



**EFECTOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO
SOYCOMOTU: PREVENCIÓN DEL ESTIGMA
ASOCIADO A LA ENFERMEDAD MENTAL EN
ADOLESCENTES**

M^a NIEVES MARTÍNEZ HIDALGO

MÁSTER UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA

TUTOR: FERNANDO MOLERO ALONSO

SEPTIEMBRE 2017

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN..... | 4 |
| CAPÍTULO I. REVISIÓN TEÓRICA | 5 |
| 1.1 Introducción | 5 |
| 1.2 Estigma social y salud mental | 6 |
| 1.3 Estigma social, adolescencia y salud mental..... | 7 |
| 1.4 Conocimientos o alfabetización en salud mental | 9 |
| 1.5 El estigma y su relación con otras variables: edad, sexo y familiaridad | 10 |
| 1.6 Estrategias de lucha contra el estigma: Intervención en entornos escolares | 11 |
| CAPÍTULO II. ESTUDIO EMPÍRICO | 14 |
| 2.1 Objetivos de la investigación | 14 |
| 2.2 Método | 15 |
| 2.2.1 Diseño del estudio | 15 |
| 2.2.2 Descripción de la intervención a estudio: Programa Educativo Soycomotu®..... | 15 |
| 2.2.3 Muestra..... | 15 |
| 2.2.4 Instrumentos de medida | 16 |
| 2.2.5 Procedimiento..... | 19 |
| 2.2.6 Análisis de datos..... | 20 |
| CAPÍTULO III. RESULTADOS | 22 |
| 3.1 Medidas de estigma, atribución y conocimientos en el pretest | 22 |
| 3.1.1 Diferencias en el pretest en estigma, atribución y conocimientos en función del sexo | 22 |
| 3.1.2 Diferencias en el pretest en estigma, atribución y conocimientos en función de la edad | 22 |
| 3.1.3 Diferencias en el pretest en estigma, atribución y conocimientos en función del grado de familiaridad..... | 23 |
| 3.2 Efectos de la intervención en las medidas de estigma, atribución y conocimientos | 25 |
| 3.2.1 Medidas de estigma, atribución y conocimientos en el pretest en el grupo experimental y en el grupo control..... | 25 |
| 3.2.2 Efectos de la intervención sobre el nivel de estigma..... | 26 |
| 3.2.3 Efectos de la intervención sobre el nivel de atribución..... | 26 |
| 3.2.4 Efectos de la intervención sobre el nivel de conocimientos sobre salud mental | 29 |
| 3.3 Influencia de las variables predictoras edad y sexo en los cambios observados..... | 29 |
| 3.3.1 Influencia de las variables predictoras edad y sexo en los cambios observados en estigma | 29 |

| | |
|--|----|
| 3.3.2 Influencia de las variables predictoras edad y sexo en los cambios observados en atribución..... | 30 |
| 3.3.3 Influencia de las variables predictoras edad y sexo en los cambios observados en conocimientos sobre salud mental..... | 30 |
| 3.4 Valoraciones de equipos directivos y de orientación, del profesorado y del alumnado.... | 30 |
| 3.4.1 Análisis Cualitativo | 30 |
| 3.4.2 Control de la calidad de la intervención | 33 |
| 3.4.3 Efectos de la implementación del programa en sus facilitadores..... | 34 |
| CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN..... | 35 |
| 4.1 Discusión..... | 35 |
| 4.1.1 Limitaciones y Mejoras de la presente investigación..... | 37 |
| 4.1.2 Aplicaciones prácticas..... | 37 |
| 4.1.3 Líneas futuras de investigación | 38 |
| 4.2 Conclusiones | 38 |
| REFERENCIAS | 40 |
| ANEXOS..... | 47 |
| Anexo I: Solicitud de colaboración para el equipo directivo del centro educativo | 48 |
| Anexo II: Consentimiento informado autorizado para padres y madres | 49 |
| de participantes..... | 49 |
| Anexo III: Protocolo de pruebas, instrucciones y datos sociodemográficos | 50 |
| Anexo IV: Test Auto-informado sobre conducta de enfermedad y familiaridad | 51 |
| o contacto con personas con PSM..... | 51 |
| Anexo V: 12-ECSM Evaluación de conocimientos sobre salud mental | 52 |
| Anexo VI: Escala 3E. Escala de Evaluación del Estigma | 53 |
| Anexo VII: Cuestionario r-AQ. Cuestionario de atribución | 54 |
| Anexo VIII: Cuestionario para monitores sobre la implementación del | 55 |
| programa soycomotu en centros de educación secundaria..... | 55 |
| Anexo IX: Informe de satisfacción cumplimentado por equipo directivo de | 57 |
| centros educativos donde se ha implementado el programa | 57 |
| Anexo X: Encuesta para profesores y orientadores de centros educativos | 58 |
| en los que ha sido implementado el programa educativo..... | 58 |
| Anexo XI: Descripción del programa educativo SOYCOMOTÚ® de Sensibilización y | |
| Alfabetización en Salud Mental en las Aulas..... | 59 |

RESUMEN

Una de las principales barreras para la búsqueda de ayuda profesional es el estigma social asociado a las personas con problemas de salud mental (personas con PSM). La ausencia de diagnóstico clínico y tratamiento en población adolescente, conlleva serias consecuencias como agravamiento de los síntomas, abandono y fracaso escolar y altas tasas de suicidio, entre otras. Además, la OMS (2013) prevé que para el año 2020 la prevalencia de los problemas de salud mental aumentará en niños y adolescentes hasta un 50% y será la primera causa de discapacidad entre los jóvenes.

El estigma hacia los PSM se inicia en la infancia y no va sólo asociado a los Trastornos Mentales Graves (TMG) sino a cualquier otro tipo de trastorno psicológico, independientemente de su mayor o menor gravedad. Además, la falta de conocimientos o la información errónea sobre salud mental, asociadas al propio estigma, dificulta la conciencia y el reconocimiento de tener PSM o dificultades emocionales, la petición de ayuda profesional y el apoyo social de amigos, compañeros y familiares.

Detectada esta necesidad social, es importante desarrollar, implementar y evaluar programas de educación en salud mental que sensibilicen y promuevan actitudes prosociales hacia los compañeros con PSM y que aporten herramientas para mejorar la salud mental y los conocimientos necesarios para que los propios adolescentes sean capaces de contar con hábitos de vida saludable, dar apoyo a personas cercanas con PSM, y detectar si ellos mismos necesitan ayuda psicológica y buscarla sin temor a ser etiquetados, discriminados y rechazados por sus iguales.

El proyecto de investigación que se presenta tiene como objetivo general comprobar la eficacia de la implementación del Programa Educativo Soycomotu® como estrategia de intervención dentro del aula con una muestra total de 1.107 adolescentes de 12 a 16 años de edad, valorando si los efectos conseguidos van en la línea de los objetivos específicos marcados: reducción del estigma social y mejora de la alfabetización en salud mental. Dicho estudio cuenta con un grupo experimental de 621 participantes procedentes de 5 centros educativos de la región de Murcia y un grupo control de 486 participantes de 4 centros educativos diferentes. Centros asignados de forma aleatoria a cada condición. Se realizaron dos evaluaciones pre y post intervención y se prevé realizar una evaluación de seguimiento, 6 meses después de finalizada la intervención.

