

Informe Evaluación

de la *Intervención*

Lo Hablamos

Sensibilización sobre la salud mental en las aulas.

Área de Ciudadanía y Ética
Octubre 2012



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Equipo de trabajo EASP

Águila Bono del Trigo
Coordinadora del proyecto

Silvia Toro Cárdenas
Paloma Ruiz Román
Raquel Carrasco Campos

Índice de contenidos

Resumen Ejecutivo	3
Introducción	9
1. La importancia del estigma de la enfermedad mental	9
2. Estigma y adolescencia	10
3. Cómo intervenir para combatir el estigma en la adolescencia	11
4. El proyecto Lo Hablamos sensibilización sobre la salud mental en las aulas. Necesidad de evaluación de la intervención.....	12
Objetivo principal	16
Objetivos específicos.....	16
Metodología	17
1. Cuestionario.....	18
2. Realización de las Sesiones Educativas del Proyecto “Lo Hablamos. Sensibilización en las aulas sobre salud mental”	23
3. Entrevista semiestructurada	24
Limitaciones	26
Resultados.....	27
Conclusiones	68
Referencias bibliográficas.....	70
ANEXO 1. Protocolo de actuación para los equipos docentes y de orientación.....	73
ANEXO 2. Consentimientos informados	78
ANEXO 3. Toolkit. AQ-8-C (Extracto de la batería diseñada para población adolescente).....	83
ANEXO 4. Cuestionario usado en la investigación presente, versión impresa	85
ANEXO 5. Guión para la entrevista en profundidad.....	89
ANEXO 6. Códigos identificativos de las entrevistas en profundidad	92

Resumen Ejecutivo

Este informe muestra los resultados de la evaluación de la sesión educativa sobre salud mental del proyecto “Lo hablamos. Sensibilización sobre la salud mental en las aulas”, diseñada en el marco de la estrategia contra el estigma de Andalucía 1decada4, de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Lo hablamos es un proyecto para la sensibilización de la población adolescente (de 14 a 16 años), mediante la realización de una sesión educativa de unas 2 horas y media de duración, en centros de enseñanza secundaria. Con ella se pretende lograr una mayor sensibilización sobre la importancia de la salud mental y un trato menos discriminatorio y más igualitario hacia las personas que padecen una enfermedad mental.

El objetivo general de la evaluación ha sido valorar los cambios que la participación en la sesión producen en la reducción de estereotipos, prejuicios y en la propensión a mostrar conductas discriminatorias hacia las personas con enfermedad mental. Se realizó un estudio de intervención en Institutos de Enseñanza Secundaria no aleatorizado con grupo control, con la utilización de cuestionario, y un estudio cualitativo, a través de entrevistas en profundidad.

En el estudio participaron estudiantes de tercer y cuarto curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de Institutos públicos de Enseñanza Secundaria (IES) en Andalucía. Participaron 11 centros educativos y un total de 186 adolescentes, que cumplimentaron un cuestionario, antes de la realización de la sesión, 1 vez después de la misma, y 1 mes después de la misma, utilizando un código de apareamiento. Se realizaron entrevistas en profundidad hasta la saturación de discurso, participando en total 15 estudiantes de 6 centros.

Se utilizó la validación al castellano del cuestionario diseñado para medir los resultados de intervenciones contra el estigma con población adolescente (AQ-8-C, de Patrick Corrigan), utilizando las 8 preguntas que lo integran para dos casos diferenciados (*vignette*), un/a chico/a con síntomas de trastorno depresivo y un/a chico/a con síntomas de trastorno psicótico. Las ocho preguntas tratan de medir la presencia de 8 estereotipos: Culpa, Odio, Pena, Ayuda, Peligrosidad, Miedo, Evitación y Segregación. El cuestionario fue respondido on-line mediante el software Limesurvey.

Las entrevistas en profundidad exploraron, mediante un guión de preguntas abiertas, en que medida se conseguían los objetivos planteados para la sesión educativa relacionados con cambios en las creencias, en las actitudes y en los posibles comportamientos hacia las personas con enfermedad mental.

Se llevó a cabo un análisis de de diferencia de medias, para muestras apareadas. Utilizando el código de apareamiento se depuró la base de datos, basando el análisis sólo en la muestra de los que se disponía al menos de dos pasaciones del cuestionario (antes y después de la sesión educativa).

Los resultados se han estructurado según los objetivos planteados para la evaluación:

- Analizar las creencias de partida de la población adolescente con respecto a la enfermedad mental: sus conocimientos y actitudes hacia las personas que la padecen y cómo se relacionan o se relacionarían con alguien de su entorno que la padeciera.
- Analizar si la sesión de sensibilización mejora los conocimientos sobre la enfermedad mental, sirve para eliminar estereotipos y disminuye la propensión a mostrar conductas discriminatorias.
- Profundizar en los cambios que se derivan de la participación en la sesión, en términos de percepciones en la reducción de estereotipos y la propensión a mostrar conductas discriminatorias hacia las personas con enfermedad.
- Valorar si los cambios que se derivan de la participación en la sesión son diferentes en chicos y chicas.

Creencias de partida de la población adolescente con respecto a la enfermedad mental

El análisis de los datos previos a la sesión permite conocer que las actitudes previas no eran muy estigmatizantes, aunque lo son más frente al trastorno psicótico que ante el trastorno del estado del ánimo. Aún así los porcentajes de respuesta muestran comportamientos que favorecen la ayuda y la empatía y que asumen la integración, a pesar de que a veces creen que se pueda tratar de personas impredecibles o peligrosas.

Cambios en términos de mejora de los conocimientos sobre enfermedad mental, eliminación de estereotipos y disminución de la propensión a mostrar conductas discriminatorias.

Se observa que la mayoría de estudiantes entrevistados/as que participaron informa de haber adquirido conocimientos en ella sobre enfermedades mentales y el proceso de estigmatización que las personas con estas enfermedades sufren.

Tal y como manifiestan, la sesión fue dinámica e interactiva, basándose en actividades y juegos que estimulan la participación. Valoran positivamente que la sesión aporte conocimientos diversos con una metodología novedosa.

Los y las entrevistados/as informan que la sesión les ha ayudado a cambiar la manera de conceptualizar a las personas que padecen una enfermedad mental y a tener información más fidedigna sobre ellas. Verbalizan que la información que han adquirido les ha enseñado a cómo tratar a las personas con enfermedad mental: de manera igualitaria.

De la misma manera, se observó que el alumnado, había adquirido una gran conciencia sobre el estigma y la discriminación social que conlleva la enfermedad mental.

Informan también de que la manera en la que perciben a las personas con enfermedad mental se ha visto modificada tras la sesión. Como se puede derivar de sus discursos, han adquirido una mayor naturalización de las enfermedades mentales.

Igualmente, informan que la sesión ha modificado sus falsas creencias en torno a la agresividad. El alumnado entrevistado opina que, gracias a este aprendizaje, ha cambiado la forma en la que se relacionarían con personas con este tipo de enfermedades y así como que éstas son susceptibles de mejora. No obstante, parte de las personas entrevistadas sí opinan que las con enfermedad mental pueden reaccionar agresivamente. Su temor se basa principalmente en la incertidumbre ante las posibles reacciones violentas de estos pacientes.

El alumnado opina que la sesión ha ayudado a toda la clase a reflexionar sobre el tema. De este modo, los y las participantes entrevistados/as manifiestan que haber participado en la sesión les ha ayudado en la adquisición de herramientas para relacionarse en el futuro con personas que padecen una enfermedad mental.

Cambios observados respecto a las dimensiones de análisis (componente emocional, cognitivo, conductual del estigma).

Para explorar el componente emocional se analizaron tres ítems, referidos a la pena, la peligrosidad y el miedo. El componente que mejoró de forma significativa fue el de la peligrosidad.

En relación a esto se encontró que las personas entrevistadas manifiestan que uno de sus principales temores se presenta ante la posibilidad de no vaticinar cómo puede reaccionar una persona con enfermedad mental. Esta falta de previsibilidad que perciben les provoca miedo ante la posibilidad de una conducta agresiva. Se mantienen ideas estereotípicas de violencia, peligrosidad e imprevisibilidad.

Con respecto al componente conductual, los datos estadísticos de ítems como “Me molestaría que estuviese en clase conmigo” “Si necesitara ayuda con sus deberes, le ayudaría” e “Intentaría no acercarme después de clase” no obtuvieron significación estadística.

Sí que en el discurso de la mayoría de las personas entrevistadas, tras preguntarles cómo se comportarían al compartir el espacio del aula con una persona con enfermedad mental, informan que tratarían de ayudarles. Pero se mantiene el estereotipo de la violencia.

Existe una relación directa entre los tres elementos, es decir, entre lo que se piensa y en consecuencia se siente y se hace.

En el elemento conductual entra a formar parte la creencia de algunos/as alumnos/as de que las personas con enfermedad mental son más impredecibles. Esto tiene como consecuencia sentimientos tales como el miedo y la inseguridad. A nivel conductual provoca que, en ocasiones específicas, cuando se trata de la integración en su grupo de iguales, algunas personas verbalicen que intentarían rodearse de amigos, como medida de seguridad.

A nivel cognitivo también se identifica la idea de que a las personas con enfermedad mental les afectan más las cosas. La consecuencia se manifiesta directamente en sus emociones, verbalizando que, en situaciones concretas, sentirían pena hacia personas con este tipo de enfermedades. El resultado de esta cadena finaliza a nivel conductual, siendo la propensión a ofrecer ayuda la respuesta mayoritariamente nombrada por el alumnado.

La sesión, por tanto, parece suponer un excelente comienzo para la normalización y reflexión sobre las enfermedades mentales y las consecuencias que padecerlas supone. No obstante, tal

y como se puede extraer del análisis realizado, es necesaria una formación continua que consiga cambios de manera más profusa.

También quedan abiertas al debate, para futuras investigaciones puntos como por ejemplo, la idoneidad de los cuestionarios para medir de forma sensible las actitudes hacia la enfermedad mental y también saber más acerca de las opiniones previas a cualquier intervención, evaluar las observaciones que ellos y ellas realizan sobre la sesión y tenerlas en cuenta en futuras programaciones.

Cambios que se derivan en términos de percepciones en la reducción de estereotipos y propensión a mostrar conductas discriminatorias hacia las personas con enfermedad

Un sólo estigma, o un estigma para cada enfermedad

Del análisis de los datos se obtiene, como sugiere la literatura científica, que existen diferentes estigmas para diferentes patologías. En este sentido se hallaron diferencias en la respuesta ante el trastorno del estado de ánimo y la psicosis; Así, éste último produce mayor miedo, distancia social y sensación de impredecibilidad.

Repercusión de las actitudes sobre la propia salud mental

Cuando se abordó la posibilidad de que ellos/as pudieran padecer una enfermedad mental las personas entrevistadas informaron que, ante todo, les invadiría un sentimiento de temor ante el probable rechazo de sus iguales.

Ante la circunstancia de ser ellos/ellas diagnosticados/as de una enfermedad mental, el alumnado verbaliza “no poder creérselo”. Informa de que se encontrarían “mal”, principalmente debido a la discriminación social por parte de los otros. Por este motivo consideran que se tornaría difícil compartir el diagnóstico con las personas del entorno. Alguno/a de ellos/as comunican que lo harían en pro de una mejora futura.

Valoración de diferencias en función del sexo de los/las participantes

En el análisis de datos estadísticos se observan diferencias por sexos muy pequeñas, en el grupo de intervención. Destacar que en los chicos disminuye la media de los que opinan el/la

chico/chica que padece trastorno del estado de ánimo debería ir a un colegio especial. En las chicas, aumenta el sentimiento de evitación, en ambos casos.

Tampoco se obtuvieron resultados relevantes al segmentar por centros educativos, ya que se trata de submuestras muy pequeñas.

Se han encontrado diferencias en función del sexo de los/as participantes cuando se habla de la peligrosidad, ya que la mayor parte de quienes opinaron en esta línea, eran chicas.

Además, en el caso de un posible enamoramiento, se han encontrado diferencias significativas a razón de sexo ya que fueron todas mujeres quienes apuntaron a la personalidad como factor determinante en su elección.

Introducción

1. La importancia del estigma de la enfermedad mental

Padecer una enfermedad mental grave implica que se vean alterados los procesos de pensamiento y del estado de ánimo; se pierde la coherencia en la comunicación, nos afecta en las interacciones sociales y las relaciones de la vida diaria, con la pareja, familia, en la escuela o con los compañeros de trabajo.

Y sin embargo, parece que nada de esto causa tanto sufrimiento como el propio estigma que acompaña a la enfermedad mental, el rechazo que causa en la sociedad, enfrentarse a la discriminación y la estigmatización social asociados a la enfermedad.

El estigma y la discriminación social son las principales barreras para la recuperación de las personas con enfermedad mental^{1, 2}

Pese a las diferentes y cada vez más numerosas alertas emitidas por diversos organismos internacionales, y a pesar del incremento progresivo de la incidencia y de los costes humanos y económicos que conllevan, los problemas de salud mental siguen siendo en buena medida grandes desconocidos y siguen arrastrando la terrible carga de la estigmatización^{3, 4, 5}

El estigma social de la enfermedad mental tiene componentes cognitivos, afectivos y conductuales, diferenciados, pero interrelacionados^{6, 7} El elemento cognitivo, “estereotipos”, se define como un conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que sesgan la percepción y valoración de las características de los miembros del grupo estigmatizado. El componente emocional, “prejuicios”, se plasma en las predisposiciones afectivas, en este caso negativas hacia ese grupo. Finalmente, la “discriminación”, es la propensión a mostrar comportamientos negativos, y se pueden medir en términos de la distancia social que se mantiene hacia el grupo.

Los tres elementos guardan relación y retroalimentan a los demás. Se trata de un círculo vicioso, con refuerzos múltiples^{8, 9} y para romperlo es necesario actuar sobre sus pilares, sobre las profundas raíces de esas creencias, emociones y comportamientos para reducir y, en última instancia, eliminar el estigma¹⁰.

Las consecuencias del estigma se manifiestan en las dificultades que encuentran las personas con enfermedad mental para el ejercicio de derechos y para el acceso a los servicios; el estigma es una barrera para acceder y buscar ayuda en los servicios socio sanitarios, por miedo a ser etiquetados como personas con enfermedad mental^{11, 12}, para encontrar y mantener el empleo¹³, para acceder a una vivienda¹⁴, para mantener relaciones sociales significativas¹⁵ (pareja, redes sociales, etc.). Además la imagen social negativa favorece que sean acusados falsamente y con frecuencia de cometer actos violentos¹⁶. Asimismo las relaciones con los propios profesionales de salud mental también son consideradas como fuente de estigmatización^{17, 18}. Como complicación adicional, algunas personas con enfermedad mental pueden aceptar estos prejuicios como ciertos, volverlos contra sí mismas y perder la auto-confianza. Es lo que se denomina autoestigma^{19, 20}.

2. Estigma y adolescencia

Las actitudes negativas hacia la enfermedad mental son ya visibles en la etapa adolescente, incluso en la infancia²¹. Existe un amplio consenso en que padecer algún problema psicológico en la infancia o adolescencia provoca un mayor riesgo de sufrir rechazo por el grupo de iguales²². Los problemas de salud mental aquejan a una parte importante de población adolescente y sin embargo, un porcentaje cada vez mayor no recibe la atención adecuada y esto se debe principalmente a la conciencia del estigma ligado a la enfermedad mental y al miedo al rechazo de su grupo de iguales²³.

Un nuevo modelo centrado en el desarrollo positivo en la adolescencia, el bienestar y la competencia, se orienta a promover una adolescencia saludable, en la que la transición a la adultez se considera algo más que la evitación de comportamientos desadaptativos. Este modelo incide más en los recursos o activos para el buen desarrollo, en detrimento del modelo basado en el déficit y la imagen dramática de la adolescencia. Pone en valor las habilidades, conductas y competencias necesarias para tener éxito en la vida social, académica y profesional²⁴. El desarrollo de competencias tales como el manejo de emociones, autoestima, respeto a la diversidad, reconocimiento y manejo de las propias emociones y de otras personas, empatía, capacidad de análisis, etc., se convierten en un factor de protección para los y las adolescentes, previniendo además problemas de desajuste psicológico.

3. *Cómo intervenir para combatir el estigma en la adolescencia*

Las estrategias que se llevan a cabo para luchar contra el estigma se engloban en tres áreas principalmente: la protesta, el contacto y la educación²⁵. La manera de afrontar la reducción del estigma hacia la enfermedad mental ha de ser multifacética, pluridisciplinar y multinivel y estar dirigida hacia las profundas raíces emocionales y las creencias que lo conforman^{20,26}

Los programas que resultan más efectivos son los educativos y especialmente los que no se limitan a la mera transmisión pasiva de la información, sino los que se sirven de la discusión y presentación de casos reales^{27, 28, 29}. También el uso de actividades con material audiovisual de historias cercanas. Por ejemplo, Donnelly³⁰ encontró disminuciones de las conductas estigmatizantes utilizando una sola actividad audiovisual de cinco minutos y desarrollando después un debate entre los asistentes sobre los pensamientos, emociones y conductas del protagonista y de su grupo de iguales. Los talleres de sensibilización también han demostrado efectividad. En este sentido, Pinfold³¹ encontró una disminución de las creencias erróneas acerca de la enfermedad mental a través de la celebración de dos talleres de una hora de duración, obteniendo resultados positivos, evaluados estos en función de una disminución de los estereotipos y de la propensión a mostrar conductas discriminatorias³².

En general, la investigación realizada informa que se consigue mayor éxito cuando las acciones implican un trabajo activo con la población destinataria³², los objetivos están claramente definidos^{29, 33} y cuando son diseñadas para grupos específicos³⁴ y/o sectores profesionales concretos³⁵. Además, se hace necesario que las acciones se articulen entre sí, durante un tiempo prolongado y que se integren en políticas y estrategias generales. Parece que, si de lo que se trata es de modificar percepciones erróneas, como vía para cambiar conductas, lo menos importante son las medidas predominantemente informativas y, como en todo proceso educativo, es determinante integrar información, discusión e interacción social³⁶

Experiencias Internacionales previas como el programa alemán “Verrückt? Na Und!” (“¿Loco? ¡Y qué!”), que se inició en 2001)³⁷ advierten asimismo de la poca evidencia que existe de que los estudiantes muestren, a priori, interés por información sobre enfermedades mentales. A

no ser que el tema entre en contacto con sus propios intereses y su vida privada. Al hallarse en la etapa de la adolescencia, empieza su preocupación por el bienestar y el desarrollo de una personalidad propia. Según este estudio, mediante una didáctica adecuada y propiciando los lazos entre las enfermedades mentales y situaciones, conocimientos y experiencias que poseen, su interés crece y se sensibilizan sobre las enfermedades mentales y las personas que la padecen.

