender más lo que la comunidad piensa sobre las personas con trastornos mentales graves. En segundo lugar, permitirá que se realicen estudios descriptivos poblacionales sobre el estigma social hacia las personas con una enfermedad mental. Y en tercer lugar, esta comprensión de la situación facilitará que se realicen intervenciones adecuadas para poder reducir el estigma social que existe en la comunidad hacia las personas con trastorno mental grave, de manera más focalizada.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos la participación a las escuelas del Programa Escola Amiga de la Obra Social Sant Joan de Déu

(especialmente a: Escola Frederic Mistral, Escola Avenç, Escola Garbí, Escola Sant Josep), Parc Sanitari Sant Joan de Déu y CIBERSAM.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.02.002>.

Bibliografía

1. Barbato A. Consequences of schizophrenia: A public health perspective. *WAPR Bulletin*. 2000;21:6-7.
2. Ruiz MÁ, Montes JM, Correas Lauffer J, Alvarez C, Mauriño J, de Dios Perrino C. Opinions and beliefs of the Spanish population on serious mental illnesses (schizophrenia and bipolar disorder). *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5:98-106.
3. Klin A, Lemish D. Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. *J Health Commun*. 2008;13:434-49.
4. Binder RL. Are the mentally ill dangerous? *J Am Acad Psychiatry Law*. 1999;27:189-201.
5. Leff J, Warner R. *Social inclusion of people with mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
6. Finzen A, Hottman- Richter U. Stigma and quality of life in mental disorders. En: Katsching H, Freeman H, Sartorius N, editores. *Quality of life in mental disorders*. Chichester, UK: Wiley and Sons; 1997.
7. Witztum E, Margolin J, Bar-On R, Levy A. Stigma, labelling and psychiatric misdiagnosis: Origins and outcomes. *Med Law*. 1995;14:659-69.
8. Schulze B, Richter-Werling M, Matschinger H, Angermeyer MC. Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107:142-50.
9. Arbanas G. Adolescents' attitudes toward schizophrenia, depression and PTSD. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2008;46:45-51.
10. Ay P, Save D, Fidanoglu O. Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:63-7.
11. Economou M, Louki E, Peppou LE, Gramandani C, Yotis L, Stefanis CN. Fighting psychiatric stigma in the classroom: The impact of an educational intervention on secondary school students' attitudes to schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*. 2012;58:544-51.
12. Martínez-Zambrano F, García-Morales E, García-Franco M, Miguel J, Vilellas R, Pascual G, et al. Intervention for reducing stigma: Assessing the influence of gender and knowledge. *World J Psychiatry*. 2013;3:18-24.
13. Savrun BM, Arikan K, Uysal O, Cetin G, Poyraz BC, Bayar MR. Gender effects on attitudes towards the mentally ill: A survey of Turkish university students. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2007;44:57-61.
14. Ewalds-Kvist B, Högberg T, Lützn K. Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. *Nord J Psychiatry*. 2013;67:360-8.
15. Cohen J, Struening EL. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *J Abnorm Soc Psychol*. 1962;64:349-60.
16. Yllá L, González-Pinto Arrillaga A, Ballesteros J, Guillén V. Evolution of attitudes of the population towards the mental patient. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35:323-35.

17. Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull.* 1981;7:225–40.
18. Song LY, Chang LY, Shih CY, Lin CY, Yang MJ. Community attitudes towards the mentally ill: The results of a national survey of the Taiwanese population. *Int J Soc Psychiatry.* 2005;51:162–76.
19. Högberg T, Magnusson A, Ewertzon M, Lützn K. Attitudes towards mental illness in Sweden: Adaptation and development of the Community Attitudes towards Mental Illness Questionnaire. *Int J Ment Health Nurs.* 2008;17:302–10.
20. Papadopoulos C, Leavey G, Vincent C. Factors influencing stigma: A comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37:430–4.
21. Chambers M, Guise V, Välimäki M, Botelho MA, Scott A, Staniulienė V, et al. Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries. *Int J Nurs Stud.* 2010;47:350–62.
22. Buizza C, Pioli R, Ponteri M, Vittorielli M, Corradi A, Minicuci N, et al. Community attitudes towards mental illness and socio-demographic characteristics: An Italian study. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2005;14:154–62.
23. Morris R, Scott PA, Cocoman A, Chambers M, Guise V, Välimäki M, et al. Is the Community Attitudes towards the Mentally Ill scale valid for use in the investigation of European nurses' attitudes towards the mentally ill? A confirmatory factor analytic approach. *J Adv Nurs.* 2012;68:460–70.
24. Sun B, Fan N, Nie S, Zhang M, Huang X, He H, et al. Attitudes towards people with mental illness among psychiatrists, psychiatric nurses, involved family members and the general population in a large city in Guangzhou, China. *Int J Ment Health Syst.* 2014;3:26.
25. Igbinomwanhia NG, James BO, Omoaregba JO. The attitudes of clergy in Benin City, Nigeria towards persons with mental illness. *Afr J Psychiatry.* 2013;16:196–200.
26. Linden M, Kavanagh R. Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *J Adv Nurs.* 2012;68:1359–68.
27. Schafer T, Wood S, Williams R. A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: Implications for nurse training. *Nurse Educ Today.* 2011;31:328–32.
28. Guise V, Chambers M, Välimäki M, Makkonen P. A mixed-mode approach to data collection: Combining web and paper questionnaires to examine nurses' attitudes to mental illness. *J Adv Nurs.* 2010;66:1623–32.
29. Landis J, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33:159–74.
30. Evans-Lacko S, Courtin E, Fiorillo A, Knapp M, Luciano M, Park AL, et al., ROAMER Consortium. The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. *Eur Psychiatry.* 2014;29:381–9.