El análisis estadístico de los datos obtenidos sugiere la eficacia del programa observando una reducción estadísticamente significativa de las actitudes estigmatizantes y de las atribuciones negativas hacia los iguales con problemas de salud mental y aumento en el nivel de conocimientos o alfabetización en salud mental. Por lo que se contempla la posibilidad de aumentar el número de sesiones del programa educativo e incluso proponer su inclusión dentro del currículo escolar como se ha hecho en otros países.

CAPÍTULO I. REVISIÓN TEÓRICA

1.1 Introducción

La discapacidad mental (problemas de salud mental o diversidad funcional, como la autora prefiere denominar, aunque se utilizarán de forma habitual las siglas PSM) ha sido objeto de estigmatización a lo largo de la historia.

En la actualidad, los PSM son una fuente de preocupación para todos los estados tanto por su alta prevalencia en adultos (25%) y en adolescentes (20%), como por las consecuencias del estigma asociado. Una de las más graves consecuencias del estigma es que constituye la principal barrera en la búsqueda de ayuda profesional tanto en población adulta como en población infanto-juvenil (OMS, 2013). Y, según varios estudios, entre ellos, el realizado por Pinto-Foltz, Hickman, Logsdon y Burant (2012), la ausencia de un diagnóstico clínico y de tratamiento, en población adolescente, potencia el agravamiento de los síntomas, altas tasas de suicidio, bajo rendimiento académico, fracaso escolar, aislamiento social, embarazos no deseados y mayor probabilidad de abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias.

Por otro lado, existen estudios que relacionan la baja alfabetización en salud mental con el estigma y sus consecuencias y proponen la implementación de programas de intervención social para mejorar los conocimientos sobre salud mental y reconocimiento de síntomas, adquirir hábitos saludables y facilitar el apoyo a personas con PSM (Chisholm et al., 2016; Evans-Lacko et al., 2010; Jorm, 2012).

Existe un motivo más que justifica la necesidad de este tipo de estudios, pues a pesar de que existen muchas investigaciones realizadas acerca del estigma en población general, son numerosos los autores que en sus revisiones resaltan la escasez de estudios dirigidos a población infanto-juvenil y su necesidad (Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004; López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez, & Aparicio, 2008; Muñoz, Pérez-Santos, Crespo & Guillén, 2009). Además, según Mellor (2014), hay muy pocos estudios sobre intervenciones antiestigma en entornos escolares que cumplan con ciertos criterios de rigor metodológico (carecen de grupo de control, no son aleatorizados, no especifican con claridad los procedimientos o estrategias utilizados), por lo que el autor sugiere la necesidad de continuar trabajando en este campo de investigación.

Kaushik, Kostaki y Kyriakopoulos (2016), tras la revisión de cuarenta y dos estudios, concluyeron que dado que la estigmatización de los jóvenes con PSM es un proceso generalizado que comienza desde la infancia, y, teniendo en cuenta que uno de cada diez niños y adolescentes tienen PSM, pero sólo tres de ellos piden ayuda profesional y que los PSM no tratados suponen una gran carga para la salud pública, resulta imprescindible investigar y comprender los procesos de estigmatización en población adolescente para poder diseñar e implementar intervenciones eficaces.

La investigación que aquí se presenta tiene como objetivo general la evaluación de un programa antiestigma, el programa educativo Soycomotu. En un estudio exploratorio realizado por la autora (Martínez-Hidalgo, 2015), se pudo detectar la necesidad social de diseñar e implementar un programa de intervención en los centros educativos de la región de Murcia, ya que los niveles de estigma de los adolescentes de 12 a 16 años hacia sus iguales con PSM, aunque moderados, iban asociados a una ausencia de conciencia o reconocimiento de tener problemas clínicos de ansiedad o depresión y, por tanto, a no buscar ayuda profesional.

1.2 Estigma social y salud mental

El estigma asociado a los PSM, es una de las dimensiones del estigma encontradas en la literatura. Según la taxonomía de Goffman (1963), entraría dentro de las imperfecciones del carácter (enfermedades mentales, adicciones). En otra investigación más reciente (Towler y Shneider, 2005, cit. en Silván-Ferrero, 2011, pp.301), sería el aplicado a las personas con discapacidad mental.

Desde que, en el año 1963, Goffman publicara el primer estudio sobre el estigma, definiéndolo como una inhabilitación para la plena aceptación social provocando un deterioro en la identidad social del individuo, una cantidad cada vez mayor de publicaciones se han ido sumando desde las áreas de la psicología, sociología y psiquiatría, entre otras. Desde la psicología social, Crocker, Major y Steele (1998), siguiendo la línea iniciada por Goffman (1963), indican que la estigmatización se produce cuando una persona posee de forma real, o en opinión de los demás, algún atributo o característica que le proporciona una identidad social negativa o devaluada en un determinado contexto.

En el ámbito de la salud mental, tema central de este trabajo, el estigma es definido como un conjunto de actitudes negativas y conductas discriminatorias derivadas de estereotipos y prejuicios asociados a personas que han sido etiquetadas o categorizadas socialmente por presentar PSM (Badallo, 2012; Corrigan, 2003; Muñoz et al., 2009). El estigma es un proceso psicosocial complejo en el que intervienen el sujeto estigmatizado, el agente estigmatizador y otros muchos factores tanto personales, como sociales, económicos y políticos, y que puede variar en función del contexto social y cultural (Muñoz, Sanz & Pérez-Santos, 2011). En el proceso de estigmatización participan la familia y los educadores, los medios de comunicación y los propios profesionales de la salud que estigmatizan y discriminan a los pacientes en función de su etiqueta psicodiagnóstica (Muñoz et al., 2009).

Es importante resaltar las consecuencias que genera el proceso de estigmatización. Major, McCoy, Kaiser y Quinton (2003) afirman que el estigma como identidad social negativa es un estresor crónico y agudo que se añade como una carga invisible al malestar producido por la sintomatología clínica existente. Ejemplo de ello es el temor a ser etiquetados como seres inferiores, locos, inmaduros, dependientes o discapacitados y de

ahí, el miedo a ser visto saliendo de la consulta de un psicólogo o de un centro de salud mental; o, incluso, el hecho de evitar una baja laboral donde conste que ésta se produce por un PSM.

Aunque dentro del estudio del estigma existen varios niveles (estructural o institucional, público o social, de cortesía, autoestigma o estigma internalizado, percibido, anticipado y experimentado), en la presente investigación, el foco de atención se sitúa por las razones comentadas en la introducción, sólo sobre el estigma público o social existente en los adolescentes hacia sus iguales con problemas de salud mental (PSM).

Para llevar a cabo este trabajo, se ha seguido, como marco teórico, la Teoría Sociocognitiva del Estigma Público de Corrigan (2004). Según este modelo, el estigma público es definido como el proceso por el que actitudes y creencias negativas motivan en el público general una serie de reacciones emocionales que pueden desencadenar conductas de discriminación hacia las personas con PSM.