4. El proyecto *Lo Hablamos* sensibilización sobre la salud mental en las aulas. Necesidad de evaluación de la intervención

El II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía de la Consejería de Salud⁵ establece como una de sus líneas estratégicas, la “Información y Comunicación en Salud Mental”, justificada en que las ideas y creencias erróneas sobre la enfermedad mental que estigmatizan a las personas que la padecen, colaboran aumentando su sufrimiento y el de sus familias. Este Plan también incluye como líneas estratégicas la “Promoción de la salud”, porque favorece el bienestar y la calidad de vida de toda la población, y la “Atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia”, porque son etapas que por su complejidad, especificidad, necesidades del entorno y vulnerabilidad a los cambios sociales, requieren de un tratamiento diferente al de las personas adultas.

Dentro de este marco estratégico se está desarrollando el proyecto de sensibilización de adolescentes de 14-16 años, *Lo Hablamos. Sensibilización sobre la salud mental en las aulas*, destinado a favorecer un conocimiento más adecuado sobre la enfermedad mental y un trato menos discriminatorio hacia las personas que la padecen, a la vez que promueve la salud mental de la población a la que se dirige

La estrategia de implantación se está llevando a cabo en la actualidad a través de la formación de los profesionales que integran los Equipos Forma Joven³⁸, quienes serán los moderadores de las sesiones de sensibilización que se desarrollarán en los Institutos de Enseñanza Secundaria de Andalucía. El proceso de formación de profesionales se está implantando a través de los distritos sanitarios de toda la Comunidad y se estima que están siendo formados y formadas 20 profesionales por cada distrito. Se trata de profesionales de la salud que tienen

relación directa con algún Punto Forma Joven y por tanto es personal con experiencia en la relación con población adolescente de la educación secundaria

La herramienta principal del proyecto es el grupo de actividades de una sesión de sensibilización sobre la propia salud mental y la reducción del estigma que pesa sobre la enfermedad mental, en cuya programación y elaboración se han tenido en cuenta los datos de la investigación que avalan una mayor efectividad de las acciones educativas. Se trata de un grupo de 5 actividades que responden a tres objetivos. 1º Pensar y reflexionar sobre el concepto de enfermedad mental y su relación con la enfermedad física, 2º Cuestionar la percepción propia, debatir el concepto de lo subjetivo y 3º Reflexionar sobre el estigma de la enfermedad mental.

(Para Ver toda la información, se puede consultar

<http://www.1decada4.es/adolescenciayestigma/lohablamos>)

De esta manera, la sesión está diseñada específicamente para población adolescente y programada en base a objetivos claramente especificados a priori³⁹, que se desarrollarán en el contexto de los Institutos de Enseñanza Secundaria (IES) andaluces. Las actividades combinan el trabajo individual, en pequeños grupos de discusión y el trabajo conjunto, y supone la participación activa en todo el proceso de los y las participantes; se presentan casos reales en soporte audiovisual; se suscita el debate de creencias, emociones y comportamientos y se llevan a cabo dinámicas grupales que favorecen la empatía y las habilidades relacionales con el grupo de iguales. En esta sesión se promueve la educación emocional y el cambio actitudinal mientras son cuestionadas las creencias erróneas acerca de la enfermedad mental, invitando a reflexionar y a volver a pensar acerca de las ideas preconcebidas que tenemos sobre la salud mental.

Esta sesión fue pilotada con un grupo de 25 estudiantes de 4º de la ESO. La evaluación cualitativa de los resultados muestra que consideran que se ha modificado su percepción sobre la salud mental en general, que la sesión les ha ayudado a mejorar su conocimiento sobre la enfermedad mental, les ayuda a entender la salud mental desde una concepción más amplia y que afecta a todos y todas, además de que previamente a la celebración de la sesión asumían una información errónea y estereotípica de la que no eran conscientes⁴⁰

A pesar de que en las últimas décadas en diversos países se han puesto en marcha una gran cantidad de programas para luchar contra el estigma, raramente son evaluados³¹. En una revisión bibliográfica⁴¹ sobre todas las publicaciones aparecidas entre 1963 y 2006 sobre estigma hacia la enfermedad mental, se puso en evidencia la falta de rigor metodológico y el déficit en evaluación de las acciones que se llevan a cabo para combatir la discriminación que acusan las personas con enfermedad mental.

El proceso de evaluación de las acciones formativas debe convertirse en la herramienta para mejorar la formación, y debe ser parte integrante de éste; finalmente debe estar basada en la identificación clara de necesidades formativas y un conjunto claro de objetivos⁴² de formación. Cuando una acción formativa toma la evaluación como una de sus bases se consigue capitalizar o fructificar el conocimiento, la aplicabilidad práctica y la generalización de los resultados a otros contextos⁴³.

Por todo ello, el Grupo de Sensibilización sobre la Salud Mental, adscrito actualmente al II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía de la Consejería de Salud, y coordinador del diseño del Proyecto “Lo Hablamos. ...”, considera necesario llevar a cabo una evaluación de esta acción formativa. La evaluación permitirá conocer los cambios que supone en las percepciones, emociones y propensión a mostrar conductas discriminatorias entre los jóvenes, además de conocer los cambios que se producen en la importancia que le otorgan a su propia salud mental. Además valorará si se encuentran diferencias en cualquiera de las dimensiones estudiadas en función del sexo de los participantes en las sesiones, puesto que ejerce influencia en las percepciones y las relaciones que se establecen en los grupos de iguales, cuando se analizan aspectos relacionados con la salud mental²².

Actualmente no existe en castellano, otra acción de sensibilización de adolescentes sobre salud mental y estigma, que suponga la intervención en aula como actividad formativa. Los resultados de esta evaluación, permiten que disponer en castellano de un material educativo destinado a la población adolescente y formalmente evaluado.

En este estudio se trata de dar respuesta a las siguientes preguntas: La sesión educativa del proyecto “Lo hablamos”:

- ¿mejora los conocimientos sobre la enfermedad mental?
- ¿es útil para eliminar prejuicios en torno a la enfermedad mental?

- ¿disminuye la propensión a mostrar conductas discriminatorias hacia las personas con enfermedad mental?
- ¿ayuda a tomar conciencia sobre la importancia de la salud mental?
- ¿los cambios que produce la sesión son diferentes en chicos y chicas?

Objetivo principal

Evaluar la sesión educativa sobre salud mental del proyecto “Lo hablamos. Sensibilización sobre la salud mental en las aulas” valorado en cambios en la reducción de estereotipos, prejuicios y propensión a mostrar conductas discriminatorias hacia la enfermedad mental.

Objetivos específicos

Analizar las creencias de partida de la población adolescente con respecto a la enfermedad mental: sus conocimientos y actitudes hacia las personas que la padecen y cómo se relacionan o se relacionarían con alguien de su entorno que la padeciera.

- Analizar si la sesión de sensibilización mejora los conocimientos sobre la enfermedad mental, sirve para eliminar estereotipos y disminuye la propensión a mostrar conductas discriminatorias.
- Profundizar en los cambios que se derivan de la participación en la sesión, en términos de percepciones en la reducción de estereotipos y la propensión a mostrar conductas discriminatorias hacia las personas con enfermedad mental.
- Valorar si los cambios que se derivan de la participación en la sesión son diferentes en chicos y chicas.

Metodología

El ámbito de estudio ha sido Andalucía. Se trata de un estudio de intervención en Institutos de Enseñanza Secundaria no aleatorizado con grupo control y estudio cualitativo, a través de entrevistas en profundidad.

Los sujetos de estudio fueron estudiantes de tercer y cuarto curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de Institutos públicos de Enseñanza Secundaria (IES) en Andalucía, incorporados en la red de centros TIC (centros con experiencias educativas orientadas a la integración de las tecnologías de la información y la comunicación en la educación).

La investigación se realizó en 11 centros educativos pertenecientes a las provincias de Granada principalmente (10 de esta provincia, más uno perteneciente a Córdoba), en los que se entrevistó mediante cuestionario a 186 adolescentes en al menos 2 ocasiones, una antes de la intervención y otra tras la intervención, de los cuales 79 fue el tamaño del grupo control y 109 el del grupo experimental (en el que se realizó la intervención).

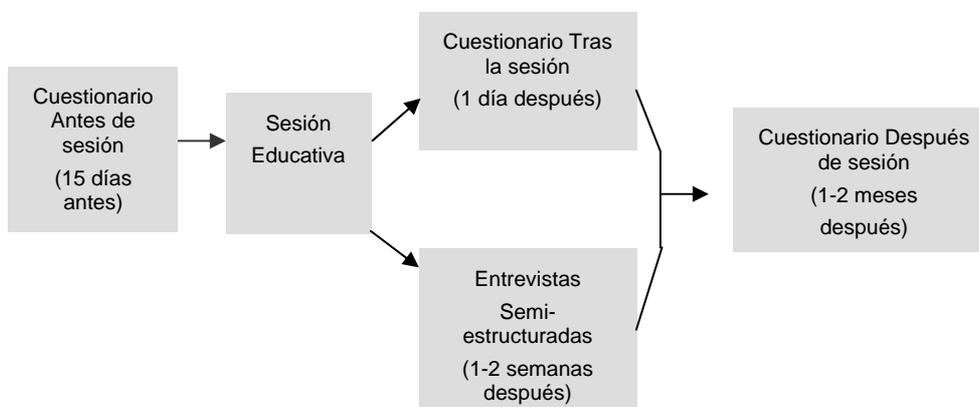
Para las entrevistas en profundidad se contó con 15 estudiantes de 3º y 4º de ESO de 6 de los centros participantes en el estudio.

Se solicitó la colaboración a cada centro aportando para el estudio un grupo experimental y un grupo control, (coincidiendo con los grupos de clase, por lo que en una misma aula no había alumnos pertenecientes a ambos grupos). Asumiendo que el tipo de intervención que supone “Lo Hablamos”, al trabajar a un nivel actitudinal y práctico, el posible contacto en los tiempos de descanso del alumnado, no contaminaría en exceso la opinión de unos grupos a otros.

Para tomar contacto con los centros se elaboró un Protocolo (Ver ANEXO 1) en el que se detalló: un resumen del proyecto, la intervención a realizar en el IES, la hoja de ruta del procedimiento, un enlace al cuestionario online, copia de los consentimientos informados (ANEXO 2) para madres-padres-tutores-tutoras legales y la confidencialidad de la información obtenida. Una vez se obtuvieron los consentimientos de los centros, los equipos educativos propusieron los grupos-clase de 3º o 4º de ESO que participarían como grupos control y experimental.

Para la selección de participantes en las entrevistas semi-estructuradas tras la sesión educativa se tomó criterio de segmentación el sexo y se realizaron en 6 IES, La selección del alumnado se llevó a cabo mediante las listas de participantes en las sesiones de sensibilización. En total fueron, 15 participantes (2 chicos + 2 chicas de 6 IES, en uno de ellos, se contó con 3) y con este número se consideró que se producía saturación de los discursos.

De forma esquemática, las distintas fases y técnicas de recogida de información que ha incluido este estudio fueron las que se recogen a continuación:



1. Cuestionario

La herramienta de recogida de información

Para la elección del instrumento de medida se ha tenido en cuenta la adaptación a la población destinataria. Por ello se seleccionó la herramienta AQ-C8⁴³, que forma parte de una batería de cuestionarios desarrollados específicamente para medir el estigma, un manual (VER ANEXO 3) destinado a quienes deseen medir los resultados de intervenciones contra el estigma⁴⁴. La herramienta diseñada y utilizada por Patrick Corrigan en sus investigaciones, fue concebida para su uso con la población adolescente. Esta batería es usada en numerosas publicaciones internacionales como instrumento de medida del cambio de la medida del estigma.

Se trata de un cuestionario de carácter anónimo y está diseñado para ser auto-cumplimentado. Para este proyecto se utilizó la versión traducida del mismo y adaptada implementando las recomendaciones planteadas tras un estudio previo que se llevó a cabo para evaluar su idoneidad como herramienta para medir el impacto de la sesión de sensibilización Lo Hablamos⁴⁵ Se han tenido en cuenta las recomendaciones y se ha diseñado un cuestionario on-line que contiene 8 preguntas tipo likert acerca de dos casos, en forma de pequeñas historias que plantean situaciones hipotéticas. Esta vez, se ha sido más concreto en la narración.

A modo de ejemplo, esta es el caso del estudio anterior⁴⁵

“Charlie es un chico nuevo en tu colegio. Antes de su primer día, tu profesor/a os explica que Charlie tiene una enfermedad mental y que viene trasladado desde una escuela especial”.

Diseño del cuestionario del presente estudio.

Consiste en dos preguntas principales, cada una con 8 apartados que se contestan en una escala tipo likert, de 1 (nada de acuerdo) a 9 (totalmente de acuerdo).

Las historias de las preguntas que se han desarrollado para el presente estudio son más específicas y cuentan síntomas concretos, para que resulte más sencilla su comprensión. En esta ocasión se han intentado atender todas las recomendaciones y salvar las limitaciones del estudio anterior. De esta manera, en el cuestionario adaptado en esta ocasión se han realizado las siguientes modificaciones-aportaciones-mejoras que se han tenido en cuenta en la metodología y en el diseño del cuestionario.

Se ha aumentado el tamaño muestral para alcanzar los mínimos necesarios según la American Psychological Association (APA) en el análisis de las propiedades de la medida. La recomendación es, como mínimo, los 80 sujetos y se ha contado con 183.

Con el fin de que la herramienta genere valores predictivos, se ha utilizado conjuntamente con la entrevista semiestructurada.

En esta ocasión se ha contado con un grupo control para comparar los resultados exploratorios.

Se han especificado los síntomas de una enfermedad mental en las historias dos casos, para así posicionar psicológicamente a los sujetos de manera más dirigida.

Dada la existencia de diferentes estigmas para diferentes enfermedades mentales, se decide incluir dos casos en lugar de uno y poder además explorar las diferencias entre ellos. En el primero, se describe el caso de un chico o una chica que padece síntomas similares a un estado depresivo: tristeza, insomnio, apatía...

El segundo, refleja síntomas psicóticos: comportamiento asocial, aislamiento, alucinaciones (Para ver el cuestionario completo, Ver ANEXO 4) En ambas se especifica que la situación puede estar hablando de un chico o de una chica.

Historia 1, trastorno del estado del ánimo

“Carlos/Carlota se está sintiendo bastante triste en las últimas semanas. Siente cansancio todo el tiempo y le cuesta dormir. No le apetece comer y ha perdido peso, no puede concentrarse en sus estudios y han bajado sus notas. Le cuesta tomar decisiones y cualquier tarea, por más sencilla que sea se le hace un mundo. Sus padres y amistades están bastante preocupados”

Historia 2: Trastorno psicótico

“Luís/ Luisa tiene 15 años y vive en casa con sus padres. Ha estado faltando bastante a la escuela durante el último año y hace poco lo ha dejado del todo. En los últimos seis meses ya no ve a sus amigos y ha empezado a encerrarse todo el tiempo en su habitación, rechazando comer con la familia y salir ni siquiera a darse una ducha. Sus padres también le oyen andando por la habitación, dando vueltas por las noches. Aunque saben que allí no hay nadie más, le oyen discutir y gritar como si estuviera con alguien en la habitación. Cuando los padres le tratan de animar a hacer más cosas, lo rechaza diciendo que “no puede salir de la casa, ya que los vecinos le espían”.

Saben que no se trata de un problema de drogas, porque no ha salido de la habitación en todo este tiempo. Todos están bastante preocupados”

Se cambió la redacción de la pregunta “¿Carlos me haría sentir enfadado?”, dados los problemas para su correcta comprensión. Se redactó como: “Que estuviera conmigo en clase me molestaría”. También se modificó la redacción del ítem: “Carlos me daría lástima” por: “me daría pena de el/ella”.

La redacción de las preguntas se hizo teniendo en cuenta el lenguaje de género, evitando en lo posible el uso de “el/ella”, “le/la” para hacer su lectura más ágil, por ejemplo “Lo que sea que le ocurra, se lo ha buscado”, pero incluyéndolo cuando se hace necesario “Intentaría no acercarme a él/ella después de clase”.

Se ha sustituido el estilo interrogativo, “¿Sentirías miedo de Carlos?” por la redacción en primera persona: “Le tendría miedo”, “Pensaría que puede ser una persona peligrosa”.

Se han incluido variables sociodemográficas; sexo, edad y una pregunta sobre situación de convivencia o conocimiento en su entorno cercano de una persona con enfermedad mental.

La versión final del cuestionario se implementó mediante el software Limesurvey para su versión online.

A los participantes se les solicitaba que contestaran a una serie de preguntas respecto a un caso de un chico/a de su edad, con dos trastornos diferentes:

Los ítems de AQ-C8 miden 8 estereotipos: Culpa, Odio, Pena, Ayuda, Peligrosidad, Miedo, Evitación y Segregación (La coerción, incluida en otras baterías de la misma herramienta, fue eliminada). Estos han sido representados por las siguientes 8 preguntas:

1. Me daría pena (de Carlos-Carlota o Luís-Luisa)
1. Pensaría que puede ser una persona peligrosa
2. Le tendría miedo
3. Lo que sea que le ocurra, se lo ha buscado
4. Debería estar en un colegio especial, no en una clase normal como la mía
5. Que estuviera en clase conmigo me molestaría
6. Si necesitara ayuda con sus deberes, lo ayudaría
7. Intentaría no acercarme a él/ella después de clase

Además de las dos preguntas principales del cuestionario, se añadieron tres preguntas:

- Grupo y clase
- Edad
- Sexo
- Código de apareamiento: que permite poder casar las diferentes pasaciones de cada sujeto y así estimar los cambios en las respuestas.
- ¿Conoces a alguien con enfermedad mental?

Y una última pregunta abierta:

- ¿Quieres aportar algún comentario, sugerencia, duda sobre este cuestionario?

Esta última pregunta dejó algunas respuestas que se analizarán en los resultados de carácter cualitativo.

Para consultar la versión completa del cuestionario, Ver ANEXO 4.

Criterios de exclusión de chicos/as participantes:

No cumplimentar el cuestionario, tanto en la pasación previa como en las posteriores o no participar en la sesión de sensibilización (para los participantes en el grupo experimental).