Corrigan (2004) asume en el marco teórico de su teoría socio-cognitiva del estigma público de la enfermedad mental. Este autor incide en las respuestas cognitivas, afectivas y conductuales del estigma: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación y, propone, partiendo de la teoría de la Atribución Causal de Weiner (1995), que tanto las conductas discriminativas como las prosociales vienen determinadas directamente por las reacciones emocionales derivadas de la atribución o no de responsabilidad y/o de peligrosidad sobre las personas con enfermedad mental grave. Corrigan desarrolló dos modelos para explicar el proceso de estigmatización: a) El primer modelo explica las relaciones entre las atribuciones de responsabilidad y las dos reacciones emocionales que se generan ante la aplicación o no de dicha atribución: la piedad y el enfado, reacciones de las que derivan las conductas de ayuda o de exclusión; y, b) El segundo modelo representa la atribución de peligrosidad, que genera la reacción emocional de miedo. Ante el miedo aparecen dos posibles conductas discriminativas: la evitación o la exclusión (Corrigan et al., 2007).

Este proyecto de investigación parte de los resultados obtenidos en el estudio previo realizado acerca de que el Modelo Sociocognitivo del Estigma de Corrigan es aplicable no sólo a la enfermedad mental grave sino a cualquier tipo de PSM, independientemente de su gravedad (Martínez-Hidalgo, 2015).

1.3 Estigma social, adolescencia y salud mental

Son muchas y variadas las razones que justifican la realización de este estudio sobre la eficacia de la implementación de un programa educativo de sensibilización y educación en salud mental en población adolescente. A las graves consecuencias derivadas del estigma como barrera en la búsqueda de ayuda profesional, hay que añadir la alta prevalencia de los PSM en población adolescente (20%) y que casi la mitad debutan antes de los 14 años; además, actualmente, sólo la depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad

(OMS, 2013); y un informe recientemente publicado por la OMS (2017) afirma que entre las principales causas de muerte evitables, están los accidentes de tráfico, las infecciones respiratorias y los suicidios (67.149 adolescentes en 2015). Las estadísticas según sexo indican que el suicidio en chicas es la segunda causa de muerte en todo el mundo y la quinta en chicos. Entre las chicas de 15 y 19 años, las complicaciones del parto o del aborto son la primera causa de muerte (28.886 chicas murieron en 2015 por este motivo). Según este mismo informe, la mayoría de estas muertes se podrían prevenir con la mejora de la educación en salud mental, de los servicios de salud y de atención social.

Por otro lado, la adolescencia es un momento clave para la fijación de estereotipos y prejuicios (Whal, 2003) y para la intervención educativa contra el estigma (Mellor, 2014) pues en esta etapa se es más permeable a la educación (Shulze & Angermeyer, 2003). El estigma hacia los PSM se inicia en la infancia y va asociado no sólo a los Trastornos Mentales Graves (TMG) sino a cualquier tipo de diagnóstico de mayor o menor gravedad. La mayor parte de los jóvenes con PSM han experimentado el estigma desde sus iguales (Moses, 2010; Mukolo, Hefling, & Wallston, 2010). En su estudio, O'Driscoll, Heary, Hennessy & McKeague (2015) exploraron las motivaciones de los adolescentes para excluir a los compañeros con TDAH o depresión: una de las motivaciones era que los pares con PSM no podían cumplir con las normas y convenciones sociales; otra, que incluir en el grupo a un compañero con PSM planteaba riesgos sociales y personales a sus miembros. Un informe de Time to Change (2013) aporta algunas de las consecuencias del estigma informadas por los adolescentes: el 40% de los adolescentes afirman que el estigma les ha llevado a dejar de ir al instituto; el 54%, que les ha conducido a evitar la relación con los amigos; y el 26%, que les ha hecho pensar en el suicidio.

Otros datos que justifican la necesidad del desarrollo de programas antiestigma de sensibilización y educación en salud mental son los que hacen referencia a la necesidad social detectada de mejorar la convivencia escolar, favoreciendo la educación inclusiva y las actitudes prosociales hacia los iguales con PSM o diversidad funcional. En un estudio exploratorio, previo al desarrollo de esta investigación, realizado por la autora con una muestra de 1.112 participantes de educación secundaria (ESO) en la región de Murcia (Martínez-Hidalgo, 2015), se encontró que el 19,2% de los adolescentes de 12 a 16 años tenía PSM. La adolescencia es una etapa en la que debutan ciertos cuadros clínicos como los trastornos psicóticos, y se agravan otros ya existentes como los trastornos de ansiedad y los cuadros depresivos que tienden a duplicar su prevalencia a partir de los 14 años (Bragado, Carrasco, Sánchez, Bersabé, Loriga & Monsalve, 1995; Del Barrio, 2010; Martínez-Hidalgo, 2015).

Una razón más que justifica la intervención educativa en alumnado de Educación Secundaria, es la falta de conciencia o la ocultación de tener PSM. Si los adolescentes ocultan o no reconocen sus PSM por miedo a ser etiquetados y rechazados (Jones et al., 1984; Schneider & Conrad, 1980), o no son conscientes de tener PSM por falta de información o baja alfabetización en salud mental (derivada también, entre otros factores del propio estigma), las consecuencias pueden ser muy graves porque se dificulta o retrasa

el acceso al tratamiento. Según el estudio previo realizado por la autora (Martínez-Hidalgo, 2015), el 11,4% del alumnado con problemas de ansiedad (puntuaciones elevadas en STAIC) y el 10,5% del alumnado con sintomatología clínica depresiva (puntuaciones elevadas en CDI) no reconocieron tener un PSM. Afrontar el estigma mediante el mecanismo de la ocultación genera un estrés añadido al ya producido por la propia patología (Pedersen, 2005); además, tanto la negación como la ocultación de tener un PSM implica una serie de riesgos que obstaculizan la recuperación de la salud, ya que se retrasa o dificulta la búsqueda de tratamiento (Calveti et al., 2012; Lysaker & Buck, 2007; Staring et al., 2009).

También hay que resaltar en la etapa de la adolescencia, por un lado, la importancia del apoyo social para el desarrollo de la identidad (Erikson, 1995), la necesidad de este apoyo dentro y fuera del entorno escolar (Berger, 2007) y la aceptación de los pares como factor protector de la salud mental y facilitadora de su recuperación (Meadows, Brown & Elder, 2006) y, por otro, la necesidad de prevenir el acoso escolar, la discriminación y exclusión social de los compañeros con PSM que suelen ser un blanco fácil de estas actitudes estigmatizantes (Millon, 1993), sufren la pérdida de amistades después del inicio de los síntomas, burlas y hostigamiento de parte de los compañeros y experiencias de aislamiento y soledad (Brown & Bigler, 2005; Moses, 2010; O'Driscoll et al., 2015).

A pesar de que la evidencia empírica todavía es limitada, los resultados conseguidos, tras la implementación de programas educativos en diferentes lugares del mundo, son alentadores: estos programas de intervención educativa son eficaces y gracias a ellos, los adolescentes aprenden a cuidar su salud mental, a conocerse y a pedir ayuda profesional si la necesitan y a respetar y apoyar emocionalmente a los compañeros que presentan algún tipo de problema psicológico (Del Casale et al., 2013; Pinto-Foltz & Logsdon, 2009; Pitman & Mattey, 2004; Ventieri, Clarke & Hay, 2011).

1.4 Conocimientos o alfabetización en salud mental

Existen estudios que demuestran que los conocimientos sobre salud mental contribuyen a reducir el estigma, hecho que llevaría a potenciar la estrategia de educación para mejorar las actitudes hacia la salud mental (Milin et al., 2016). De hecho, en el meta-análisis realizado por Hadlaczky, Hökby, Mkrtchian, Carli & Wasserman (2014), en el que se analizan los efectos del programa psicoeducativo MHFA en quince estudios diferentes, los resultados indican una mejoría en conocimientos en salud mental y actitudes y conductas hacia las personas con PSM. Este programa de primeros auxilios en salud mental que fue diseñado e implementado por vez primera en Australia (Kitchener & Jorm, 2002, cit. en Hadlaczky et al., 2014, p.468) ha sido aplicado en 21 países y su metodología es similar a la de los programas de primeros auxilios en salud física.

La alfabetización en salud mental es una traducción del término inglés *mental health literacy* que fue introducido y acuñado por Jorm en Australia (Jorm et al., 1997) y está siendo cada vez más reconocido por la comunidad científica. Los programas de educación o alfabetización de la salud física han recibido más atención tanto a nivel

institucional como al de la ciudadanía que los de alfabetización en salud mental. Sin embargo, según Jorm (2012), en varios países se han realizado estudios que han detectado la existencia de deficiencias en: a) conocimientos sobre cómo prevenir los PSM; b) reconocer cuando se está desarrollando un PSM; c) conocer opciones de búsqueda de ayuda y tratamientos; d) conocimiento de estrategias de autoayuda; y, e) habilidades de primeros auxilios para apoyar a personas con PSM. Todos estos déficits podrían subsanarse con programas de educación o alfabetización en salud mental dirigidos a población general y a poblaciones específicas como las de jóvenes y adolescentes, como grupos de alto riesgo, por lo que los centros educativos son escenarios muy adecuados para mejorar la alfabetización en salud mental.

En una investigación realizada en entornos educativos con el programa educativo *In our own voice*, Pinto-Foltz, Logsdon & Myers, (2011) encontraron mejoras significativas en alfabetización en salud mental a las cuatro y a las ocho semanas de seguimiento. Jorm (2012) presenta los resultados de cuatro estudios controlados y aleatorizados diferentes que también valoran la eficacia de un curso de primeros auxilios en salud mental, encontrando mejoras (que se mantienen tras cinco o seis meses de seguimiento) en el conocimiento, en la confianza respecto a dar ayuda, conducta de ayuda real y actitudes estigmatizantes.

Como ya se comentó en un epígrafe anterior, el bajo nivel de alfabetización derivado del estigma en salud mental puede ser uno de los factores que esté en la base de la falta de conciencia de enfermedad y que da lugar a que los adolescentes con PSM no sepan reconocer que están desarrollando algún tipo de problema psicológico y no accedan a un diagnóstico e intervención temprana (Martínez-Hidalgo, 2015). En la revisión de la literatura, se comprueba la escasez de estudios sobre programas que incluyan actividades dirigidas a la adquisición de conocimientos en salud mental y que evalúen su eficacia, la mayor parte de ellos tienen como objetivo primordial la sensibilización y el cambio de actitudes en dirección prosocial (Evans-Lacko et al., 2010). Sin embargo, con una mejor formación en salud mental los adolescentes podrían reducir las actitudes estigmatizadoras hacia sus iguales con PSM, contarían con herramientas y estrategias que favorecerían la comunicación asertiva y el afrontamiento del estrés. Además, dispondrían de información suficiente para detectar si ellos mismos o alguno de sus compañeros necesitan pedir ayuda profesional. Por ello, es importante que los programas anti-estigma cuenten con un bloque de actividades que aborden la alfabetización en salud mental y, aunque en algunos programas se incluye el contacto interpersonal, la estrategia más ampliamente utilizada es la educación y sensibilización (Mellor, 2014).

1.5 El estigma y su relación con otras variables: edad, sexo y familiaridad

En la literatura sobre el estigma en salud mental, los resultados indican que los hombres obtienen puntuaciones más elevadas en actitudes estigmatizantes que las mujeres (Farina, 1981; Wahl, 2003) y que el estigma empeora con la edad (O'Driscoll et al., 2015). En el estudio exploratorio previo a la realización de este trabajo (1.112 participantes de entre 12 y 16 años de edad), la autora (Martínez-Hidalgo, 2015) encontró que las chicas obtenían puntuaciones más bajas en actitudes estigmatizantes que los

chicos y se observaba un repunte a la edad de 14 años. Los comportamientos de exclusión se racionalizan más y suelen ser mejora aceptados con la edad, pero las mujeres muestran una mayor preocupación por la inclusión de los compañeros excluidos (Malti, Killen & Gasser, 2012; Park & Killen, 2010, cit. en O'Driscoll et al., 2015). Otros estudios apoyan la existencia de diferencias de género, en cuanto a los niveles de empatía y conducta prosocial a favor de las mujeres adolescentes (Mason et al., 2015). Los resultados de investigaciones centradas en los modelos de atribución y aceptación social, indican que la edad, el género y la responsabilidad percibida del problema mental son los tres predictores más importantes de la aceptación de los pares. Swords et al., (2011) encontró que los chicos de 6 a 16 años que responsabilizan a otros chicos por su depresión o su TDAH, muestran una menor aceptación de ellos. Las chicas participantes en este estudio dieron calificaciones más altas de aceptación y un menor nivel de estigma. Pinfold et al., (2003), analizaron los efectos de un programa educativo en colegios del Reino Unido y obtuvieron resultados similares. Aunque, en un estudio realizado por Corrigan et al., (2007) no se encontraron diferencias significativas en el nivel de estigma (utilizando el cuestionario de atribución r-AQ) en función del sexo, en otra investigación (Martínez-Hidalgo, 2015), en la que se medía el estigma con este mismo cuestionario, si se encontró que las chicas tenían puntuaciones medias más bajas que los chicos. El metaanálisis realizado por Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz y Rüsch (2012) puso de manifiesto que los programas anti-estigma tuvieron un mayor impacto en población adolescente. Los autores sugieren la posibilidad de que las creencias y estereotipos negativos hacia las personas con PSM estén menos arraigados en los adolescentes por lo que responden mejor a los programas basados en la educación que los adultos. Durante las etapas de educación infantil y primaria, los procesos cognitivos pueden favorecer la asimilación de información que prevenga o reduzca el desarrollo de prejuicios y conductas discriminativas (Corrigan & Watson, 2007). Por otro lado, según Schulze et al. (2003), existen rasgos de personalidad que no se desarrollan hasta la adolescencia y que están en la base de la formación de los estereotipos sobre los grupos. Refieren los autores que esta idea apoyaría la idoneidad de intervenir en edades tempranas

Respecto a las relaciones encontradas entre la variable contacto o familiaridad con los PSM, existen estudios en población adolescente que indican que el contacto con los PSM se asocia a niveles más bajos de estigma y de distancia social (Martínez-Hidalgo, 2015; Yap, Reavley, Mackinnon & Jorm, 2013). Angermeyer & Matschinger (1996) también demostraron que las personas con mayor familiaridad reaccionaban de manera prosocial ante las personas con PSM. Según la hipótesis de contacto de Allport (1963) el contacto con personas del grupo estigmatizado reduce las actitudes de rechazo y discriminación.