La versión final del cuestionario se diseñó para su aplicación vía Internet mediante el software Limesurvey. En este link se puede consultar el cuestionario tal y como lo recibían y cumplimentaban los y las participantes:

<http://www.easp.es/cuestionarios/index.php?sid=77819&lang=es>

Aplicación del cuestionario

Se utilizó el cuestionario mencionado para medir las actitudes de los jóvenes sobre la enfermedad mental. Se aplicó a los adolescentes participantes en tres momentos: antes de la sesión educativa, inmediatamente después y transcurridos 1-2 meses (aunque la disminución

del porcentaje de respuesta en ésta última aplicación del cuestionario no permite un análisis de los datos).

En cada ocasión se contactó con el equipo del centro y se acordaron las fechas en las que el propio equipo educativo, normalmente tutor/tutora del curso dedicaba parte de su hora lectiva a la pasación del test On Line.

El procedimiento es sencillo, se accede a él a través de un enlace, el alumnado accede y cumplimenta el cuestionario, en alrededor de 5 minutos.

Las instrucciones que siguen para ello son las más básicas posibles y se especifica que no se incida mucho en el propósito del mismo.

Análisis de datos del cuestionario

Se realizó un análisis estadístico comparativo de la situación de partida y tras la intervención en la sesión de sensibilización, basado en el apareamiento de las dos primeras observaciones de la misma muestra, realizando un test de diferencia de medias (T-student para muestras independientes).

Se trata de un análisis de diferencia de medias, para muestras apareadas. Usando el código de apareamiento, se depuró la información para analizar posteriormente las respuestas de los sujetos de los que se disponía al menos de dos pasaciones del test, una antes y otra después de la sesión. Aquellas entradas del cuestionario cuyo código no casa exactamente con ningún otro, es descartado.

2. Realización de las Sesiones Educativas del Proyecto “Lo Hablamos. Sensibilización en las aulas sobre salud mental”

Las sesiones educativas se llevaron a cabo de forma idéntica en los IES seleccionados en el grupo de intervención, respetando el manual para el desarrollo de la sesión. Este manual está disponible en versión descargable en el sitio Web de la Estrategia 1 de cada 4:

<http://www.1decada4.es/adolescenciayestigma/lohablamos>

3. Entrevista semiestructurada

Esta información permite explicar con mayor profundidad los resultados obtenidos del análisis cuantitativo y saber de manera más específica qué se ha modificado como consecuencia de la intervención de la sesión; además facilita la identificación de determinantes que permiten mejorar la acción formativa, un mejor ajuste al grupo destinatario y en última instancia la elaboración de acciones formativas más efectivas en la sensibilización de jóvenes de este grupo de edad sobre la salud mental.

Las entrevistas se llevaron a cabo según guión de temas y con preguntas abiertas (Ver Anexo 6. Guión de la entrevista). El guión se perfiló atendiendo a las dimensiones de análisis y fue elaborado por el equipo investigador. Estas dimensiones están presentes en los contenidos abordados en las actividades integradas en la programación de la sesión de sensibilización.

- Elemento cognitivo del estigma (estereotipos e ideas erróneas): percepción de diferencias entre enfermedad mental y enfermedad física, Ideas estereotípicas: Violencia, peligrosidad, Imprevisibilidad, falta de tolerancia al estrés, falta de recuperación, creatividad, etc.
- Elemento emocional del estigma (prejuicios, emociones, sentimientos): Miedo, temor, burla, antipatía, desprecio, etc.
- Elemento conductual del estigma (Discriminación): propensión a mostrar conductas discriminatorias (estar en la misma clase, ser amigo/a, sentarse al lado, ir a visitarlo/la al hospital/enamorarse) y distancia social percibida dentro del grupo de amigos, familia, vecinos, entorno escolar.

Posteriormente se ha realizado un análisis de contenido sintáctico y semántico del contenido. Se han diferenciado los discursos atendiendo a la variable sexo de los/las participantes. (Ver Anexo 5. Códigos identificativos de las personas entrevistadas).

La recogida de información cualitativa con carácter individual se llevó a cabo 1 a 2 semanas después de la realización de la sesión educativa con la finalidad de que los y las participantes hubieran asimilado y acomodado el aprendizaje de los nuevos contenidos adquiridos en la sesión. Las entrevistas se llevaron a cabo en un aula independiente, garantizando la

confidencialidad y creando un ambiente con condiciones óptimas para su desarrollo. Fueron grabadas en audio-digital previo consentimiento de la persona entrevistada.

El alumnado a entrevistar fue seleccionado por el profesorado, habiendo especificado previamente que estos no se debían encontrar en ninguno de los extremos de desarrollo académico, es decir, ni los alumnos con calificaciones generales superiores ni inferiores.

Como criterios de exclusión se consideraron tanto la no cumplimentación del cuestionario (fase cuantitativa) como no haber participado en la sesión de sensibilización.

Limitaciones

Hay que tener en cuenta que existen ciertas limitaciones ligadas al papel del moderador/moderadora. Este estudio no toma en consideración el papel que podría desempeñar la moderadora de la sesión educativa, pero sí que trata en lo posible de convertirlo en una variable neutra, ya que se trata de la misma persona quien lo impartió en todos los centros. Las habilidades docentes podrían tener un impacto en el aprendizaje derivado de la sesión. El proyecto “Lo hablamos. Sensibilización sobre la salud mental en las aulas”, de cara a garantizar la calidad de la intervención y su implantación en todos los centros de educación secundaria y a la vez para ayudar a modular el papel del moderador, se lleva a cabo tras sesiones de formación de formadores y formadoras, donde se puedan adquirir las habilidades y técnicas que permitan el desarrollo de la sesión lo más ajustado posible a la consecución de los objetivos. Además, la sesión educativa se lleva a cabo mediante el uso de un manual muy estructurado, en el que cada actividad está claramente definida, explicada, y cuenta con unas “notas para el /la moderador/moderadora” que ayudan a su desarrollo y puesta en práctica.

Por otro lado, existen otras limitaciones ligadas al uso de metodología cualitativa y concretamente a la entrevista en profundidad. La elección de utilización de metodología cualitativa no permite realizar inferencias de los resultados, pero las opiniones en profundidad obtenidas mediante entrevista sobre los cambios en las percepciones acerca de la salud mental, la propia y la ajena, le otorgan a la sesión de sensibilización un impacto que permite comprender mejor todos los aspectos relacionados con el bienestar mental y los problemas que origina el estigma que pesa sobre la enfermedad mental.

Resultados

A continuación se muestran el total de participantes por sexo que respondieron al cuestionario, tanto del grupo experimental como del grupo control.

	Grupo control	Grupo intervención	Total
Hombres	38	56	94
Mujeres	41	50	91
Total	79	106	185

Del total de Institutos de Enseñanza Secundaria, se realizaron entrevistas en profundidad en 6 de ellos, realizando un total de 15 entrevistas. Su distribución en base al sexo de los/as participantes y al ámbito poblacional se muestra en la siguiente tabla:

Ámbito	Sexo		Total Participantes
	Mujer	Varón	
Urbano	1	1	2
Rural	6	7	13
Total	7	8	15

A continuación se presentan los resultados dando respuesta a cada uno de los objetivos planteados en este estudio.

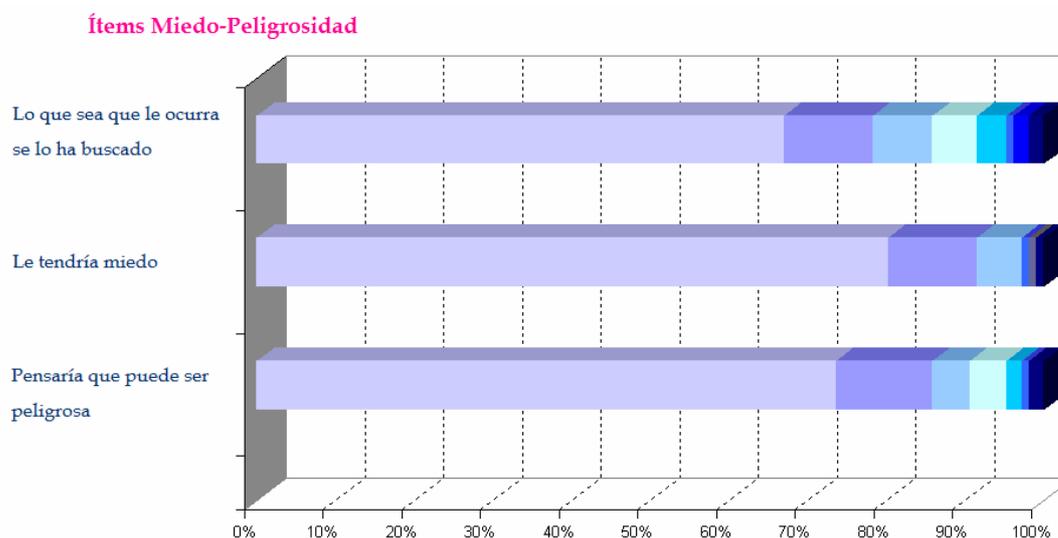
Objetivo 1:

Analizar las creencias de partida de la población adolescente con respecto a la enfermedad mental: sus conocimientos y actitudes hacia las personas que la padecen y cómo se relacionan o se relacionarían con alguien de su entorno que la padeciera

Al realizar el análisis estadístico, uno de los resultados más relevantes es que la situación de partida de los y las participantes con respecto a la enfermedad mental es poco estigmatizante.

Si se observa la gráfica 1, correspondiente a los “Datos antes de la sesión, trastorno del estado del ánimo” a la pregunta de “Le tendría miedo”, un 80,19% dice estar **nada de acuerdo** con esa afirmación. De la misma manera, preguntados sobre si “Pensaría que puede ser peligrosa” el porcentaje que se muestra nada de acuerdo es de **73.6%**.

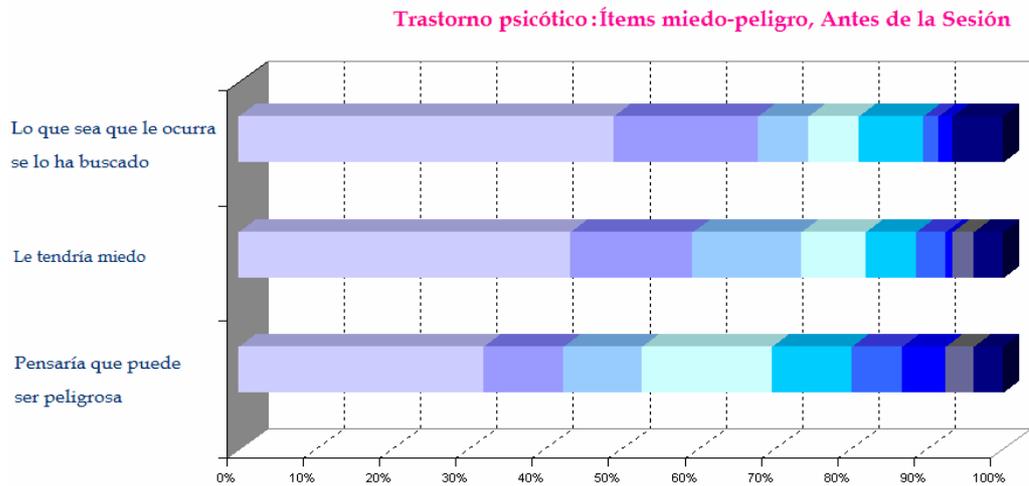
Gráfica 1. Resultados antes de la sesión. Trastorno del Estado de Ánimo.
Ítems: “lo que sea que le ocurra se lo ha buscado” “Le tendría Miedo” “Pensaría que puede ser peligrosa”



En el Trastorno psicótico es un 44,34% quienes dicen no estar Nada de Acuerdo con “Le tendría miedo”. Es decir, es un 30% menos de respuesta que para el trastorno del estado del ánimo. Para observar si se trata de una tendencia muy acusada hacia un cambio en la respuestas, se toman los porcentajes de respuesta hasta la puntuación 3 (de la escala total de 9 puntos): Si se aglutina la respuesta desde 1 (nada de acuerdo) hasta 3, ese porcentaje aumenta hasta el **76.4%**. En el lado contrario, si se suman las respuestas con 7, 8 y 9 puntos (totalmente de acuerdo) el porcentaje sería 10.4%. Aunque el trastorno psicótico, provoca más miedo, la tendencia es hacia puntuaciones más cercanas a 1 (no rechazo) y es un porcentaje pequeño de participantes el que se muestra reacio/a al trato con ellos/as.

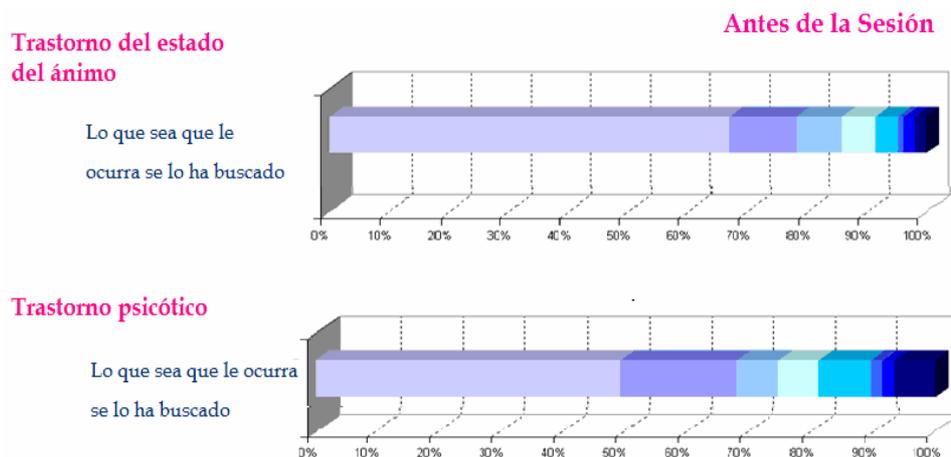
Este dato viene reforzado por la respuesta a “Pensaría que puede ser peligrosa”, ya que el porcentaje que se muestra nada de acuerdo es de 73.58%. Si se tienen en cuenta las respuestas de 1 a 3, este porcentaje sube hasta el 90.5%. Ver Gráfica 2

Gráfica 2. Antes de la sesión. Trastorno psicótico. Ítems sobre Miedo-Peligro



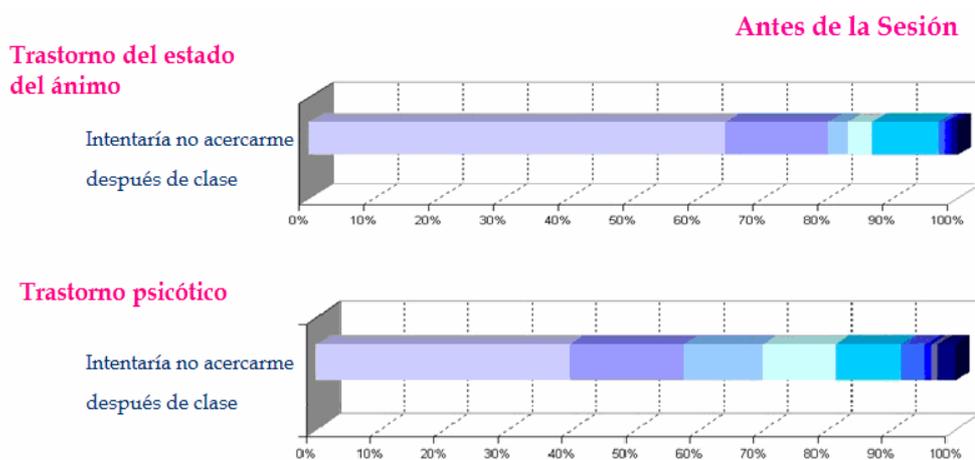
Con respecto a la responsabilidad, medido en el ítem “Lo que sea que le ocurra se lo ha buscado”, tanto en trastorno del estado del ánimo como en el trastorno psicótico, aglutinando las respuestas de 1, 2, 3, el porcentaje asciende al **85.8% y 74.5%** respectivamente.

Gráfica 3. Resultados Antes de la sesión, Trastorno del estado del ánimo y Psicosis. Respuestas al Ítem: Lo que sea que le ocurra se lo ha buscado



Finalmente la gráfica 4 muestra los resultados Antes de la sesión, para ambos casos, respecto al ítem: “Intentaría no acercarme después de clase”, que mide la distancia social, la respuesta (de nuevo aglomerando las respuestas de 1 a 3) fueron 83% para el trastorno del estado de ánimo y 69.8% en la psicosis.

Gráfica 4. Resultados Antes de la sesión, Trastorno del estado del ánimo y Psicosis. Ítem: Intentaría no acercarme después de clase



Como refleja la literatura, las respuestas son menos estigmatizantes para el trastorno del estado de ánimo que para el trastorno psicótico. Este resultado guarda coherencia con lo hallado en todo el análisis de datos.

Objetivo 2:

Valorar los cambios que se producen en la reducción de estereotipos, prejuicios y propensión a mostrar conductas discriminatorias hacia la enfermedad mental, analizando los componentes del estigma y cómo se relacionan y retroalimentan entre ellos en esta población

Para dar respuesta a este objetivo, en primer lugar se realizó un análisis de diferencia de medias para todos los ítems en el grupo de intervención. La tabla 1 muestra la visión general de los datos: contiene la media de puntuaciones antes de la sesión, la media después de la

sesión, diferencia de medias, significación y finalmente, se especifica si las puntuaciones mejoran (fueron positivas) o empeoran (Fueron diferencia de medias negativa).

Tabla 1. Diferencia de medias para el Grupo de Intervención.