1.6 Estrategias de lucha contra el estigma: Intervención en entornos escolares

La gran relevancia política concedida por organismos internacionales (OMS, Declaración de Helsinki, 2005; Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020) a la lucha contra el estigma en salud mental, ha dado lugar a la realización de diferentes tipos de actuaciones e incluso a la creación de una alianza internacional de países comprometidos

con esta causa (Global Alliance Against Stigma, GASA, 2012), en la que la Fundación Cattell Psicólogos ha sido recientemente admitida por su trayectoria, implicación y desarrollo de estrategias de sensibilización, educación, contacto y formación inclusiva en el área de la salud mental.

La literatura pone de manifiesto que son tres las estrategias que han sido utilizadas de forma más común en la lucha contra el estigma de la salud mental: Protesta, Educación y Contacto (Byrne, 2000; Corrigan et al., 2001; Heijnders & Van Der Meij, 2006; López et al., 2008; Muñoz, Guillén, & Pérez-Santos, 2013). Aunque los programas basados en el contacto y la interacción social mixta tienen un impacto más amplio y mantenido que las estrategias basadas en la educación (Clement et al., 2012), la estrategia educativa es la más recomendada por organismos internacionales y la más utilizada en todo el mundo. En la revisión sistemática sobre intervenciones anti-estigma en centros educativos realizada por Mellor (2014) en la que sólo diecisiete estudios de setenta cumplían con los criterios exigidos (RCT, cluster RCT, NRT o CBA), una minoría aportaba resultados positivos en reducción del estigma y mejoría de conocimientos. Se encontraron intervenciones en las que se utilizaba sólo la estrategia de educación, en otras contacto indirecto o directo y la mayor parte de ellas se implementaron en entornos escolares con adolescentes de educación secundaria. Algunas de estas intervenciones ponen el foco en el estigma de la enfermedad mental en general y otras, en la esquizofrenia o la depresión. Siete de los doce estudios que recogen información de seguimiento obtuvieron resultados positivos (p.ej. Chan, Mak & Law, 2009; Economou et al., 2011). Corrigan et al. (2012) concluyen en su metaanálisis que los programas con mayor eficacia e impacto son los que combinan las estrategias de educación y contacto social directo. Además, los programas de sensibilización de larga duración que consisten no sólo en transmitir información, sino que además y, sobre todo, aportan conocimientos sobre salud mental a través de la discusión, la participación en pequeños foros, la presentación o el testimonio de personas con problemas de salud mental, han demostrado su utilidad. Los objetivos prioritarios de las campañas antiestigma dirigidas a niños y adolescentes son, por un lado, la prevención y la promoción de la salud mental y, por otro, la sensibilización. A través de la educación y de la adquisición de conocimientos (alfabetización en salud mental) se intentan disminuir las actitudes de rechazo y discriminación hacia los iguales con PSM tanto en el entorno educativo como fuera de él. El estigma, las actitudes y creencias acerca de los trastornos mentales se desarrollan durante la infancia y la adolescencia (Wahl, Hanrahan, Lasher, & Swaye, 2007). Las intervenciones en las primeras etapas del desarrollo pueden contribuir a la mejora de la salud de los adolescentes, por varias razones: la intervención temprana aumenta la conciencia de enfermedad o de tener un PSM y facilita la búsqueda del tratamiento y la adherencia al tratamiento.

Algunos ingredientes importantes que mejoran la eficacia de los programas educativos son su implementación en entornos escolares y con la implicación de padres y profesores (O'Mara et al, 2009). En España, el programa *Lo hablamos* (Bono, Toro, Ruiz & Carrasco, 2012) fue aplicado en 11 Centros Educativos de la Junta de Andalucía (186 participantes de 14 a 16 años). Las conclusiones son bastante alentadoras a pesar de

la brevedad de la intervención (1 sesión de dos horas y media). Tras la intervención se observa una mejora en conocimientos, eliminación de estereotipos y disminución de la propensión a mostrar conductas discriminatorias; en referencia a los resultados obtenidos en función del género, el análisis revela diferencias mínimas no significativas. En Barcelona, Vila-Badía et al., (2016) evaluaron un programa educativo en el que participaron 280 adolescentes de 14 a 18 años de centros educativos. El programa incluía el componente de contacto indirecto con el visionado de un vídeo en el que los protagonistas eran tres adolescentes con PSM y posterior debate con dos profesionales de la salud mental. Los resultados indican una mejoría en el grupo experimental en las variables que miden el estigma (autoritarismo, restrictividad social). Las chicas y los participantes que conocían a alguna persona con PSM obtuvieron mejores resultados. Estos datos son consistentes con los hallados en estudios previos realizados por Martínez-Zambrano et al., (2013) en los que se incluyó el contacto directo con tres personas con PSM.

Los programas educativos aplicados en el contexto escolar con chicos y chicas adolescentes son bastante prometedores, tanto los de mayor duración (Milin et al., 2016; Naylor, Cowie, Walters, Tallamelli & Dawkins, 2009), como los de duración breve (Chisholm et al., 2016; Pinfold et al., 2003; Pitman & Mathey, 2004; Ventieri, Clarke & Hay, 2011), pues se observan cambios tanto a nivel de conocimientos sobre salud mental como en actitudes hacia las personas con PMS que pueden favorecer tanto la conciencia de enfermedad como la búsqueda de tratamiento psicológico.

Para llevar a cabo este proyecto de investigación, se decidió tomar como población objetivo, la población adolescente de 12 a 16 años de edad. El criterio seguido para la elección de participantes de Educación Secundaria fue resultado de la revisión de la literatura realizada previa al diseño del estudio empírico. La mayor parte de los estudios (Chisholm et al., 2012; Corrigan et al., 2005; Martínez-Zambrano et al., 2013; Moses, 2009; O’Mara et al., 2009; Pinto-Foltz et al., 2011; Stuart, 2006) han tomado como población diana, la población adolescente con un margen de edades similar al elegido por este estudio y, además, en algunos de ellos, se utilizó como instrumento de medida del estigma el Cuestionario de Atribución r-AQ de Corrigan (2007). Otro criterio importante para elegir esta población en concreto, fue el decisivo papel que los pares ejercen en este rango de edad.

CAPÍTULO II. ESTUDIO EMPÍRICO

2.1 Objetivos de la investigación

El objetivo general de la investigación es comprobar la eficacia de la implementación del Programa Educativo SoycomoTu® evaluando sus efectos en la adquisición de conocimientos en salud mental y la reducción del estigma hacia los iguales con problemas de salud mental. Los objetivos específicos son:

- 1.- Comprobar si la participación en el programa educativo Soycomotu aumenta el nivel de conocimientos en salud mental y reduce los niveles de Atribución Negativa y de Estigma asociados a los iguales con problemas de salud mental.
- 2.- Comprobar si el cambio en Atribución Negativa, Estigma y Conocimientos de Salud Mental guarda relación con la Edad de los participantes en el programa educativo.
- 3.- Comprobar si el cambio en Atribución Negativa, Estigma y Conocimientos de Salud Mental guarda relación con el Sexo de los participantes en el programa educativo.
- 4.- Comprobar si las puntuaciones en el pretest en Atribución Negativa, Estigma y Conocimientos de Salud Mental guardan relación con el grado de Familiaridad de los participantes en el programa educativo.

Hipótesis

- 1.- El grado de contacto de los participantes con las personas con PSM correlaciona en sentido directo con el nivel de conocimientos sobre salud mental.
- 2.- El grado de contacto de los participantes correlaciona en sentido inverso con el nivel de estigma y el nivel de atribución negativa estigmatizante hacia los iguales con problemas de salud mental.
- 3.- La participación en el programa educativo SoycomoTu aumentará el nivel de conocimientos sobre salud mental.
- 4.- La participación en el programa educativo SoycomoTu disminuirá los niveles de estigma hacia los iguales con problemas de salud mental.
- 5.- La participación en el programa educativo SoycomoTu disminuirá el nivel de atribución negativa estigmatizante hacia los iguales con problemas de salud mental.
- 6.- La implementación del programa educativo Soycomotu en adolescentes obtendrá mejores efectos en chicas que en chicos en reducción de los niveles de estigma y en los de atribución negativa estigmatizante.
- 7.- La implementación del programa educativo Soycomotu obtendrá mejores efectos en adolescentes de menor edad que en los de mayor edad en cuanto a reducción de los niveles de estigma y de los niveles de atribución negativa estigmatizante.

2.2 Método

2.2.1 Diseño del estudio

Se utilizó un diseño pretest-postest con grupo de control. El factor intragrupo fue el momento de la evaluación (pre y post) y los factores intergrupales: la condición del grupo (experimental-control), la edad (12, 13, 14, 15 y 16 años), el sexo (chico-chica) y el grado de familiaridad o contacto (1, 2, 3 y 4). Y como variables dependientes: VD1: conocimientos sobre salud mental, VD2: estigma y VD3: atribución negativa.

2.2.2 Descripción de la intervención a estudio: Programa Educativo Soycomotu®

El programa Soycomotu® es un programa educativo de sensibilización y alfabetización en salud mental dirigido a alumnado de educación secundaria de centros educativos de la región de Murcia. Dicho programa combina dos estrategias, la educación y el contacto directo e indirecto. Ha sido diseñado y viene siendo implementado de forma totalmente gratuita por la Fundación SOYCOMOTÚ desde el curso 2014/2015.

La primera edición de este programa sirvió como estudio piloto y con los datos exploratorios obtenidos a nivel cuantitativo (Martínez-Hidalgo, 2015), y los satisfactorios datos cualitativos recabados tras la implementación del programa, se decidió ampliar el número de sesiones de 2 a 6 e incluir más actividades y dinámicas que abarcaran con mayor profundidad y amplitud temas de sensibilización y, sobre todo, de alfabetización en salud mental, para trabajar no sólo las actitudes discriminativas hacia los iguales con PSM, sino también, la prevención y la promoción de hábitos adecuados para el bienestar emocional y la salud mental de los adolescentes.

El programa educativo con 6 sesiones fue implementado por primera vez durante el curso 2015/2016. La intervención objeto de estudio en este proyecto de investigación se llevó a cabo durante el curso 2016/2017. La descripción detallada del programa puede verse en el anexo XI.

2.2.3 Muestra

La selección de la muestra fue llevada a cabo de entre los 9 centros educativos públicos de la región de Murcia ubicados en un ámbito sociocultural y económico medio que aceptaron participar en la investigación. Estos centros fueron asignados de forma aleatoria a la condición experimental y control. Los participantes se escogieron por clases completas de 1º a 4º de ESO. Los criterios de inclusión de la muestra fueron no haber participado anteriormente en programas educativos sobre sensibilización y conocimientos de salud mental y tener entre 12 y 16 años. Los criterios de exclusión de la muestra consistieron en tener menos de 12 años o más de 16 años de edad, haber participado en programas educativos sobre sensibilización y conocimientos de salud mental.

Tras eliminar 37 casos que no habían cumplimentado de forma completa el protocolo de tests, la muestra definitiva estuvo formada por un total de 1.107 participantes de entre 12 y 16 años de edad matriculados en Centros Públicos de Educación Secundaria Obligatoria de la Región de Murcia. El grupo experimental estuvo formado por un total de 621 participantes (n= 310 chicos y n= 311 chicas; n= 106 de 12 años, n= 162 de 13

años, n= 143 de 14 años, n= 123 de 15 años y n= 87 de 16 años). El grupo control contó con un total de 486 participantes (n= 243 chicos y n= 243 chicas; n= 77 de 12 años, n= 107 de 13 años, n= 92 de 14 años, n= 122 de 15 años y n= 88 de 16 años).

Respecto a la nacionalidad de los padres de los participantes, se han encontrado porcentajes muy similares en el grupo experimental (GE) y en el grupo control (GC). En el GE, el 76,5% de los padres eran de nacionalidad española, el 8,4% de América del Sur y Centro, el 2,3% de Europa, el 11,1% de África y el 0,6% de Asia. En el GC, el 76,1% eran de nacionalidad española, el 9,3% de América del Sur y Centro, el 3,5% de Europa, el 9,9% de África y el 0,6% de Asia.

En la Tabla 2 se presenta el número de participantes del grupo experimental por centro educativo, localidad y curso. En la Tabla 3 se presenta estos mismos datos para los participantes del grupo control.

Tabla 2.

Número de participantes del Grupo Experimental por curso y por centro educativo

| Centro Educativo (Localidad) | 1º ESO | 2º ESO | 3º ESO | 4º ESO | Total |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|-------|
| IES Salzillo (Alcantarilla) | 80 | 0 | 0 | 0 | 80 |
| IES Miguel Espinosa (Murcia) | 0 | 0 | 40 | 40 | 80 |
| IES El Carmen (Murcia) | 81 | 48 | 59 | 43 | 231 |
| IES F. Sabater (Cabezo de Torres) | 0 | 59 | 35 | 22 | 116 |
| IES M. Vélez (El Palmar) | 0 | 39 | 38 | 37 | 114 |
| Total | 161 | 146 | 172 | 142 | 621 |

Tabla 3.

Número de participantes del Grupo Control por curso y por centro educativo

| Centro Educativo (Localidad) | 1º ESO | 2º ESO | 3º ESO | 4º ESO | Total |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|-------|
| IES Mar Menor (San Javier) | 0 | 0 | 87 | 55 | 142 |
| IES Miguel Espinosa (Murcia) | 99 | 79 | 0 | 0 | 178 |
| IES G. Molina (Torre Pacheco) | 44 | 20 | 27 | 0 | 91 |
| IES S. Mora (Roldán) | 0 | 0 | 0 | 75 | 75 |
| Total | 143 | 99 | 114 | 130 | 486 |

2.2.4 Instrumentos de medida

Para llevar a cabo el estudio empírico, se utilizó un instrumento para medir el Estigma (Escala 3E), otro para medir las atribuciones negativas (Cuestionario de Atribución r-AQ) y un tercero, para evaluar el nivel de conocimientos sobre salud mental (Cuestionario 12-ECSM) que fueron cumplimentados por el grupo experimental antes y después de la

implementación del programa educativo y por el grupo control en dos tiempos entre los que también transcurrían 6 semanas pero sin recibir la intervención educativa.