Tabla 1. Diferencia de medias. Grupo de intervención					
Trastorno del estado del ánimo	Media Antes de la sesión	Media Tras la sesión	Diferencia	Significación estadística	Mejora/empeora
<i>Me daría pena</i>	6.575	6.509	0,066	NO	Mejora
<i>Pensaría que puede ser peligrosa</i>	1.632	1.991	-0,358	SI	Empeora
<i>Le tendría miedo</i>	1.415	1.594	-0,179	NO	Empeora
<i>Lo que sea que le ocurra se lo ha buscado</i>	1.896	2.151	-0,255	NO	Empeora
<i>Debería estar en un colegio especial</i>	1.821	2.585	-0,764	SI	Empeora
<i>Me molestaría que estuviese en clase conmigo</i>	1.934	2.094	-0,160	NO	Empeora
<i>Si necesitara ayuda con sus deberes, le ayudaría</i>	6.613	6.434	0,179	NO	Empeora
<i>Intentaría no acercarme después de clase</i>	1.925	2.613	-0,689	SI	Empeora
Trastorno psicótico					
<i>Me daría pena</i>	5.887	6.000	-0,113	NO	Empeora
<i>Pensaría que puede ser peligrosa</i>	6.472	3.170	0,302	NO	Mejora
<i>Le tendría miedo</i>	2.708	2.642	0,066	NO	Mejora
<i>Lo que sea que le ocurra se lo ha buscado</i>	2.594	2.434	0,160	NO	Mejora
<i>Debería estar en un colegio especial</i>	3.340	3.368	-0,028	NO	Empeora
<i>Me molestaría que estuviese en clase conmigo</i>	2.632	2.453	0,179	NO	Empeora
<i>Si necesitara ayuda con sus deberes, le ayudaría</i>	5.491	5.679	-0,189	NO	Mejora
<i>Intentaría no acercarme después de clase</i>	2.717	3.113	-0,396	NO	Empeora

NOTA* En color rosa aparecen marcados los datos que fueron estadísticamente significativos.

La mayoría de los cambios que se observan en el grupo de intervención son diferencias mínimas de la media, inferiores a 1 punto (teniendo en cuenta que los ítems han sido medidos en una escala de acuerdo del 1 al 9 siendo 1 = Nada de acuerdo y 9 =Totalmente de acuerdo).

De estas diferencias, se mostraron estadísticamente significativas las relativas a la **sensación de peligro**, la necesidad de **estar en un colegio especial** y la sensación de **evitar a la persona**,

ésta sólo en el trastorno del estado del ánimo. En el trastorno psicótico, mejoran los elementos relativos a la **peligrosidad, responsabilidad y ayuda**, aunque estos no resultan significativos.

Cambios hallados analizando los componentes del estigma y cómo se relacionan y retroalimentan entre ellos en esta población.

Elemento cognitivo del estigma (estereotipos e ideas erróneas): percepción de diferencias entre enfermedad mental y enfermedad física, Ideas estereotípicas: Violencia, peligrosidad, Imprevisibilidad, falta de tolerancia al estrés, falta de recuperación, creatividad,...

Para analizar la información estadística que dé respuesta a la variable cognitiva del estigma se analizó el ítem *“Debería estar en un colegio especial”*.

Tabla 2. Ítem *“¿Debería estar en un colegio especial?”* Trastorno del estado del ánimo y trastorno psicótico. Resultados Antes-Después de la sesión. Diferencia de medias y Significación

Ítem: <i>Debería estar en un colegio especial</i>	Media Antes de la sesión	Media Tras la sesión	Diferencia	Signifs.
Trastorno del estado del ánimo	1.821	2.585	-0,764	SÍ
Trastorno psicótico	3.340	3.368	-0,028	NO

La media de respuesta en el Trastorno del estado del ánimo es más cercana a Nada de acuerdo que en el 2 (**1.821 frente a 3.34**). Pero ninguna de las puntuaciones mejoró tras la sesión. Para analizarlo con más detalle, se convirtieron las puntuaciones a porcentajes (ver tabla 2-bis) y se tuvieron en cuenta las respuestas desde 1 hasta 3 (sobre escala likert de 9 puntos) para ver si el cambio negativo es muy acusado.

Tabla 2, Bis.

Ítem *“¿Debería estar en un colegio especial?”* Trastorno del estado del ánimo y Trastorno psicótico. Porcentajes de respuesta teniendo en cuenta las puntuaciones de 1 a 3.

	Porcentajes de respuesta Antes de la sesión (de 1 a 3)	Porcentajes de Respuesta Después de la Sesión (de 1 a 3)
Trastorno del Estado del Ánimo	85,85%	76,42%
Trastorno Psicótico	63,21%	62.26%

En el Trastorno del estado del ánimo, se puede observar que a pesar de que los datos no mejoraron, las puntuaciones eran y se mantienen altas tras la sesión; 76,42% en el trastorno del estado del ánimo y 62.26% para el trastorno psicótico.

En el discurso de las personas entrevistadas se puede profundizar más en las cuestiones que se han encontrado en el análisis de los datos.

Un dato fundamental a destacar es el hecho de que los discursos emitidos por la mayoría de los/as participantes **giran en torno a una enfermedad mental en concreto**. De esta manera, a pesar de que las preguntas se formularon de manera general, muchos/s de los/as participantes contestaron tomando como base una única enfermedad mental, normalmente aquella sobre la que parece poseen mayor información, aunque ésta esté sesgada.

Además, cabe mencionar que **algunas de estas enfermedades que los/as participantes asumen como referenciales, no son mentales**.

Las personas entrevistadas manifiestan que uno de sus principales temores se presenta ante la posibilidad de no vaticinar cómo puede reaccionar una persona con enfermedad mental. Esta falta de previsibilidad que perciben les provoca miedo ante la posibilidad de una conducta agresiva.

De este modo, se puede observar que ante un caso hipotético de cercanía con una persona con enfermedad mental, mantienen **ideas estereotípicas de violencia, peligrosidad e imprevisibilidad**. Cabe destacar que se han encontrado diferencias en función del sexo de los/as participantes ya que la mayor parte quienes opinaron en esta línea se trataba de mujeres.

Pues, no sé, como no sé cómo va a actuar. Porque como no lo conozco y no sé lo que va hacer. Si lo conozco y se como va a actuar pues estaría como una persona normal, pero como no lo conozco pues no sabría como actuaría... se puede volver loco. M. 06

Me haría sentir un poco inseguridad pero podría convivir. Porque saldré a la calle y si algún día se le tuerce las ideas. H. 02

...Me da miedo...Cuando se meten con él en el colegio, él se vuelve agresivo y loco. M. 04

Pues según la enfermedad que tenga te puede hacer algo o no, si está mal de la cabeza o algo te puede hacer algo. Pero si te llevas bien con él no tiene por que hacerte nada.
M. 03

Por otro lado, informan que las personas con enfermedad mental **pueden tener una menor tolerancia a situaciones de estrés** debido a que “les afectan más las cosas”. Ante esta circunstancia consideran que la respuesta social adecuada es la de ofrecer mayor ayuda.

Si, yo creo que sí le pueden afectar los exámenes. Porque tienen más emociones, le llegan más las cosas...Yo creo que a ellos les afectan más las cosas, porque si a ti te dicen algo preguntas algo y te dicen no, pues te da igual a veces. Pero a ellos si les dices no, pues a lo mejor le afectan más y se ponen tristes. M. 07

No, porque a mí me da igual que tenga una enfermedad mental. No hay que excluirla porque tenga una enfermedad mental, le tienes que hacer más caso. Porque las cosas les afectan más. M. 03

Hombre, yo que me suelo estresar bastante, pues pienso que sí. Yo creo que si le puede afectar, le puede afectar a tener más estrés todavía. H. 08

Yo creo que sí, que a lo mejor se estresa con más facilidad. Porque a lo mejor no tiene tanto aguante para tantos días de estudio. H. 07

Yo creo que sí le afectan más los estudios, no es lo mismo una persona normal que una persona que a lo mejor sea como autista, necesita el apoyo de otras personas. H. 03

Así mismo, algunos/as de los/as estudiantes opinan que debido a esta mayor susceptibilidad ante el estrés, **se torna necesaria una educación que lo tenga en consideración**. De este

modo, se identifica la falsa creencia centrada en la menor capacidad de las personas con enfermedad mental.

Claro, deberían tener una educación especial para ellos porque pueden tener más problemas a la hora de... Yo creo que la presión de los estudios le podría afectar. Podrían abandonar los estudios por esta presión, que dejara de estudiar y de poner interés. H. 02

Pues no, tiene las mismas cosas que nosotros. Pero a la hora de hacerlo, le tienen que poner las cosas más fáciles. H. 06

En ocasiones, la creencia de que las personas con enfermedad mental poseen una menor tolerancia al estrés viene dada, una vez más, por la confusión con distintas enfermedades que no entran dentro de la categoría de mental.

Hombre, depende de la enfermedad que tenga. No sé, el Síndrome de Down sí tiene que afectarle más. M. 04

En esta línea, cuando se les preguntó sobre qué tipo de enfermedades mentales conocían, algunas de las personas entrevistadas acertaron en nombrar una o varias de ellas, **siendo las más nominadas la anorexia, la bulimia, la depresión y el Alzheimer.**

La anorexia, la bulimia... H. 03

Anorexia, bulimia y no me acuerdo de más. M. 07

La esquizofrenia. M. 03

Pues Alzheimer, ya no me acuerdo de más. Es que había muchas. M. 03

Alzheimer. H. 02

El autismo, la depresión... es que ahora no. H. 03

Depresión, no sé. H. 07

Con los elementos de discurso emitidos en esta pregunta, fue posible identificar más concretamente las enfermedades de origen genético que algunos/as entrevistados/as incorporan dentro del grupo de enfermedades mentales. Se observa que es **el síndrome de down** la enfermedad que con mayor **frecuencia clasifican como mental**.

En algunos casos, las personas entrevistadas únicamente agregaban una enfermedad no mental dentro de un listado correcto bien clasificado. En otros casos, la única enfermedad que afirman conocer como mental no puede considerarse como tal.

¿Pero la anorexia y bulimia son mentales?

¿Por qué piensas que son físicas?

La anorexia, porque te vas quedando cada vez más delgada. M. 04

Esquizofrenia, síndrome de down. ¿El Alzheimer es una enfermedad mental? H. 02

Conozco las que están más de moda en los adolescentes, son la anorexia, la bulimia, el síndrome de down, esquizofrenia. M. 02

Alzheimer, parkinson, anorexia, bulimia, no sé, sé que hay más. H. 08

Conozco a Mario aquí en el colegio. De manera más cercana, Sergio que era como un niño pequeño, tenía 19 años pero como si fuera un crío. Y me abuelo murió hace poco con Alzheimer. M. 03

No, sólo conozco de verlos por la calle, con síndrome de down y cosas así. M. 04

Sí, mi vecino, que es autista y no sé mi hermana se llegó a tomar... porque tenía anemia pero ya hace tiempo. H. 03

Pues no me acuerdo. Me suena la parálisis cerebral. H. 01

Un menor número de estudiantes opinan que una vez que se padece una enfermedad mental, aunque ésta mejore, siempre permanece en la persona un resquicio de la enfermedad de manera latente. De manera aislada, uno de los entrevistados se decanta radicalmente por la imposibilidad de mejora de este tipo de enfermedades.

Eso ya dependiendo, porque tú puedes tener una enfermedad mental y que con el tiempo pues se vaya haciendo más pequeña que a lo mejor te quede algo pero puedas razonar por ti mismo. Pero hay otra que son de nacimiento y no pueden mejorar. No sé pues también que a lo mejor tú naces bien pero ocurre algo en tu vida, a ver una depresión...no sabes lo que hacer, tienes que depender de otra persona que te ayude y después poco a poco sales de la depresión...Era como... tú puedes seguir pero tienes ahí que has pasado una depresión. Y eso queda. M. 06

Yo creo que siempre quedar un resto de algo, no soy experto pero es mi opinión. H. 02

Yo creo que no, que van a seguir siendo así, yo lo pienso así. H. 06

Cuando se les preguntó sobre su posible reacción ante la noticia de haber sido diagnosticados de una enfermedad mental, las personas entrevistadas coincidieron en **la idea de “no poder creérselo”**. De esta manera, verbalizan que sería una noticia incierta debido a la falta de sintomatología previa.

Se observa, de este modo, una vez más, **la creencia de que existen diferencias entre las personas que padecen una enfermedad mental y las que no**, diferencias que objetivamente pueden distinguirse de manera externa durante el desarrollo de la misma.

No sé, estaría como pensando... “yo estaba bien”, no sabría lo que ha pasado para desarrollar una enfermedad mental. M. 06

No veas, sería un marrón porque pensaría... “yo estaba bien” y sería un choque. H. 02

(...) si de pronto me dicen que tengo un enfermedad mental, diría no me lo creo, no me lo imagino. Puede que tenga alguna, pero yo de momento no me la noto. Y si me dicen tienes una enfermedad mental, primero no me lo creería...H. 08

En esta línea, uno de los entrevistados informa que junto a la falta de creencia ante el diagnóstico conviviría en él la idea de que sus familiares le han ocultado la situación. Explícitamente verbaliza que se trata de enfermedades de tipo hereditario, dando a entender de ese modo la idea de que son de base genética y, por lo tanto, imposibles de modificar.

Muy impactado, pues no me lo creería, que me lo han estado ocultando todo el tiempo y me sentiría muy mal...como puede pasar a ser hereditario...H. 05

Por otro lado, una de las personas entrevistadas reflexiona sobre la inevitable aparición del estigma social a raíz del diagnóstico de una enfermedad mental. Su temor se centra en las consecuencias directas del estigma: el abandono de tus iguales. Pero cabe mencionar que al

mismo tiempo es de la opinión de que no existen cambios visibles en la persona que tiene una enfermedad mental cuando ésta está tratada.

A lo mejor la enfermedad cuidándola y eso, es como si estuvieras bien, no se nota nada. Pero ya tienes la etiqueta y que tiene una enfermedad mental y los amigos no te tratan bien y eso. H. 03

- **Elemento emocional** del estigma (prejuicios, emociones, sentimientos): Miedo, temor, burla, antipatía, desprecio, etc.

Para explorar el componente emocional se analizan tres ítems, referidos a la pena, la peligrosidad y el miedo.

Como se observa en la tabla 3, el ítem sobre peligrosidad mejoró tras la sesión para el trastorno del estado del ánimo.

Tabla 3. Trastorno del estado del ánimo y Psicosis. Ítems: "Me daría pena", "Pensaría que puede ser peligrosa", "Le tendría miedo"

	Media	Desviación standard	T	Sig
Trastorno del Estado de Ánimo				
<i>Me daría pena</i>	0,066	2,792	0,244	0,808
<i>Pensaría que puede ser peligrosa</i>	-0,358	1,774	-2,081	0,040
<i>Le tendría miedo</i>	-0,179	1,750	-1,054	0,294
Trastorno Psicótico				
<i>Me daría pena</i>	-0,113	2,993	-0,389	0,698
<i>Pensaría que puede ser peligrosa</i>	0,302	2,948	1,054	0,294
<i>Le tendría miedo</i>	0,066	2,447	0,278	0,782

Este dato aporta de nuevo información acerca de la especificidad de un estigma para cada enfermedad.

El análisis de la información cuantitativa al comparar ambos casos permite saber que:

- El trastorno del estado del ánimo, les suscita **más pena** que el trastorno psicótico.
- Por otra parte, el Trastorno psicótico les parece que puede resultar **más peligroso**.

- En consonancia, también les produce **más miedo**
- Piensan además que lo que sea que les ocurre, **se lo han buscado**
- También es mayor la media de participantes que opinan que **debería ir a un colegio especial**
- Les molestaría más tenerles en clase. Y sin embargo les ayudarían más con los deberes (marcando con ello menor distancia social)
- Pero los evitarían más (marcando mayor distancia social)

El componente emocional del estigma es realmente complejo y como se ve a continuación en el análisis de las entrevistas en profundidad, genera opiniones contrapuestas incluso en la misma persona.

Una parte de las personas entrevistadas **afirman sentirse exactamente igual** tanto en un entorno con personas con enfermedad mental como en uno sin ellas.

No obstante, hay que tener en cuenta que en los discursos de algunas de las personas que verbalizaron sentirse así, se denotan ideas estigmatizadas tales como que a las personas con enfermedad mental hay que ayudarlas más que al resto.

Y si fuera tu vecino, ¿cómo te sentirías?

No, porque a mí me da igual que tenga una enfermedad mental, no me hace sentir diferente. No hay que excluirla porque tenga una enfermedad mental, le tienes que hacer más caso. Porque las cosas les afectan más. M. 07

Si la tuvieras de compañera al lado, ¿te afectaría de alguna manera?

No, no me sentiría diferente. Si la tuviera al lado, la ayudaría si no entendiese algo, o hablar de los amigos y eso. M. 02

¿Lo elegirías para trabajar en grupo?

Sí, porque si yo soy una de las que quiero ayudar, y la gente dice “no me voy a poner con esa porque se van a reír de mí”. Yo me pondría porque a mí me da igual. M. 06

Una de las personas entrevistadas manifiesta sentirse bien en su relación con un vecino que padece una enfermedad mental. Su discurso posterior muestra coherencia con esta afirmación, aunque en algunas ocasiones, tal y como se señala, se observa la creencia de que las personas con enfermedad mental tienen menor capacidad por lo que están necesitadas de mayor ayuda.

¿Te importaría que alguien con enfermedad mental fuera tu vecino/a?

Tengo un vecino. Me hace sentir bien. Me llevo bien con él. Cuando yo voy a jugar al fútbol, y él sale y viene a por mí y me dice no juegues. Me llevo muy bien con él. Si sale yo hablé con él, es igual que yo (...) A estas personas hay que ponerle las cosas más fáciles. H. 05

Otra de las personas entrevistadas también afirma sentirse igual relacionándose de manera cercana con una persona que tiene una enfermedad mental. Posteriormente, comenta el caso de una compañera suya que padece anorexia y manifiesta sentimientos tales como el miedo, sentimiento que más bien parece estar generado por el temor a que corra peligro su vida debido a la inanición.

No, me sentiría igual (...) Pues yo tenía miedo, porque ella pensaba en su cuerpo, en vez de pensar en otra cosa y dejaba de comer y eso (...) Intentaba decirle que comiese más, que eso lo podía superar. M. 07

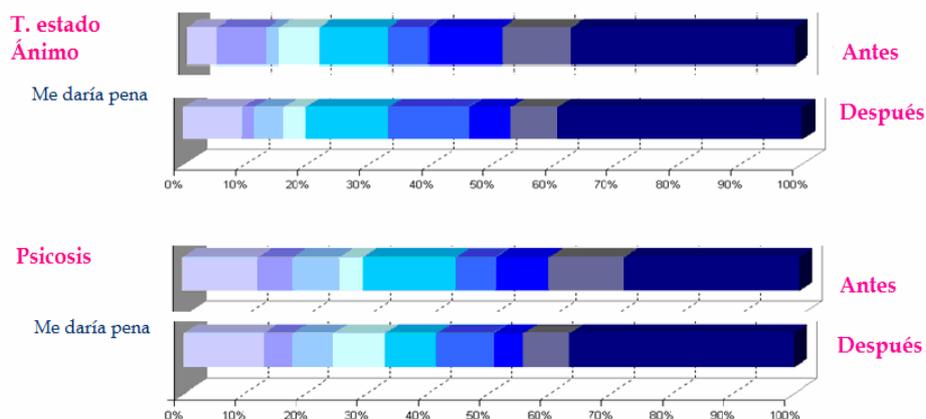
En ocasiones, **sentimientos como la pena entran a formar parte** en la hipotética relación de un alumno con una persona con enfermedad mental. A pesar de que este alumno también comenta “no sentirse de ninguna forma especial” ante una persona con enfermedad mental, posteriormente manifiesta haber sentido “penilla” ante la ayuda solicitada por esta persona.