1.- Para medir la variable *Estigma*, definida como el conjunto de actitudes negativas de rechazo y discriminación hacia las personas con problemas de salud mental, se utilizó la Escala de Evaluación del Estigma 3E (Martínez-Hidalgo, 2015), que fue desarrollada siguiendo el modelo teórico de Corrigan (2004). Consta de 24 ítems y de una viñeta en la que se describe la situación en la que se informa al alumnado de que uno de sus compañeros de su clase tiene problemas psicológicos. El contenido de los ítems incluye elementos cognitivos, afectivos y conativo-conductuales. Es un cuestionario para medir actitudes a través de preguntas formuladas como opiniones. Se utilizó una escala de respuesta de frecuencia con cuatro niveles: nada, poco, bastante y mucho (con puntuaciones que van de 1 a 4). Este instrumento de medida fue sometido a un estudio piloto en población infanto-juvenil escolarizada en Centros Educativos de la Región de Murcia, comprobando que el modo de presentación y redacción de los ítems resultaba de fácil comprensión y cumplimentación. En la segunda fase del estudio piloto realizado con la segunda versión de la escala (24 ítems) con una muestra de 929 participantes de 4º de Educación Primaria a 2º de Bachiller, el coeficiente de fiabilidad como consistencia interna ha sido elevado (Alfa de Cronbach 0,856), manteniéndose la buena fiabilidad que se había conseguido en la primera fase del estudio piloto con la versión inicial del cuestionario (Alfa de Cronbach 0,862) que constaba de 39 ítems (muestra de 390 participantes de 4º de Educación Primaria a 2º de Bachiller). La matriz factorial no rotada apoyó la unidimensionalidad del instrumento. La matriz factorial de componentes rotados (rotación ortogonal varimax) permitió la identificación de los ítems con saturaciones más altas en cada factor, la clarificación de la estructura del instrumento y, por tanto, del constructo que se pretende medir. La Escala 3E aporta, como resultado global, el grado de estigma hacia los compañeros con problemas psicológicos (rango de puntuación de 24 a 96) (Anexo VI). En este estudio, la consistencia interna (alfa de Cronbach) fue 0.88.

2.- Para medir las atribuciones negativas asociadas a personas con problemas de salud mental se utilizó, con permiso del autor, la versión adaptada al español del Cuestionario de Atribución r-AQ (Corrigan, 2007) utilizada y validada en población española por Bono et al., cuyos resultados (aportan una adecuada consistencia interna, estructura factorial tendente a la unidimensionalidad y buena fiabilidad test-retest) que constan en documento interno no han sido todavía publicados (2012). Consta de una viñeta inicial y de 8 ítems que miden 8 factores relacionados con las atribuciones hacia los compañeros con PSM: *responsabilidad, compasión, enfado, ayuda, exclusión, peligrosidad, miedo y evitación*. Además, estos ítems se encuentran divididos en las categorías de estereotipos: ítems 2 y 4 (peligrosidad y culpa); prejuicios: ítem 1, 3 y 6 (pena miedo y enfado); y conducta o distancia social: ítems 5, 7 y 8 (segregación, ayuda y evitación). Las respuestas a estos 8 ítems van en una escala de frecuencias de 9 niveles que van de No, Nada o Ninguno a Muchísimo y Sí, absolutamente. El rango de puntuaciones va de 1 a 9. La puntuación mínima es 8 y la máxima de 72. El ítem 7 (ayuda) es inverso (mayor puntuación meno conducta estigmatizadora). El cuestionario aporta

puntuaciones individuales para cada dimensión analizada en cada ítem y un cómputo global con la puntuación total (Anexo VII). En este estudio, la consistencia interna (alfa de Cronbach) fue 0.62.

3.- La evaluación de conocimientos de salud mental se ha realizado con el cuestionario 12-ECSM. Es un instrumento de medida diseñado *ad hoc* para evaluar el nivel de conocimientos sobre salud mental antes y después de la implementación del programa educativo Soycomotu. Consta de 12 ítems con 4 opciones de respuesta de las que sólo una respuesta es correcta. El contenido de los ítems va asociado a los temas que se abordan en las distintas actividades incluidas en el programa educativo englobadas en dos grandes bloques: a) Alfabetización en salud mental; y, b) Sensibilización. Del total de los 12 ítems, 7 cubren la evaluación del área de conocimientos, educación y alfabetización en salud mental, con los siguientes contenidos: ítem nº 3, sobre identificación de síntomas que pueden indicar que se tiene o se está desarrollando un PSM; ítem nº 4, sobre la alta prevalencia los PSM tanto en población general como en población adolescente; ítem nº 7, sobre cómo ayudar o dar apoyo emocional a una persona con PSM; ítem nº 9, sobre la importancia del autoconocimiento para poder respetarse y cuidar a nivel de salud mental; ítem nº 10, en qué consiste la inteligencia emocional; ítem nº 11, sobre la gestión y expresión adecuada de las emociones; y, el ítem nº 12, sobre la conducta a seguir cuando se padece un PSM.

De los 12 ítems del cuestionario, 5 están dirigidos a la evaluación del área de sensibilización y cubren los siguientes contenidos: ítem nº 1, influencia del estigma y su afrontamiento con el mecanismo de la ocultación en el escaso conocimiento de los PSM; ítem nº 2, origen de los PSM. Causas multifactoriales; ítem nº 5, deconstrucción de creencias irracionales, estereotipos y prejuicios asociados a las personas con PSM asimilados a través de los modelos de socialización; ítem nº 6, consecuencias del uso inadecuado de las etiquetas negativas (estereotipos) asociadas a las personas con PSM por tener este tipo de problemas; y, el ítem nº 8, sobre los medios de comunicación y su papel en el proceso de estigmatización como transmisores de estereotipos (peligrosidad e imprevisibilidad) y prejuicios (miedo) hacia las personas con PSM.

Las puntuaciones totales oscilan de 0 a 10. Se hizo un estudio piloto con un grupo de adolescentes (de 12 a 16 años) previo al desarrollo de esta investigación, comprobando que el modo de presentación y redacción de los ítems y la múltiple opción de respuesta no generaba problemas de comprensión y que resultaba de fácil y rápida cumplimentación (Anexo V). En el presente estudio, la consistencia interna (alfa de Cronbach) fue 0,65.

4.- Otros Cuestionarios. Junto a estos instrumentos estandarizados, los participantes cumplimentaron un pequeño cuestionario *ad hoc* con dos bloques de preguntas. Un primer bloque sobre *Datos Sociodemográficos* (Anexo III). Y, un segundo bloque con preguntas referentes al *Contacto o Familiaridad* con los PSM y sobre la *Conducta de Enfermedad (Conciencia de Enfermedad y Búsqueda de Ayuda Profesional)*: se pregunta si buscaría ayuda profesional en caso de necesitarlo y si se es consciente o se reconoce el hecho de tener o haber tenido problemas psicológicos (Anexo

IV). Para establecer los diferentes grados de la variable Familiaridad se ha seguido el criterio de tener (o haber tenido) o no tener (o no haber tenido) problemas psicológicos combinado con tener o no tener conocidos con problemas psicológicos. Estos son los grados de mayor a menor familiaridad (de 4 a 1):

- *Grado de Familiaridad 4:* Los adolescentes que tienen o han tenido PSM y conocen a alguna persona con PSM.
- *Grado de Familiaridad 3:* Los adolescentes que tienen o han tenido PSM y no conocen a ninguna persona con PSM.
- *Grado de Familiaridad 2:* Los adolescentes que no tienen ni han tenido PSM, pero sí conocen a alguna persona con PSM.
- *Grado de Familiaridad 1:* Los adolescentes que no tienen ni han tenido PSM y tampoco conocen a ninguna persona con PSM.