Tras su discurso parece existir una confusión sobre el tipo de enfermedad mental del estudiante ayudado en cuestión.

No me hace sentir de ninguna manera, es como si fuese otro vecino más (...) Pues primero, me daría un poco de penilla. Aquí en el IES hay un chico deficiente y el otro día me lo encontré y me dijo ¿me puedes bajar la mochila para abajo? Y me da penilla, yo le bajé la mochila. H. 08

El caso de la **pena** de nuevo resulta una variable que se comporta de manera particular. Como ya ocurriera en estudios previos, los y las participantes hablan de la pena como un concepto que va mezclado con compasión, empatía, necesidad de ayuda y su reflejo en el análisis estadístico es que, si vemos las puntuaciones representadas en una gráfica, encontramos que es la respuesta más diseminada. (Gráfica 5)

Gráfica 5: Ítem “Me daría pena”. Resultados antes y después de la sesión. Trastorno del estado del ánimo y Psicosis



Por otro lado, otro grupo de estudiantes, ante la idea de compartir el espacio del aula junto a una persona con enfermedad mental, verbaliza de manera abierta tener **sentimientos tales como el miedo, la pena e inseguridad**.

Este tipo de prejuicios viene determinado, en el caso del miedo o la incertidumbre, por la posibilidad de que la persona pueda descontrolarse o “volverse loca”. Cuando el sentimiento que aparece es la pena, está motivado por la desgracia que opinan que supone padecer una enfermedad mental, así como por la posible respuesta social discriminatoria manifestada por el resto de compañeros/as.

Pues tendría miedo a lo que vaya hacer, miedo a que le de un ataque o algo de eso y se vuelva todo loco. M. 06

Pues bueno a veces, ha habido casos de miedo porque se descontrola un poco, pero otra cosa nada. H. 05

Me haría sentir un poco inseguridad pero podría convivir. Porque saldré a la calle y si algún día se le tuerce las ideas... Pues me daría un poco de pena, porque ha tenido una desgracia, una enfermedad. H. 02

*No sé, a lo mejor me daría un poco de **pena**, porque algunos compañeros de clase que no aceptan, y dicen tiene una... y dicen déjala. M. 07*

En el caso de que un **familiar** cercano fuera diagnosticado de una enfermedad mental, algunos/as de los/as entrevistados/as **verbalizan que su relación no cambiaría, aunque consideran que, ante la nueva situación, deberían dedicar más tiempo a ayudar a su familiar**. Tal y como comentan, ante esta circunstancia, se sentirían impactados y les “daría cosilla”. Del mismo modo, perciben que esta situación puede generar inconveniencias a distintos miembros de la familia.

Me daría cosilla, pero bien. Le ayudaría porque es de mi familia. Mi relación sería igual o mejor. H. 04

Es difícil de pensarlo, porque piensas familiar, un problema. H. 02

Un poco impactado. Se dice que puede pasar a ser hereditario y quizás tuviera alguien más un problema, alguien más de la familia. Yo le ayudaría, más que nada porque es mi familiar. No creo que mi relación cambie porque es lo mismo que otra persona. H. 05

Ya me has dicho que había alguien de tu familia cercana con enfermedad mental ¿Tú crees que la relación cambió?

Yo creo que se preocupaban más por ella, porque podía volver a ocurrir lo mismo una vez que se haya recuperado. M. 07

Como se puede ver, el temor a que este tipo de enfermedades sean hereditarias y que, por lo tanto, les pueda afectar, es otro de los elementos presentes en sus discursos.

Cuando se abordó la posibilidad de que ellos/as pudieran padecer una enfermedad mental las personas entrevistadas **informan que, ante todo, les invadiría un sentimiento de temor ante el probable rechazo de sus iguales.**

De este modo, se observa que existe una reflexión en torno a la envergadura del estigma social que las personas con enfermedad mental padecen. En sus discursos, **el temor a sufrir dicho estigma parece superar al temor mismo del padecimiento de la enfermedad.**

Yo es que no sé, me daría vergüenza por si me rechazan. M. 07

Hombre, me sentiría mal, sobre todo por el trato de la gente, porque a lo mejor te rechazan. H. 03

Me daría miedo a que se metieran conmigo. H. 01

Uff, hombre, mal, porque temo que mis amigos de toda la vida me aislen. Sobre todo por la gente, sé que las personas que me quieren van a estar ahí. Hombre si veo que la gente me aísla yo estaría como autista. A veces positiva, a veces negativa. M. 02

Pues digo yo, con miedo a ver cómo la gente reacciona conmigo. Si tengo buenos amigos estarían conmigo a mi lado, si tengo malos amigos me daría de lado. Y con vergüenza, a que en los pasillos del instituto te digan mira esa tiene una enfermedad mental. M. 04

Mal, porque a lo mejor no te lo esperas y te viene de sopetón. Con miedo a que la gente me puede dejar de lado. H. 04

Y me sentiría un poco menos capaz de las cosas, por el caso de buscar trabajo de decir yo tengo un problema. H. 05

- **Elemento conductual** del estigma (Discriminación): propensión a mostrar conductas discriminatorias (estar en la misma clase, ser amigo/a, sentarse al lado, ir a visitarlo/la al hospital/enamorarse) y distancia social percibida dentro del grupo de amigos, familia, vecinos, entorno escolar.

El análisis de ítems que miden distancia social permitió hallar los siguientes resultados:

La sesión de nuevo no consiguió mejorar significativamente y de manera positiva las respuestas. De hecho, los ítem “debería estar en un colegio especial” e “Intentaría no acercarme después de clase” en el trastorno del estado del ánimo, obtuvieron significación estadística, pero el cambio se produjo en sentido negativo. El resto de datos se comporta de manera heterogénea, mejorando algunos resultados tras la sesión, pero sin resultar significativos.

Tabla 5: Ítems referidos a distancia social. Trastorno del estado del ánimo y Trastorno psicótico. Desviaciones de media.

	Diferencia de medias. Grupo de intervención			
	Media	Desv standr	T	Sig
Trastorno del Estado de Ánimo				
<i>Debería estar en un colegio especial</i>	-0,764	2,762	-2,848	0,005
<i>Me molestaría que estuviese en clase conmigo</i>	-0,160	2,492	-0,662	0,509
<i>Si necesitara ayuda con sus deberes, le ayudaría</i>	0,179	2,472	0,747	0,457
<i>Intentaría no acercarme después de clase</i>	-0,689	2,420	-2,930	0,004
Psicosis	Media	Desv standr	T	Sig
<i>Debería estar en un colegio especial</i>	-0,028	3,443	-0,085	0,933
<i>Me molestaría que estuviese en clase conmigo</i>	0,179	2,417	0,763	0,447
<i>Si necesitara ayuda con sus deberes, le ayudaría</i>	-0,189	2,925	-0,664	0,508
<i>Intentaría no acercarme después de clase</i>	-0,396	2,475	-1,648	0,102

Los resultados estadísticos referidos al ítem “Si necesitara ayuda con sus deberes, le ayudaría” nos muestran que en el Trastorno del estado del ánimo las puntuaciones empeoran tras la intervención, pero en el Trastorno psicótico mejoran, aunque en ninguno de los dos casos los datos fueron significativos. Las puntuaciones de nuevo son menos estigmatizantes en el trastorno del estado del ánimo.

Tabla 6: Ítem “Si necesitara ayuda con los deberes, le ayudaría” Diferencias Antes-Después de la Sesión.

	Media Antes	Media Después	Diferencia Medias	Porcentaje Respuestas (7 a 9) Antes de la Sesión	Porcentaje respuestas (7 a 9) Después de la Sesión
Trastorno del estado del ánimo					
<i>Si necesitara ayuda con sus deberes, le ayudaría</i>	6.613	6.434	0,179	60,38%	57,55%
Trastorno psicótico					
<i>Si necesitara ayuda con sus deberes, le ayudaría</i>	5.491	5.679	-0,189	42,45%	47,17%

La vertiente conductual del estigma es la más evidente y visible. Se aportan en la tabla 6, dada la falta de significación estadística, porcentajes de respuesta que aglutinan las puntuaciones entre 7 y 9 (hasta **totalmente de acuerdo**) en la escala likert de 9, que aporten más información.

Como se ve, en el Trastorno del estado del ánimo, el porcentaje de estimación de la conducta de ayuda con los deberes, baja del 60.38% al 57.55%. Pero en el Trastorno psicótico, sube del 42.45% al 47.17%. De nuevo, a conductas más estigmatizantes, mejor capacidad de cambio.

La mayoría de las personas entrevistadas, tras preguntarles cómo se comportarían al compartir **el espacio del aula** con una persona con enfermedad mental, informan que tratarían de **ayudarles**. Como se puede ver, bajo esta afirmación de buena conducta se oculta la idea estereotipada de que las personas con enfermedad mental tienen menor capacidad, por lo que necesitan mayor apoyo externo.

De este modo, las diferentes ayudas que consideran que sería necesario ofrecer en el aula a una persona con enfermedad mental giran en torno a: prestar materiales, aclarar dudas de contenido de las asignaturas, estar cerca para que no se sienta solo/a o para que no esté triste, entre otras.

Pues yo intentaría, como soy muy sociable, aplicarme y ayudarlos como pudiera. Me llevaría bien y ayudarles como pueda. Pues estaría un poco extraña, porque de estar acostumbrada a estar con personas, no normales, sino con las mismas capacidades que tú, estar a lo mejor, yo que sé de mira y ver diferente pues que pensará que no pensará.

M. 06

Pues, yo diría que se viniese con nosotras, que es normal y que hay que tratarla de la misma manera que tratas a un amigo. Porque ella se tiene que sentir a gusto con su grupo de clase, y para que no se sienta mal y triste. Siempre hay que ayudar. M. 07

Si estuviera en clase le ayudaría.

Y ¿si sentara contigo en clase?

Pues le ayudaría.

Yo me comportaría igual, yo me junto con todo el mundo. Yo me juntaría con él y hablaría y le ayudaría. Yo me junto con todo el mundo, con gitanos... H. 05

Y ¿si sentara contigo en clase?

Pues yo le ayudaría, y le dejaría mis materiales, si es igual que otro. H. 06

Uno de los chicos (varones) reflexiona sobre el hecho de ofrecer ayuda continua a personas con enfermedad mental. De este modo, rectifica el término “ayuda” sustituyéndolo por otro que considera más apropiado, como “colaborar”, apelando a que una ayuda excesiva provocaría que la persona pudiera llegar a sentirse mal.

No obstante, del discurso total de este alumno se extrae, tal y como verbaliza, que siente “penilla” por un compañero de instituto que padece una enfermedad mental, por lo que se ofrece para ayudarle a llevar la mochila. Posteriormente también comenta que en caso de que un familiar fuera diagnosticado de una enfermedad mental, él le ayudaría en todo lo posible.

Yo intentaría juntarme con él para ayudarle y hablar con él. Sin tener que ir siempre ayudando, porque se puede sentir mal, más que haciéndole las cosas, iría colaborando.

Y ¿si se sentara contigo en clase?

Yo haría lo mismo, estaría con él. Seguramente no lo haría demasiado, así al principio a no ser que sea tema de confianza. Si yo tengo un compañero nuevo y se sienta a mi lado y no suelo hablar con él.

De igual modo, se encontró un discurso similar cuando las personas entrevistadas reflexionaron sobre su comportamiento ante la posibilidad de **tener un vecino con una enfermedad mental**. Así, se observa como una gran parte de ellos/as manifiesta que **ofrecería su ayuda si tuviera un vecino en estas circunstancias**.

¿Te importaría que alguien con enfermedad mental fuera tu vecino/a? ¿Por qué?

Yo intentaría ayudarlo, estar con él, intentaría animarlo para que se sintiera a gusto. M. 07

Pues yo cuando lo veo me pongo hablar de las bicis o de los coches y eso como cualquier otra persona...Pues yo si pudiese darle apoyo, se lo daría, si necesita algo. Me sentiría bien. H. 01

Por otro lado, se observa que el elemento conductual de un grupo de alumnos/as ante la cercanía de una persona con enfermedad mental está condicionado por **la idea estereotipada de comportamiento agresivo**. Por este motivo, muestran incertidumbre ante las posibles reacciones violentas de estos pacientes.

Y si alguien con enfermedad mental fuera tu vecino ¿Cómo te comportarías?

Pues intentaría hablar con él para que no se sintiera solo, si le pudiese ayudar en algo le ayudaría (...) Si no lo conozco, me daría miedo que pudiera hacer algo...M. 03

Otro grupo de entrevistados/as, a pesar de sentir incertidumbre ante las posibles reacciones agresivas, manifiestan que se comportarían de manera igualitaria a la del resto de los componentes del aula y que prestarían su ayuda para que “se sintiera integrado”.

De este modo, una vez más, **se recalcan las ideas estereotipadas erróneas basadas en la menor capacidad, la agresividad, así como la necesidad de recibir apoyos para evitar el asilamiento y el bajo rendimiento escolar.**

Si en tu clase hubiera alguien con enfermedad mental, ¿cómo te comportarías?

Pues no sé, pues quizás porque por ejemplo si no es peligroso, pues le ayudaríamos a que no se sintiera separada.

¿Peligroso en qué sentido?

Por si se pone nervioso y es agresivo.

¿Lo elegirías para trabajar en un grupo?

Sí, porque puede ser listo y quizás te salga beneficioso. H. 05

Cuando se les preguntó sobre la manera de comportarse ante la incorporación de una persona con enfermedad mental a su **grupo de iguales** (salir con sus amigos, ir a una fiesta, entre otras), **aquellas personas que previamente habían manifestado que en el contexto de clase se sentirían igual y que intentarían ayudar, verbalizaron igualmente en esta ocasión que les integrarían y que les tratarían como a uno más.**

¿Qué harías si uno de tus amigos lo trajera a tu pandilla?

Pues tratarlo como si fuera uno más, si lo he traído a mi grupo confié en él.

¿Cómo crees que esa persona se sentiría en ese grupo?

Pues se sentiría feliz al tener amigos que puedan ayudarla, respetarla y considerarla como una persona normal. M. 07

¿Qué harías si uno de tus amigos lo trajera a tu pandilla?

Bien, le trataría como uno más.

Y ¿si esa persona te invitara a una fiesta en su casa?

Yo iría. M. 01

De este modo, uno de los alumnos manifiesta preferir rodearse de amigos ante la situación sugerida debido a que las personas con enfermedad mental “responden de otra forma y no entienden las cosas igual”. Su temor se origina ante la posibilidad de que, si no se tiene cuidado a la hora de relacionarse, puedan molestarse o enfadarse y, por tanto, reaccionar en consecuencia.

Y ¿si te invitara a una fiesta en su casa?

Hombre bien y si sobre todo si van amigos mejor.

Que si van amigos te sentirías más apoyado.

Sí

Y ¿cómo crees que te comportarías allí?

Yo creo que igual pero con él hay que tener otro trato.

¿En qué sentido?

Es que no sé como va un poco eso, pero a lo mejor responden de otra forma y no entienden lo mismo igual.

Tendrás más cuidado a lo mejor a la hora de hablar. Pero ¿por qué, por si se molestan, si se enfadan?

Sí, por eso. H. 03

Cuando se abordó el elemento conductual a través de la pregunta centrada en la forma en la que reaccionarían **en caso de ser diagnosticados de una enfermedad mental**, al igual que ocurría con el elemento emocional, **los/as participantes enfocaron sus respuestas en el miedo al padecimiento del estigma social.**

De esta manera, las personas entrevistadas informan que **intentarían buscar diferentes vías de apoyo para sobrellevar la enfermedad** (amigos cercanos, familia, etc.). No obstante, tal y como manifiestan, tendrían reticencias a la hora de hablar abiertamente de la situación, preferentemente con su círculo de iguales, por temor al rechazo social.

Como consecuencia, algunos/as de ellos/as verbalizan que sus acercamientos y encuentros sociales se verían significativamente reducidos.

Intentaría disimularlo, no parecerlo, seguir como era normalmente. Se lo diría a los familiares cercanos y amigos, pero a la demás gente dudaría por burlas, es el temor a que se burlen. H. 02

Lo primero que se me pasaría por la cabeza sería ponerme en tratamiento y no se hablaría con mis amigos, pero tendría miedo por si me rechazan. Yo les diría que aunque tuviese una enfermedad mental que me trataran igual. M. 07

No me relacionaría tanto con mis amigos, sí sobre todo son gente que están chinchando. H. 01

...lo hablaría con la gente muy cercana, que sepa que no me van a mirar raro, y que van a seguir siendo mis amigos y después seguiría siendo el mismo, no cambiaría nada. H. 08

Pasaría de la gente que me dicen cosas, depende de las cosas que me dijeran. M. 04

Finalmente, existe **otro grupo de entrevistados/as que enfocan su respuesta hacia la búsqueda de apoyos y de información orientada a la mejora de la situación**. Estas propuestas, más positivas, se centran en abordar con la mayor normalidad posible la situación, manteniendo las actividades cotidianas y los apoyos externos cercanos para incidir en la mejora de la enfermedad.

Como sé que la gente me apoya, les preguntaría a mis amigos...M. 06

Intentaría mejorar, rodearme de mis amigos y familia. M. 01

Me informaría, a ver si se puede curar, y seguiría mi vida lo mismo que antes. H. 3

Pues, yo creo que necesitaría apoyo por parte de mis amigos, familia. Buscaría ayuda de médicos. M. 05

Intentaría pasar ese momento, seguir con mi vida y hacerla lo más normal posible. H. 07

Relación entre los tres elementos: cognitivo, emocional y conductual

Existe una relación directa entre los tres elementos, es decir, entre lo que se piensa y en consecuencia se siente y se hace.

Como se puede observar, en el elemento conductual entra a formar parte la creencia de algunos/as alumnos/as de que **las personas con enfermedad mental son más impredecibles**. Esto tiene como consecuencia sentimientos tales como el **miedo y la inseguridad**. A nivel conductual provoca que, en ocasiones específicas, cuando se trata de la integración en su

grupo de iguales, algunas personas verbalizan que **intentarían rodearse de amigos, como medida de seguridad.**

A nivel cognitivo también se identifica la idea de que a las personas con enfermedad mental les afectan más las cosas. La consecuencia se manifiesta directamente en sus emociones, verbalizando que, en situaciones concretas, sentirían **pena** hacia personas con este tipo de enfermedades. El resultado de esta cadena finaliza a nivel conductual, siendo la propensión a **ofrecer ayuda la respuesta mayoritariamente nombrada por el alumnado.**

La mayoría de los/as alumnos verbalizaron que las enfermedades mentales son susceptibles de mejora, por lo que consideran que **se sentirían igual** en un ambiente rodeado por personas con una enfermedad mental y sin ella. De este modo, informan que su comportamiento estaría dirigido a **intentar ayudarles** e integrarlos en el grupo de iguales, **combatiendo de esa manera la discriminación social a la que son expuestos.**

Ante la circunstancia de ser ellos diagnosticados de una enfermedad mental, el alumnado verbaliza “no poder creérselo”. Informa de que **se encontrarían “mal”**, principalmente debido a la **discriminación social** por parte de los otros. Por este motivo consideran que **se tornaría difícil compartir el diagnóstico** con las personas del entorno. Alguno de ellos/as comunican que lo harían en pro de una mejora futura.

Un parte de los/as alumnos/as entrevistados/as informan a nivel cognitivo que consideran que **existen diferencias entre las personas que padecen una enfermedad mental y las que no.** Esta es una de las razones por las que sentimientos tales como **la incertidumbre, el miedo y/o la pena** entran a formar parte de su hipotética relación con una persona que padece una enfermedad mental. A consecuencia de estas emociones, algunos/as de ellos opinan que **no podrían sentir atracción por una persona con una enfermedad mental o que la relación se vería afectada por las complicaciones derivadas de la enfermedad *per se.***

Para otra parte también encontramos quienes consideran que no existen diferencias entre las personas que padecen una enfermedad mental y las que no. Este hecho provoca que a nivel emocional informen **sentirse exactamente igual** con personas diagnosticadas y aquellas que no lo están. A nivel conductual se refleja con afirmaciones que **posibilitan el enamoramiento** y la relación romántica con personas que padecen este tipo de enfermedades.

Cuando se le sugirió el caso de que fuera un familiar cercano quien padeciera una enfermedad mental, la totalidad de los entrevistados manifestaron que su conducta se centraría en la

ayuda. De los discursos se extrae que este tipo de lazos son considerados más cercanos, por los que el sentimiento que en ellos/as aparece tiende a identificarse más con la pena que con el temor. A su vez, cognitivamente, parece que al considerar que son lazos de unión más fuertes y cercanos, las diferencias percibidas entre alguien con enfermedad mental y alguien que no la tiene, son menores.

Objetivo 3:

Analizar si la sesión de sensibilización mejora los conocimientos sobre la enfermedad mental, sirve para eliminar estereotipos y disminuye la propensión a mostrar conductas discriminatorias.

La mayoría de estudiantes entrevistados/as que participaron en la sesión Lo Hablamos, informa de haber adquirido conocimientos a través de dicha sesión sobre las enfermedades mentales y el proceso de estigmatización que las personas con estas enfermedades sufren.

Las personas entrevistadas informan que haber participado en la sesión Lo Hablamos fue una **experiencia muy positiva**. Entre las actividades que incluye la sesión, la actividad centrada en alcanzar sentimientos empáticos, a través de etiquetas colocadas en la frente, hacia las personas con enfermedad mental fue la mejor valorada por parte del alumnado.

Una actividad que hicimos, que estaban todos, le ponían etiquetas en la frente y no se la podían ver, como si tuvieran una enfermedad mental y entonces se sentía como si la tuviera. H. 03

Pues que nos sacó un grupo de voluntarios, y nos puso un papel en la frente y nos dijo que hablaríamos y según lo que tuviésemos en la frente, los demás tenían que hacer lo que tuviésemos.

M. 01

(Nombre docente) repartió unos papeles a ocho amigos míos y se los puso en la frente y ponía por ejemplo, ignórame, me gustas mucho. Y él se sentía mal o bien. M. 04

Uno fue que 5 personas se ponían una etiqueta en la frente y las demás tenían que actuar como ponía en la etiqueta. M. 07

Lo de las pegatinas, a uno le ponía ignórame, a otro no me hagas caso. Entonces a la hora de discutir de un tema pues no nos poníamos de acuerdo. M. 06

El juego de cómo hay que tratar a la gente según las etiquetas. H. 02

Si, estuvimos muy entretenidos. El juego de las etiquetas. H. 01

De igual forma, el alumnado también valoró muy positivamente la actividad centrada en decidir y reflexionar sobre si determinadas afirmaciones sobre las enfermedades mentales eran verdaderas o falsas.

Pues nos hizo un juego que había unos papeles que había que ir pegándolos si te importaba mucho, si no te importaba nada o si te daba igual, ese juego estuvo bien. M. 05

Otro que nos dio unos muñecos donde teníamos que poner si estábamos de acuerdo o no y después hablamos un poco de las enfermedades cerebrales. Y no me acuerdo de más. M. 02

Tal y como manifiestan, la sesión fue **dinámica e interactiva, basándose en actividades y juegos que estimulan la participación**. Valoran positivamente que la sesión aporte conocimientos diversos con una metodología novedosa.

Estuvimos dos horas hablando de enfermedades mentales, fue muy interactiva, participamos bastante en la charla, hicimos juegos como el de las etiquetas. Fue la actividad que más me gustó, nos pusieron una etiqueta, a mí me tocó que yo tenía razón. H. 5

Porque es algo nuevo.

¿No habíais dado nada sobre esto?

Habíamos... otra charla, pero no así. H. 07

Que aprendí bastantes enfermedades nuevas.

¿Como por ejemplo?

La esquizofrenia. H. 06

Los y las entrevistados/as informan que la sesión **les ha ayudado a cambiar la manera de conceptualizar a las personas que padecen una enfermedad mental y a tener información más fidedigna sobre ellas**. Verbalizan que la información que han adquirido les ha enseñado a cómo tratar a las personas con enfermedad mental: **de manera igualitaria**.

Pues para saber mejor sobre esas enfermedades. M. 04

Yo pensaba que no, que la depresión, la anorexia... pero luego ya me dijeron que es más la cabeza que de otra cosa. H. 03

Si, hombre siempre ayuda, cuanto más sepas sobre algo más vas a poder tratar a la persona con enfermedad mental. H. 7

Me ha ayudado mucho, la verdad es que sí. Si yo veo muchos zagales que están así y los tratan mal y eso no tiene que ser así. H. 01

Para darnos cuenta de que porque tengamos una enfermedad mental no debemos tratar a esa persona de otra manera diferente....Pues ha tratar a esa personas como tratas a otra persona. M. 03

Este trato igualitario incluye un mayor acercamiento a las personas que padecen una enfermedad mental que, tal y como manifiestan, se torna necesario para **evitar la exclusión social de estas personas.**

Sí, porque nos dijo además que aunque tenga una enfermedad mental que nos juntemos con él porque no lo conocemos. Preguntarle cosas para que él o ella no se sientan excluidos. M. 04

Informan que **la manera en la que perciben a las personas con enfermedad mental se ha visto modificada tras la sesión.** Como se puede derivar de sus discursos, han adquirido una mayor naturalización de las enfermedades mentales.

Supongo que al hablar de eso veo con otros ojos, si una persona está mal ahora lo veo de otra manera. H. 02

Pues de, básicamente de mirar de otra manera a estas personas... M. 06

Una de las personas entrevistadas comenta, igualmente, que entre los conocimientos adquiridos está el hecho de tratar bien y sin exclusiones a las personas con enfermedad mental. No obstante, manifiesta que este trato debe ser superior al estándar debido a que *“a ellos les afectan más las cosas”.* H.03

Pues que no, que todas las personas somos igual y que las personas con enfermedad mental las tienes que tratar bien, de forma para que se sientan bien, ni excluidas del grupo, hasta mejor porque ha ellos le afectan más las cosas. M. 07

Previamente, a través del elemento cognitivo, se analizaron diferentes discursos que afirmaban que las personas con enfermedad mental **pueden tener una menor tolerancia a situaciones de estrés** debido a que “les afectan más las cosas”. Una vez más, su respuesta ante esta circunstancia fue la de **ofrecer mayor apoyo**.

En esta línea, como se puede observar, los cambios en el comportamiento que comentan que la sesión ha provocado, también se dirigen al ofrecimiento de **mayor ayuda a las personas que padecen este tipo de enfermedades**.

Hombre, en la mía sí. Yo creo que en otros niños que son más pasotas no. A entender y tratar mejor a los enfermos mentales, a ayudarlos. M. 04

Bastante, pues en una enfermedad tienes que estar más encima que en otras. H. 03

Tal y como se observaba en el elemento conductual, la mayoría de las personas entrevistadas, tras preguntarles cómo se comportarían al compartir **el espacio del aula o si fuera su vecino** una persona con enfermedad mental, informaron que **tratarían de ayudarles**. Este grupo de personas, a su vez, enfatizaban la necesidad de ofrecer un trato igualitario en clase a las personas con enfermedad mental.

De este modo, como se puede ver, para la mayoría de los/a entrevistados/as, el trato igualitario y la equidad pasan por ofrecer ayuda a las personas con este tipo de enfermedad.

Las personas entrevistadas informan que tras la sesión han **adquirido conciencia de que cualquier persona puede desarrollar una enfermedad mental**, así como que éstas son susceptibles de mejora.

He aprendido algunas enfermedades mentales que nos pueden salir. H. 01

Con ayuda sí, creo que todo el mundo tiene la capacidad de mejorar. H. 04

Pensaba que algunas no se podían curar y (docente) nos dijo que sí, que se podía mejorar. H. 05

Tal y como se comentó en el análisis del elemento cognitivo, de manera coincidente, **la mayoría de las personas entrevistadas opinan que las enfermedades mentales son susceptibles de mejora.** Según informan, esta posibilidad de cambio se consigue, principalmente, a través de la ayuda de profesionales, amigos y familiares, así como mediante el tratamiento adecuado.

Igualmente, informan que la sesión ha modificado sus **falsas creencias en torno a la agresividad de las personas con enfermedad mental.** Los y las alumnos/as entrevistados opinan que, gracias a este aprendizaje, ha cambiado la forma en la que se relacionarían con pacientes con este tipo de enfermedades.

Sí, pues que no son agresivos, porque yo antes me daba miedo. Pero se ve que no, que si tú vas de buenas no, pero si tú les haces algo malo pues es normal que ellos reaccionen. M. 04

Por ejemplo, nos dijo que, a la gente le daba miedo a una persona esquizofrénica le daba miedo acercarse porque pensaban que los iban a matar. Pero luego nos dijo y los asesinos que parecen personas normales y luego a solas te pillan a ti sola te pueden agredir. No tienen por qué ser esquizofrénico. Sobre todo el miedo a relacionarte con gente así. M. 01

Lo vería de otra manera, porque a lo mejor con la esquizofrenia. Yo conozco a una persona esquizofrénica antes de la sesión no me hubiera acercado pero como nos explico (nombre docente) de... yo si me acercaría. M. 03

Y si alguien con enfermedad mental fuera tu vecino ¿Cómo te comportarías?

Pues intentaría hablar con él para que no se sintiera solo, si le pudiese ayudar en algo le ayudaría (...) Si no lo conozco, me daría miedo que pudiera hacer algo...M. 05

No obstante, como se observaba anteriormente, algunos alumnos consideran que las personas con enfermedad mental **sí pueden reaccionar agresivamente**. Su temor se basa principalmente en **la incertidumbre** ante las posibles reacciones violentas de estos pacientes.

También hay que destacar que algunos entrevistados/as, **a pesar de sentir incertidumbre** ante las posibles reacciones agresivas, manifestaron que **se comportarían de manera igualitaria a la del resto de los componentes del aula**. De nuevo, este comportamiento igualitario se centra en prestar su ayuda para que la persona con enfermedad mental se sienta integrada.

A su vez, algunos/as de ellos/as verbalizan que, previo a la sesión, ya disponían de conocimientos sobre el tema y que, gracias a haber participado en ella, esta información se vio positivamente reforzada.

Más que cambiarlas las ha certificado. H. 08

Yo no sabía que podía ser de nacimiento. Yo creo que sigo aceptando a las personas con enfermedad mental, que no ha cambiado en nada. Lo que sí, es que he aprendido muchas enfermedades. H. 04

Las vías por las cuales comentan haber adquirido información previa sobre el tema son, principalmente: la televisión, el instituto, lecturas relacionadas, experiencias personales, Internet y la familia, entre otras.

*De mi madre que sabe mucho, como te he dicho que mi abuelo tiene una enfermedad mental,
pues ella sabe de eso. H. 06*

*Yo creo que de leer, me gusta mucho leer. A lo mejor hay algún personaje en la novela.
M. 06*

No sé, la anorexia lo he aprendido del entorno y algunas de aquí del instituto. El año pasado hablamos de la anorexia y bulimia. M. 07

Hombre, sobre todo de casa que le pase ha alguien conocido, como por ejemplo, a mi vecino, sobre todo con eso que te hace reflexionar y eso. H. 03

De charlas que nos dan y la tele. M. 01

En la tele, y de las personas que pasan por la calle, con la misma familia que hablan de cosas y tú lo escuchas y es normal. M. 04

En la TV y ordenador. M. 03

Pues de lo que se ha hablado en mi familia. H. 07

El alumnado opina que haber participado en la sesión le ha ayudado a cambiar su forma de pensar. Comentan que previo a la sesión, su percepción de las personas con enfermedad mental era distinta. **Opinan que la sesión ha ayudado a toda la clase a reflexionar sobre el tema.**

¿Te parece que haber participado en esta sesión te ha cambiado la forma de pensar?

Yo creo que en algunas personas sí ha cambiado. Que tenían una visión de esas personas diferente y ahora con la charla ha cambiado.

Y ¿en tu caso particular?

Pues a tratar a esas personas como tratas a otra persona. M. 04

Pues con la charla que nos han ayudado, y de nuestros compañeros ya han comprendido que no tienen que tratar de otra manera, ni rechazarla porque tenga una enfermedad mental. M. 05

¿Te parece que haber participado en esta sesión te ha cambiado la forma de pensar?

Sí, porque no sé, porque a lo mejor antes no pensaba antes en eso y me ha dado lugar a hablar.

Tú crees que al resto de las persona les dio pie a reflexionar?

Sí, yo creo que sí.. M. 02

De este modo, los y las participantes entrevistados/as manifiestan que haber participado en la sesión **les ha ayudado en la adquisición de herramientas para relacionarse en el futuro** con personas que padecen una enfermedad mental.

Pues, sí, en el futuro creo que sabré mejor a hacerlo. H. 04

Sí, yo creo que sí me ha ayudado para el futuro. M. 03

Cabe destacar que la mayoría de los/as estudiantes entrevistados/as, ante este primer acercamiento al tema, a pesar de afirmar que consideran a las personas con enfermedad mental como sus iguales, se decantan por **ofrecer mayor ayuda como medida** para esta consideración igualitaria y la eliminación de la discriminación. De igual manera, ante situaciones específicas (compartir espacios, trabajar juntos, padecimiento de un familiar, etc.) sentimientos tales como **la pena o la incertidumbre** entran a formar parte de sus discursos, denotándose la realidad de que **la formación que poseen es aún escasa como para derribar prejuicios e ideas estereotipadas muy asentadas en la sociedad.**

La sesión, por tanto, parece suponer un excelente comienzo para la normalización y reflexión de las enfermedades mentales y las consecuencias que padecerlas supone. No obstante, tal y

como se puede extraer del análisis realizado, es necesaria una formación continua que consiga cambios en los tres elementos analizados de manera más profusa.

Información cualitativa que aporta la pregunta final del cuestionario

Aunque la mayoría de participantes lo deja en blanco o sólo ha escrito que no desea aportar nada, parte de participantes realizan una observación. Los fragmentos que se comentan a continuación han sido tomados de forma literal, tal como fueron escritos. En todos los casos, los fragmentos corresponden a participantes del grupo experimental, y corresponden a la después de la sesión:

Empatía, Ayuda

“yo creo que en el 1 caso Carla o Carlos tiene baja autoestima y en el 2 caso el chico o chica debe tener un problema en el colegio lo o la insultaran”

“QUE PORQUE ALGUIEN TENGA UNA ENFERMEDAD NO TIENES QUE TRATARLA DE FORMA DIFERENTE Y RECHAZARLA”

“Yo no le daría la espalda a esa persona porque si es mi amigo lo ayudaría en todo lo que pudiese y si no es mi amigo y lo conozco también y nunca me rendiría”

Estas aportaciones hablan de la necesidad de ayudar, de apoyar, entender a quien pueda tener problemas, permanecer a su lado... Ideas todas ellas que parecen haberse adquirido en la forma de pensar de estos chicos y chicas. Este discurso también está presente en las entrevistas en profundidad. La necesidad de un igual parece despertar la empatía y la capacidad de ayudar.

Otra de las ideas que parece haberse aprendido es la de la importancia de atender a las personas lo más pronto posible: Pedir ayuda, cuanto más pronto, mejor.

*“Las personas que tienen un problema mental necesitan asistencia médica no a la larga, sino, **cuanto antes** puedan recibirla, mejor.”*

Se plantea en esta reflexión un elemento que se trabaja de manera activa en la sesión: es la **importancia de acudir a pedir ayuda si tienes un problema de salud mental**. Mientras más pronto se acude, mejor es el diagnóstico, esta idea se trabaja en clase, unida con la empatía de los iguales que en este sentido pueden jugar un papel crucial facilitando que las personas no tengan miedo de hacerlo.

Objetivo 4:

Valorar si los cambios que se derivan de la participación en la sesión son diferentes en chicos y chicas.

TABLA 9 Diferencias por sexo		Hombres						Mujeres					
		Media	Desv standr	IC 95%		T	Sig	Media	Desv standr	IC 95%		T	Sig
				Inferior	Superior					Inferior	Superior		
Control	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO, Pena	0,289	2,650	-0,582	1,160	0,673	0,505	0,073	1,808	-0,498	0,644	0,259	0,797
	TEA, peligrosidad	-0,026	2,520	-0,855	0,802	-0,064	0,949	0,268	1,467	-0,195	0,731	1,171	0,248
	TEA, miedo	-0,158	1,701	-0,717	0,401	-0,572	0,571	-0,146	1,636	-0,663	0,370	-0,573	0,570
	TEA, responsabilidad	-0,316	2,600	-1,171	0,539	-0,749	0,459	0,024	1,440	-0,430	0,479	0,108	0,914
	TEA, cole. especial	0,658	2,704	-0,231	1,547	1,500	0,142	0,268	1,975	-0,355	0,892	0,870	0,390
	TEA, Rabia	0,289	2,459	-0,519	1,098	0,726	0,473	-0,122	2,170	-0,807	0,563	-0,360	0,721
	TEA, ayuda	0,000	2,857	-0,939	0,939	0,000	1,000	1,195	2,768	0,321	2,069	2,765	0,009
	C1, evitar	-0,974	2,852	-1,911	-0,036	-2,104	0,042	0,537	2,730	-0,325	1,398	1,258	0,216
	TRASTORNO PSICÓTICO, pena	-0,658	3,331	-1,753	0,437	-1,217	0,231	0,634	2,964	-0,302	1,570	1,370	0,178
	T.psic, peligrosidad	0,895	2,659	0,021	1,769	2,074	0,045	0,585	2,236	-0,120	1,291	1,676	0,101
	T.psic, miedo	1,053	2,950	0,083	2,022	2,200	0,034	0,341	1,983	-0,284	0,967	1,103	0,277
	T.psic, responsabilidad	0,053	2,229	-0,680	0,785	0,146	0,885	0,024	1,573	-0,472	0,521	0,099	0,921
	T.psic, Rabia	0,447	2,806	-0,475	1,370	0,983	0,332	1,122	2,100	0,459	1,785	3,421	0,001
	T.psic, colegio especial	0,500	3,194	-0,550	1,550	0,965	0,341	-0,317	1,890	-0,914	0,279	-1,074	0,289
	T.psic, ayuda	-0,026	3,217	-1,084	1,031	-0,050	0,960	0,585	2,748	-0,282	1,453	1,364	0,180
	T.psic, evitar	-0,105	3,160	-1,144	0,934	-0,205	0,838	-0,098	2,948	-1,028	0,833	-0,212	0,833
Intervención	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO, Pena	-0,196	3,371	-1,099	0,706	-0,436	0,664	0,360	1,946	-0,193	0,913	1,308	0,197
	TEA, peligrosidad	-0,393	1,951	-0,915	0,130	-1,507	0,138	-0,320	1,571	-0,766	0,126	-1,441	0,156
	TEA, miedo	-0,339	2,330	-0,963	0,285	-1,090	0,281	0,000	0,639	-0,182	0,182	0,000	1,000
	TEA, responsabilidad	-0,196	2,144	-0,771	0,378	-0,686	0,496	-0,320	1,531	-0,755	0,115	-1,478	0,146
	TEA, cole. especial	-1,089	3,238	-1,956	-0,222	-2,518	0,015	-0,400	2,080	-0,991	0,191	-1,360	0,180
	TEA, Rabia	-0,232	2,435	-0,884	0,420	-0,714	0,479	-0,080	2,578	-0,813	0,653	-0,219	0,827
	TEA, ayuda	-0,036	2,449	-0,692	0,620	-0,109	0,914	0,420	2,500	-0,290	1,130	1,188	0,241
	C1, evitar	-0,589	2,463	-1,249	0,070	-1,791	0,079	-0,800	2,390	-1,479	-0,121	-2,366	0,022
	TRASTORNO PSICÓTICO, pena	-0,268	3,451	-1,192	0,656	-0,581	0,564	0,060	2,402	-0,623	0,743	0,177	0,861
	T.psic, peligrosidad	0,393	3,504	-0,546	1,331	0,839	0,405	0,200	2,195	-0,424	0,824	0,644	0,522
	T.psic, miedo	-0,161	2,709	-0,886	0,565	-0,444	0,659	0,320	2,114	-0,281	0,921	1,071	0,290
	T.psic, responsabilidad	0,500	2,594	-0,195	1,195	1,443	0,155	-0,220	2,197	-0,844	0,404	-0,708	0,482
	T.psic, Rabia	0,339	3,728	-0,659	1,338	0,681	0,499	-0,440	3,078	-1,315	0,435	-1,011	0,317
	T.psic, colegio especial	-0,018	2,408	-0,663	0,627	-0,055	0,956	0,400	2,433	-0,291	1,091	1,163	0,251
	T.psic, ayuda	-0,464	2,822	-1,220	0,291	-1,231	0,223	0,120	3,035	-0,742	0,982	0,280	0,781
	T.psic, evitar	-0,125	2,764	-0,865	0,615	-0,338	0,736	-0,700	2,092	-1,295	-0,105	-2,366	0,022

Como se observa en la tabla (ver Tabla 9), las diferencias existentes entre sexos son muy pequeñas. Así, encontramos que en el grupo de intervención, en los chicos desciende la media de los que opinan que debería ir a un colegio especial (Trastorno del Estado de Ánimo) y aumentaría el sentimiento de evitar acercarse a éstas personas en las mujeres.

Como se analizó previamente en los resultados del Objetivo 2, acerca del elemento cognitivo cabe destacar diferencias en función del sexo de los/as participantes ya que la mayor parte quienes opinaron en esta línea se trataba de mujeres.

Pues, no sé, como no sé como va a actuar. Porque como no lo conozco y no sé lo que va hacer. Si lo conozco y se como va a actuar pues estaría como una persona normal, pero como no lo conozco pues no sabría como actuaría... se puede volver loco. M. 06

Me haría sentir un poco inseguridad pero podría convivir. Porque saldré a la calle y si algún día se le tuerce las ideas. H. 02

...Me da miedo...Cuando se meten con él en el colegio, él se vuelve agresivo y loco. M. 04

Por otro lado, cabe destacar que en torno al aspecto conductual frente a un posible enamoramiento, también se encontraron diferencias significativas a razón de sexo ya que fueron todas mujeres quienes apuntaron a la personalidad como factor determinante en su elección. Dependiendo el enamoramiento tan sólo de la persona en sí.

Aunque uno de los varones también apoyó la tesis de que en las “cuestiones del corazón” el padecimiento de una enfermedad mental es algo secundario; pero, a diferencia de las mujeres, aludió al físico de la persona como factor principal a considerar.

Conclusiones

Como se puede observar, la participación en la sesión Lo hablamos **es útil a la hora de comenzar a naturalizar un tema lleno de tabúes y estigmas** como es el de las enfermedades mentales.

La sesión ha colaborado en **el comienzo de la eliminación de falsas creencias tales como que este tipo de enfermedades no pueden mejorar o que las personas que lo padecen tienden a un comportamiento agresivo**. La mayoría del alumnado, ante situaciones específicas, verbaliza que considera a las personas con enfermedades mentales **como iguales**, a los que hay que ofrecer un trato equivalente al del resto de compañeros/as.

De igual modo, la sesión ha ayudado a **reflexionar sobre la discriminación social** que sufren los pacientes y las formas de lucha contra el mismo.

Una actitud es una tendencia adquirida⁴⁹ y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona suceso o situación y actuar en consonancia con dicha evaluación. Constituye una orientación social, una inclinación subyacente a responder a algo de manera favorable o desfavorable (Vander Zanden, 89)

El cambio actitudinal es una labor compleja en la educación. Las actitudes son susceptibles de cambio, pero para ello hay que realizar un trabajo que implique que la persona se haga consciente de sus formas de actuar y éstas, normalmente han quedado automatizadas. Trabajar sólo a nivel teórico hace más difícil el cambio actitudinal: se hace necesario proponer un trabajo dinámico, que implique discusión, empatía, que se provoque la disonancia cognitiva.

Cuando se acude a una clase de secundaria y se plantea trabajar con el alumnado durante 2 horas seguidas sin perder su atención, conseguir que sea un grupo activo, discutor, creativo, colaborador, se plantea una tarea complicada. Y sin embargo cada vez que se ha desarrollado una sesión Lo hablamos de este trabajo, el feedback ha sido muy positivo. El grupo ha respondido desde el principio al final y así lo han puesto de manifiesto al ser preguntados por su opinión.

Para trabajar las actitudes, la literatura recomienda introducirlas de forma transversal en el currículum, dosificar las actividades a lo largo de diferentes cursos, en lugar de introducirlo todo unido en un solo día. Y a pesar de todo, los y las chicas verbalizan que han disfrutado, que han entendido cosas que antes no entendían, que les ha hecho pensar sobre cuestiones que antes pasaban desapercibidas.

Las actitudes son esquemas complejos que no se modifican en un sólo día. Este trabajo que se desarrolla desde “Lo Hablamos” puede estar ayudando a sembrar una semilla de cambio que germina despacio, que un día, dentro de dos años, a un participante le planteé una situación vital que pueda solventar mejor gracias a lo aprendido en tan sólo dos horas de trabajo.

Cuestiones como la idoneidad de un cuestionario para ser sensible al cambio de actitudes puede quedar abierta para el futuro.

Al valorar los datos estadísticos y en análisis de las entrevistas en profundidad se aprecia heterogeneidad e incoherencias dentro del propio discurso. Esto sin embargo no tiene porqué significar algo negativo, sino precisamente que el cambio que provoca participar en Lo Hablamos se está produciendo. Los y las participantes hacen referencia a “esto da que pensar”. Cambiar de opinión de una pregunta a otra, incluso dentro de la misma pregunta. Eso puede ser significativo de algo: de que estamos creando una disonancia cognitiva que poco a poco dará paso a una nueva actitud. Más pensada, sosegada, saludable, una actitud positiva frente a la salud mental.

Referencias bibliográficas

1. Unión Europea. Libro verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia común de la Unión Europea en materia de Salud Mental, 2005
2. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Ministerial Europea de la Organización Mundial de la Salud sobre Salud Mental, Helsinki, 2005.
3. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Aprobada el 11 de diciembre de 2006.
4. Parlamento Europeo. Resolución para Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. 2006
5. Valmisa Gómez de Lara, Eulalio (coord.). II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2008.
6. Álvaro, JL Garrido, A., Psicología social. Perspectivas psicológicas y sociológicas, Madrid, McGraw Hill, 2003.
7. Pilgrim, D. Rogers, A., A Sociology of Mental Health and Mental Illness, Buckingham, Open University Press, 1999.
8. Fazio, RH Olson, MA., Attitudes: Foundations, Functions, and Consequences. En: Hogg, MA Cooper J (Editores) The Sage Handbook of Social Psychology, Londres, Sage 2003: 139-160
9. Jones, M. Social Psychology of prejudice. Nueva Jersey, Prentice may, 2001.
10. Organización Mundial de la Salud (Europa). Stigma: An International Briefing paper. Publicado por: Health Scotland, 2008.
11. Cooper, Amy E. A.M.; Corrigan, Patrick W. Psy.D.; Watson, Amy C. Mental Illness Stigma and Care Seeking. The Journal of Nervous and Mental Disease 2003 (191) : 339-341
12. Caroline E. Mann and Melissa J. Himelein. Factors Associated With Stigmatization of Persons With Mental Illness. Psychiatry Serv 2004 (55): 185-187
13. Bordien JE, Drehmer DE. Hiring decision for disabled workers: looking at the cause. Journal of Applied Psychology 1986 (16):197-208
14. Page, S. Effects of the mental illness label in attempts to obtain accommodation. Canadian Journal Behaviour Science 1977(9):85-90.
15. Wahl, OF. Mental Health Consumers' Experience of Stigma. Schizophrenia Bulletin 1999; 25 (3):467-478
16. Steadman HJ. Critically Reassessing the Accuracy of Public Perceptions of the Dangerousness of the Mentally Ill. Journal of Health and Social Behaviour 1981 (22):310-316
17. Lauber C. Anthony, M. Ajdacic-Gross, V. Y Rössler, W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people?. European Psychiatry, 2004 (19):423, 427
18. Sartorius, N. Stigma : What Can Psychiatrists Do About It?. Lancet 1998 (352):1058-1059
19. Corrigan, P y Watson, A.C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness., World Psychiatry 2002; 1(1):16-20
20. Angermeyer, MC. Y otros. The Stigma of Mental Illness: Patients' Anticipations and Experiences. International Journal of Social Psychiatry 2004; 50(2):153-162

21. Brendgen, M., Vitaro, F., Turgeon, L. y Poulin, F. Assessing aggressive and depressed children's social relations with classmates and friends: a matter of perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2002 (30): 609-624
22. Hennessy, E y Heary, C. The Development of Children's Understanding of Common Psychological Problems. *Child and Adolescent Mental Health*, 2009;14(1): 42-47
23. Corrigan, P. W., Demming Lurie, B., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K., & Phelan, S. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services* 2005; 56 (5): 544-550
24. Corrigan, PW y otros. Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin* 2001; 27 (2): 187-195
25. Link B. y Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology* 2001 (27):363-385
26. Rüsck, N, Angermeyer, MC y Corrigan P. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry* 2005; 20 (8): 529-539
27. Corrigan, PW. y Penn, D L. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychological Association*, 1999; 54 (9): 765-776
28. Estroff, S E., Penn, D L., Toporek, J R. From Stigma To Discrimination: An Analysis of Community Efforts To Reduce the Negative Consequences of Having a Psychiatric Disorder and Label. *Schizophrenia Bulletin* 2004; 30 (3): 493-509
29. Donnelly, R. Exploring the impact of a mental health lesson in Greater Glasgow secondary schools on S3 pupils' attitudes to mental health and people experiencing mental health problems. Libro de Ponencias IV International Stigma Conference. Londres 2009.
30. Pinfold, V. Toulmin, H, Thornicroft, G. Huxley, P. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *The British Journal of Psychiatry* 2003 (182): 342-346
31. Pinfold, V., Thornicroft, G., Huxley, P. y Farmer, P. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International Review of Psychiatry* 2005; 17 (2): 123 - 131
32. Crisp, A H y otros. Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry* 2000 (177): 4-7
33. Watson, A C, y otros. Changing Middle Schoolers' Attitudes About Mental Illness Through Education. *Schizophrenia Bulletin* 2004; 30(3): 563-572
34. Arboleda-Flórez, J. Considerations on the Stigma of Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2003; 48 (10): 645, 650
35. López, M; Laviana, M; Fernández, L; López, A; Rodríguez AM y Aparicio, A. 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* 2008; 28 (1): 43-84
36. Comisión Europea y Ministerio de Asuntos sociales de Suecia.- Resumen de la Conferencia de Estocolmo "Promoción de la Salud Mental y del Bienestar en la Infancia y en la Juventud. Hagamos que suceda". Estocolmo 29 y 30 de Septiembre 2009.
37. Bono del Trigo, A. y otros. Programación del Proyecto "Lo hablamos. Sensibilización sobre salud mental en las aulas". Escuela Andaluza de Salud Pública. Área de Ciudadanía y Ética. Febrero 2009. Documentación interna del Grupo de Sensibilización sobre salud mental de Andalucía.
38. Bono del Trigo, A. y otros. Informe de Evaluación Pilotaje de la Sesión. Sensibilización Sobre La Salud Mental En Las Aulas. Escuela Andaluza de Salud Pública. Área de Ciudadanía y Ética. Marzo 2009. Documentación interna del Grupo de Sensibilización sobre salud mental de Andalucía
39. Programa Formajoven. Estrategia de Promoción de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Página Web disponible en www.formajoven.org.
40. Unión Europea. European Pact for Mental Health and Well-being. Bruselas, 2008.
41. Fundación Caja Rural de Granada y Campus de la Salud de Granada. IV Premio Ciencias de la Salud, 2008.

42. Álvarez Ramírez, L Y. y Pernía Carvajal, L C. Actitudes hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Una revisión sistemática de estudios en Europa, Estados Unidos, Latinoamérica y el Caribe. *MedUneb* 2007; 10 (1): 50-56
43. Corrigan, P. A Toolkit for Evaluating Programs Meant to Erase the Stigma of Mental Illness. Se editó como complemento de la siguiente publicación: Corrigan, P.W. (2004). *Beat the stigma and discrimination! Four lessons for mental health advocates*. Tinley Park, IL: Recovery Press
44. Corrigan, P.W., Lurie, B., Goldman, H., Slopen, N., Medasani, K., y Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56, 544-550.
45. Bono del Trigo, A., Navarro Matillas, B. "Validación del Cuestionario AQ-8-C creado para medir las percepciones sobre las personas con problemas de salud mental entre chicos y chicas" (Pendiente de publicación).
46. Vander Zanden, J. W. "Manual de Psicología Social" Barcelona : Paidós Ibérica. 1989.

ANEXO 1. Protocolo de actuación para los equipos docentes y de orientación

Protocolo para el Equipo de Orientación

1. El proyecto, un resumen
2. Consentimiento informado
3. Instrucciones sobre pasación del Q-OnLine
4. Aspectos a tener en cuenta para el día que se hace la intervención
5. Selección de los chicos y chicas para una Entrevista en profundidad.
6. Otros datos de Interés.
7. Anexos: Consentimientos informados

1. El proyecto, un resumen

Este proyecto de investigación consiste en la *Validación del programa de actividades que desarrolla "Lo Hablamos", sensibilización sobre salud mental en las aulas*. Su colaboración consiste en permitirnos pasar un cuestionario a dos grupos de 4º (o de 3º) de la ESO, llevar a cabo una sesión formativa con uno de los grupos, y hacer una entrevista a 2 chicos/as que hayan participado en la sesión.

Paso A, pasación de un Cuestionario On-Line.

El cuestionario se pasa a ambos grupos, antes de realizar la sesión de Lo Hablamos.

Se accede a él a través de una página Web, siguiendo el siguiente enlace:

<http://www.easp.es/cuestionarios/index.php?sid=77819&lang=es;>

Lo deseable es que sea alguien del equipo de orientación quien pase el cuestionario a chicos y chicas. La duración estimada es de 5 minutos.

Paso B, Realización de la Sesión de “Lo Hablamos”.

Entre 3 y 6 días después de la pasación del cuestionario, una persona del equipo investigador realizará con uno de los grupos la Sesión del Programa Lo Hablamos. Se trata de una sesión de unas dos horas de duración. La investigadora traerá preparado todo el material preciso, pero previamente sería necesaria una visita al centro para ver el equipo audiovisual, el aula disponible, el espacio, mobiliario, etc. En esa visita se concretará cualquier información que el equipo del centro precise sobre esta investigación.

Paso C, pasación de nuevo a ambos grupos del mismo Cuestionario

Se pasará de nuevo el cuestionario, en dos ocasiones. De nuevo, sería deseable que el propio equipo del centro lo pasara. Esta vez se pasa en dos ocasiones, una al día siguiente de la intervención y otra, pasado un mes.

Paso D, realización de entrevista a 1 chico y 1 chica.

Solicitaremos que un chico y una chica (del grupo que ha hecho la sesión) colaboren con nosotros, permitiendo que le entrevistemos sobre su opinión de la sesión.

Estas personas serán elegidas aleatoriamente, de la propia lista de la clase. Si el equipo orientador creyera que el chico o la chica, por cualquier motivo, no son una buena elección (un alumno especialmente retraído, o disruptivo, reservado,...), se realizará una nueva

2. Consentimiento informado

Antes de comenzar todo el proceso, se le pasará a todas las personas participantes una solicitud de consentimiento para participar en el programa, para que sus padres y madres lo firmen, aceptando así su participación en el proceso y en el que se garantiza en todo momento se mantendrá la confidencialidad de la información manejada (Ver Anexo 2)

3. Instrucciones sobre pasación del Q-Online y otros aspectos relevantes

- Qué deben saber los chicos y las chicas sobre la investigación

Es importante que los participantes, al pasar por primera vez el test, sepan lo mínimo posible sobre la investigación: evitaremos así cualquier interferencia y contaminación de los resultados de la prueba.

La recomendación es que por ejemplo en hora de tutoría se pueda aprovechar para realizar una actividad en el Aula TIC, pero previamente se les diga:

“Si os parece antes de hacer nuestra clase, os voy a facilitar una dirección Web en la que aparecerá un cuestionario. Nos han pedido nuestra participación contestándolo. Nos llevará apenas 5 minutos”

➤ Instrucciones para pasar el cuestionario

- ❖ Facilitar la dirección Web. No comenzar a contestarlo hasta cerciorarnos de que todos y todas acceden al cuestionario sin problemas.

Dirección Web del cuestionario

<http://www.easp.es/cuestionarios/index.php?sid=77819&lang=es>

- ❖ Todas las preguntas son obligatorias, el cuestionario no deja avanzar si no se responde a todo
- ❖ El cuestionario se rellena en todo caso de manera individual
- ❖ **MUY IMPORTANTE: Clave de apareamiento.**

Como hemos explicado previamente, el cuestionario de pasará antes y después de la intervención, al objeto de conocer el efecto que haya podido producir ésta. Es muy importante que sepamos qué cuestionarios ha completado una misma persona. Para preservar su intimidad, se ha creado una pregunta en el cuestionario que se llama APAREAMIENTO y consiste en la creación de un código que identifique quién ha contestado al test, pero manteniendo en secreto su identidad.

Este código se construye (está explicado en el propio cuestionario) con las iniciales del nombre de la persona y el día del nacimiento.

Ejemplo: **Rocío Román Fajardo**, Día de nacimiento, 23

Código: **RRF23**

- ❖ En caso de que la página dé error, lo mejor es intentar ir atrás en el test, a la página anterior. Si no responde, se comenzará de nuevo (el sistema eliminará las repeticiones incompletas)
- ❖ Al finalizar, simplemente explicaremos que agradecemos que hayamos participado y poco más. La idea es no contaminar las demás fases de estudio.

4. Aspectos a tener en cuenta para el día de la intervención (Sesión Lo Hablamos)

La intervención se refiere a la realización de la Sesión de Lo Hablamos, todos los materiales fungibles serán preparados y llevados al centro por el equipo de la investigación. La investigadora que hará la intervención visitará el centro previamente para una toma de contacto con el personal docente y de orientación. La idea es conseguir que no quede nada sin explicar ni contemplar, tanto para la pasación de cuestionarios como de cara al día de la Sesión.

- Explicar y mostrar el cuestionario: hacer una prueba de cómo se contesta y posibles dudas del alumnado que puedan surgir
- Valorar el aula-clase para realizar la Sesión: espacio, luminosidad, mobiliario (¿se puede mover de sitio en el aula?)
- Equipos audiovisuales: Si existe en el centro televisor y reproductor de DVD ó Proyector + ordenador + altavoces
- Pizarra, tizas, folios, bolígrafos (uno para cada participante)
- El material fungible lo traerá la investigadora: fotocopias de las hojas de trabajo, lápices de colores, adhesivo, DVD de la actividad audiovisual, etc.

5. Selección de los chicos y chicas para la Entrevista en profundidad: listado, lugar de celebración, consentimiento.

Como explicamos anteriormente, en alguno de los centros pediremos, además de pasar el test y la sesión de Lo Hablamos, que un chico y una chica (del grupo que ha hecho la sesión) colaboren con nosotros, haciendo una entrevista en profundidad sobre su opinión de la sesión.

Cada entrevista tendría una duración de entre 45 minutos a 1 hora. Las dos personas se elegirían el propio día que se haga la sesión, con el listado de clase y tomando al azar un chico y una chica.

A ellos dos se les daría un consentimiento informado para que se informe a sus padres y madres y los firmen.

La entrevista será grabada en audio, pidiendo consentimiento para ello a los participantes al comienzo de la entrevista. La información será estrictamente confidencial y ni siquiera se le preguntará su nombre.

La entrevista se llevará a cabo unos días después de celebrar la Sesión, aproximadamente una semana después y la fecha y hora concretas serán acordadas conjuntamente por equipo de orientación y la entrevistadora.

La investigadora que llevará a cabo las entrevistas es una profesional de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Si fuera necesario contactar con ella estos son sus datos:

Paloma Ruiz Román

Paloma.ruiz.easp@juntadeandalucia.es

Teléfono: 958027400

6. Otros Aspectos de Interés

Esta investigación está financiada por el Servicio Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía. Se lleva a cabo a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública. El proyecto “Lo Hablamos” se está implantando en los IES de Andalucía a través de la Estrategia FormaJoven.

Los resultados de esta investigación se difundirán a través de revistas especializadas, Congresos, Jornadas, etc.

ANEXO 2. Consentimientos informados

1. CONSENTIMIENTO PARA EL INSTITUTO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA

A la atención del/ de la director/a del centro _____

Estimado/a _____

Nos ponemos en contacto con usted para informarle de que su IES ha sido seleccionado para participar en un estudio de evaluación del proyecto "Lo hablamos. Sensibilización sobre salud mental en las aulas"

Pedimos su colaboración para este estudio porque pensamos que puede ayudarnos en esta investigación.

Nos gustaría conocer lo que opinan sobre la salud mental y la enfermedad mental los alumnos y alumnas de su centro, concretamente pediremos la participación de dos clases de 4º de ESO.

El estudio consta de 3 fases:

- Pasación de un Cuestionario On-Line sobre la salud mental. Este mismo cuestionario se pasará 3 veces. Una de ellas, antes de la sesión Lo Hablamos y dos después de la sesión (un día después y dos meses después respectivamente). Su duración estimada es de 5 minutos.
- Participación en la sesión Lo Hablamos de una de las clases de 4º. Tendrá una duración de 2 horas y se llevará a cabo en el propio centro, dentro del horario escolar.
- Además, pediremos la colaboración 1 chico y 1 chica del grupo, que serán seleccionados de forma aleatoria, para realizar una entrevista personal con el grupo de trabajo de este estudio.

Los datos serán analizados posteriormente de forma exclusiva por el equipo investigador. En todo momento se estará en lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de

datos de carácter personal.

Si así lo desea, puede solicitar un informe con el resultado final del estudio. Si necesita recibir más información o resolver cualquier duda, no dude en llamar a (nombre investigador/ investigadora) al teléfono (número de teléfono)

Doy mi consentimiento para que el IES _____ participe en este estudio de investigación

Director /Directora del centro:

Nombre y apellidos

Reciba un cordial saludo y toda nuestra gratitud

2. Autorización para participar en el proyecto, para madres y padres de chicos y chicas que pasarán el un cuestionario vía On-Line

Estimados Padres y Madres:

Ponemos en su conocimiento que el grupo de su hijo o hija ha sido seleccionado para participar en un proyecto de Investigación financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Se le pedirá a su hijo o hija que pase un cuestionario, muy breve, sobre salud. Este cuestionario se pasará tres veces, en diferentes momentos durante un mes. Este cuestionario forma parte de una investigación sobre el Proyecto “Lo hablamos. Sensibilización sobre salud mental en las aulas” El cuestionario es totalmente anónimo.

Toda la información recogida será analizada, de forma exclusiva por los/as investigadores/as. En todo momento se respetará el anonimato de los participantes y se estará lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

Por todo ello, solicitamos su autorización por escrito.

Esperando su colaboración, reciban un cordial saludo.

En _____, a (día) de (mes) de (año)

Vº Bueno

Nombre del Padre/Madre/Tutor/a

Fdo: Nombre

2. Autorización para participar en el proyecto, para madres y padres de chicos y chicas que pasarán un cuestionario vía On-Line y asistirán a una sesión del Proyecto Lo Hablamos.

Estimados Padres y Madres:

Ponemos en su conocimiento que el grupo de su hijo o hija ha sido seleccionado para participar en un proyecto de Investigación financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Se le pedirá a su hijo o hija que pase un cuestionario, muy breve, sobre salud. Este cuestionario se pasará tres veces, en diferentes momentos durante un mes. Este cuestionario forma parte de una investigación sobre el Proyecto “Lo hablamos. Sensibilización sobre salud mental en las aulas” Los resultados son totalmente anónimos.

Además, en el grupo-clase de su hijo se realizará la Sesión “Lo Hablamos”, una intervención sobre salud, que tiene una duración de dos horas y que se llevará a cabo por el equipo investigador de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Toda la información recogida será analizada, de forma exclusiva por los/as investigadores/as. En todo momento se respetará el anonimato de los participantes y se estará lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

Por todo ello, solicitamos su autorización por escrito.

Esperando su colaboración, reciban un cordial saludo.

En _____, a (día) de (mes) de (año)

Vº Bueno

Nombre del Padre/Madre/Tutor/a

Fdo: Nombre

ANEXO 3. Toolkit. AQ-8-C (Extracto de la batería diseñada para población adolescente)

Name or ID Number _____ Date _____

PLEASE READ THE FOLLOWING STATEMENT ABOUT CHARLIE.

Charlie is a new student in your class. Before Charlie's first day, your teacher explained that Charlie is mentally ill and is transferring from a special school.

NOW CIRCLE THE NUMBER OF THE BEST ANSWER TO EACH QUESTION.

1. I would feel pity for Charlie.

None at all 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Very much

2. How dangerous would you feel Charlie is?

None at all 1 2 3 4 5 6 7 8 9 very much

3. How scared of Charlie would you feel?

None at all 1 2 3 4 5 6 7 8 9 very much

4. I think Charlie is to blame for the mental illness.

None at all 1 2 3 4 5 6 7 8 9 very much

5. I think Charlie should be in a special class for kids with problems, not a normal class like mine.

None at all 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Very much

6. How angry would you feel at Charlie?

None at all 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Very much

7. How likely is it that you would help Charlie with school work?

Would not help 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Would help

8. I would try to stay away from Charlie after school.

None at all 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Very much

The AQ-8-C Score Sheet

Name or ID Number _____ Date _____

The AQ-8-C consists of 8 stereotypes which correspond with factors from the AQ-27.

Coercion was not included here. Note, no items are reverse scored for the AQ-8C.

_____ Blame = AQ4

_____ Anger = AQ6

_____ Pity = AQ1

_____ Help = AQ7

_____ Dangerousness = AQ2

_____ Fear = AQ3

_____ Avoidance = AQ8

_____ Segregation = AQ5

The higher the score, the more that factor is being endorsed by the subject.

ANEXO 4. Cuestionario usado en la investigación presente, versión impresa

Hay 8 preguntas en esta encuesta

1 Por favor, introduce el nombre de tu centro Y

CÚAL ES TU CLASE Y GRUPO (por ejemplo, 4ºC) *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

2 Por favor, escribe aquí un código formado por tus iniciales, en mayúsculas y el día de tu nacimiento.

Mira el ejemplo.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Si tu nombre fuese Mario Sepúlveda Gómez y hubieras nacido el día 4 del mes, el código que se genera es:

MSG04

Si tienes cualquier duda consúltaselo a tu profesor o profesora

VIÑETA

Por favor lee la siguiente historia sobre un chico o una chica que se va a incorporar por primera vez a tu clase. En esta historia da igual si imaginas que esa persona nueva en tu clase es un chico (Carlos) o una chica (Carlota).

Carlos/Carlota se está sintiendo bastante triste en las últimas semanas. Siente cansancio todo el tiempo y le cuesta dormir. No le

apetece comer y ha perdido peso, no puede concentrarse en sus estudios y han bajado sus notas. Le cuesta tomar decisiones y cualquier tarea, por más sencilla que sea se le hace un mundo.

Sus padres y amistades están bastante preocupados *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

1- Nada de acuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9. Totalmente de acuerdo

Me daría pena de Carlos/ Carlota

Pensaría que puede ser una persona peligrosa

Le tendría miedo

Lo que sea que le ocurra, se lo ha buscado

Debería estar en un colegio especial, no en una clase normal como la mía

Que estuviera en clase conmigo me molestaría

Si necesitara ayuda con sus deberes, lo ayudaría

Intentaría no acercarme a él/ella después de clase

VIÑETA 2

Por favor, ahora lee la siguiente historia sobre otro chico u otra chica que se incorpora por primera vez a tu clase.

En esta historia da igual si imaginas que esa persona nueva

en tu clase es un chico (Luís) o una chica (Luisa)

Luís/ Luisa tiene 15 años y vive en casa con sus padres. Ha

estado faltando bastante a la escuela durante el último año y

hace poco lo ha dejado del todo. En los últimos seis meses ya

no ve a sus amigos y ha empezado a encerrarse todo el tiempo

en su habitación, rechazando comer con la familia y salir ni

siquiera a darse una ducha. Sus padres también le oyen
andando por la habitación, dando vueltas por las noches.

Aunque saben que allí no hay nadie más, le oyen discutir y
gritar como si estuviera con alguien en la habitación. Cuando
los padres le tratan de animar a hacer más cosas, lo rechaza
diciendo que “no puede salir de la casa, ya que los vecinos le
espían”.

Saben que no se trata de un problema de drogas, porque no ha salido de la habitación en
todo este tiempo. Todos están bastante preocupados.

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

- Nada de acuerdo 1 2 3 4 5 6 7 8 9. Totalmente de acuerdo

Me daría pena de Luís / Luisa

Pensaría que puede ser una persona peligrosa

Le tendría miedo

Lo que sea que le ocurra, se lo ha buscado

Debería estar en un colegio especial, no en una clase normal como la mía

Que estuviera en clase conmigo me molestaría

Si necesitara ayuda con sus deberes, lo ayudaría

Intentaría no acercarme a él/ella después de clase

Datos Sociodemográficos

5 [00001]EDAD *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

6 [00002]SEXO: *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Femenino
- Masculino

7 [000057]¿Tienes contacto con alguna persona que tenga
enfermedad mental? *

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí
- No

Puede ser vecino, amigo, familiar, etc.

8 [000058]¿Quieres aportar algún comentario, sugerencia,
duda sobre este cuestionario?

Por favor, escriba su respuesta aquí:

.....

ANEXO 5. Guión para la entrevista en profundidad

Introducción

- Explicar brevemente en qué va a consistir la entrevista así como los protocolos de privacidad.
- Datos demográficos relativos de la persona entrevistada: edad y su curso.
- Agradecerle que haya querido participar.

Bloque 1: Percepción de la sesión, satisfacción, identificación de lo que más me ha gustado, motivos.

¿Podrías hacerme una descripción sobre la sesión de “Lo hablamos” en la que has participado? ¿Cuál crees que era el propósito de hacer esta sesión?

¿Te ha gustado participar en ella? ¿Por qué?

¿Te parece que haber participado en esta sesión te ha cambiado la forma de pensar?

¿Después de la sesión, has tenido alguna conversación sobre este tema? ¿Con quién y sobre qué aspecto en particular?

Bloque 2. Evaluación objetivos que se deseaban conseguir con la intervención.

Cognitivo:

¿Te importaría que alguien con EM fuera tu vecino/a? ¿Por qué? ¿Cómo te haría sentir?

¿Crees que es peor tener una enfermedad mental o una enfermedad física? ¿Por qué?

¿Piensas que una persona con EM es más vulnerable a las exigencias, por ejemplo, que suponen los estudios? ¿Por qué?

¿Tú crees que esta enfermedad puede mejorar con el tiempo? ¿En qué cosas crees que mejoraría? ¿Por qué?

¿Crees que la persona con EM puede llegar a tener una vida normal en relación a actividades diarias, familia, vivir de forma independiente en un piso...? ¿Por qué?

¿Te parece que algunas personas con EM pueden ser “genios” en actividades creativas o matemáticas...? ¿Por qué?

Conductual:

Si tuvieras a alguien con EM de manera cercana, por ejemplo en clase, ¿cómo te comportarías? **¿por qué?** ¿cómo te haría sentir? (A continuación, cuestiones aclaratorias:)

¿qué harías si se sienta a tu lado en clase?

¿lo elegirías para trabajar en grupo?

¿qué harías si uno de tus amigos lo trajera a tu pandilla?

¿Y si te invitara a una fiesta en su casa?

¿Y cómo crees qué reaccionarías si la persona con EM fuese de tu familia cercana? ¿Crees que tu relación con esa persona cambiaría?

¿Crees que te podría gustar alguien que tuviera EM? Y si a esa persona le gustases tú, ¿cómo crees que reaccionarías?

Emocional:

¿Has conocido a alguien que tuviera una EM? ¿Cómo te hacía sentir?

¿Y si te dicen que tú tienes una EM? ¿qué pensarías? ¿Cómo te sentirías? ¿Cómo crees que reaccionarías, harías algo?

Bloque 3.

Identificación de cambios en lo que se pensaba, creía, y lo que ha cambiado con la participación en la sesión.

¿Crees que la sesión ha cambiado alguna de las creencias que tenías sobre la EM?

¿En qué sentido? ¿En qué medida?

Lo que sabes sobre EM, ¿de donde piensas tú que lo has aprendido?

¿Tú crees que has aprendido cosas importantes en esta sesión?

Te parece que si en el futuro conoces a alguien que tenga un problema de salud mental ¿te resultará más sencillo tratar con ella que si no hubieras participado en ella?

ANEXO 6. Códigos identificativos de las entrevistas en profundidad

El código que corresponde a cada participante entrevistado/a tiene en cuenta dos aspectos:

1. En primer lugar, la primera letra hace referencia al sexo del /a participante, pudiendo ser:

H: Hombre

M: Mujer

2. A continuación, la siguiente letra mayúscula indica el ámbito poblacional del/ la participante:

U: urbano

R: rural