2.2.5 Procedimiento

Un gran número de centros educativos de la región de Murcia, profesorado y orientadores conocen y tienen información sobre el programa educativo Soycomotu por varias razones: a) El programa ha sido implementado a lo largo de 2 cursos en 47 centros educativos diferentes y con 11.389 participantes. La Consejería de Educación está informada de la existencia de esta intervención y la aprueba, aunque no haya formalizado todavía un convenio de colaboración con la Fundación; b) Semanalmente, Onda Regional de Murcia dedica un espacio gratuito para la difusión del programa educativo de la Fundación; c) El programa, sus objetivos y beneficios son difundidos en ferias de voluntariado, en campañas de sensibilización con motivo, entre otros, del Día Mundial de la Salud Mental, en redes sociales, web y otros medios de comunicación (prensa escrita, televisión regional). Cada año, en el mes de septiembre orientadores de distintos centros educativos se dirigen a la Fundación SOYCOMOTÚ (por mail y/o teléfono) para solicitar la implementación del programa educativo en sus aulas.

En cuanto al procedimiento planteado para la selección de los centros participantes, en una primera fase, y, a lo largo del mes de noviembre de 2016, se estableció contacto con los Departamentos de Orientación de varios centros educativos de distintas localidades de la Región de Murcia para informar de los objetivos de la investigación. De entre todos los que aceptaron participar en la investigación, unos centros fueron asignados de forma aleatoria al grupo control y otros al grupo experimental. A los equipos directos de los centros asignados al grupo control se les informó que su alumnado tendría que hacer un protocolo de tests en dos momentos distintos y con un intervalo aproximado de entre 1 mes y medio y 2 meses. También se les informó que, durante el próximo curso, la Fundación se comprometía a implementar de forma totalmente gratuita el programa educativo Soycomotu.

Una vez que los Equipos Directivos y los Departamentos de Orientación aprobaron la participación en el estudio firmando un certificado (Ver Anexo I), se repartieron las cartas de consentimiento informado para los padres y madres del alumnado

de 1º, 2º, 3º y 4º curso de Educación Secundaria, con el fin de solicitar las correspondientes autorizaciones de participación (Ver Anexo II).

En una segunda fase (durante los meses de enero y febrero) previa a la implementación del programa educativo SoycomoTu® de Sensibilización y Educación en Salud Mental (descrito en el epígrafe 2.2.2) dentro de cada aula y en presencia del profesor-tutor, los participantes cumplimentaron el protocolo de tests pre-intervención. El formato de presentación de las pruebas fue contrabalanceado. La mitad de los participantes de cada aula cumplimentaba un formato distinto para evitar posibles sesgos y que pudieran intercambiar impresiones sobre sus respuestas. A continuación, cada pareja de monitores implementaba las 6 sesiones de 55 minutos del programa educativo a lo largo de 6 semanas. Los monitores se han preparado a través de sistemáticos seminarios de formación teórico-práctica y han sido evaluados para llevar a cabo este tipo de intervención y actuar de modo similar con todos los grupos siendo "objetivos", de modo que su comportamiento no afecte los resultados. La formación y evaluación ha sido realizada por investigadora y directora de la Fundación. El programa de formación para monitores incluye actividades en torno a la adolescencia, a la salud mental y al estigma, técnicas de dinámica de grupo y resolución de conflictos, reflexión sobre la necesidad del apoyo entre iguales y formación para la aplicación del protocolo de pruebas, entre otras.

En una tercera fase (meses de febrero y marzo de 2017), tras finalizar la 6ª y última sesión, se procedió a la recogida de datos post-intervención siguiendo el mismo protocolo que en la fase pre-intervención.

2.2.6 Análisis de datos

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado mediante el programa informático SPSS 21.0 (SPSS, 2013).

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en este trabajo se han realizado diferentes tipos de análisis estadísticos. En primer lugar, se llevaron a cabo análisis preliminares exploratorios realizando pruebas T de muestras independientes para comprobar si los grupos experimental y control estaban igualados en el pretest respecto a las tres variables dependientes. Se realizó una sola ANCOVA para la variable con una media marginalmente significativa ($p= 0.06$) para eliminar las diferencias pretest entre los grupos.

Se calcularon medidas de tendencia central (medias) y dispersión (desviación típica), análisis de frecuencias y porcentajes univariados. Se definieron las variables de cambio para las tres variables dependientes (estigma, atribución y conocimientos) como la diferencia entre las puntuaciones obtenidas en los dos momentos de evaluación (pre y post) y se aplicó una prueba T de muestras independientes para comprobar si los cambios promedio diferían o no entre el grupo experimental y el grupo control para cada una de las variables dependientes.

Se realizaron tres ANOVAS Mixtos con un factor inter (grupo) y un factor intra (con medidas repetidas pretest-postest) para ver la interacción grupo y pretest-postest.

También se hicieron tres análisis de regresión por pasos para comprobar la medida en qué las variables predictoras edad y género podían estar influyendo en los cambios observados del pretest al postest en las tres variables dependientes

Además, se llevaron a cabo análisis de correlación (*Coeficiente de Pearson*) para observar las pautas de variación común entre las puntuaciones obtenidas en cada uno de los 8 ítems del cuestionario de atribución. Y se efectuaron análisis de correlación para comprobar si existía relación y el sentido de ésta entre el estigma, la atribución y el nivel de conocimientos sobre salud mental. También se realizaron análisis de correlación entre la variable familiaridad y las tres variables dependientes y tres ANOVAS con sus respectivas pruebas T de Tukey para cada variable dependiente.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1 Medidas de estigma, atribución y conocimientos en el pretest

En este apartado se presentan las diferencias encontradas en el momento de evaluación pretest (previo a la implementación del programa educativo) para las variables Estigma, Atribución y Conocimientos en función del sexo, de la edad y del grado de familiaridad.

3.1.1 Diferencias en el pretest en estigma, atribución y conocimientos en función del sexo

En los análisis exploratorios realizados para comprobar si existían diferencias significativas en función del sexo, la prueba T de muestras independientes aportó diferencias estadísticamente significativas para las tres variables dependientes objeto de estudio: a) Estigma: $T(1105)=9,666$; $p=0,000$. Diferencia estadísticamente significativa a favor de las chicas que muestran un nivel más bajo de estigma que los chicos; b) Atribución: $T(1105)=6,102$; $p=0,000$. Diferencia estadísticamente significativa a favor de las chicas que muestran un nivel más bajo en atribuciones negativas que los chicos; c) Conocimientos: $T(1105)=-6,382$; $p=0,000$. Diferencia significativa a favor de las chicas que muestran un nivel más alto de conocimientos sobre salud mental que los chicos. En la Tabla 4 aparecen estos datos junto a los datos descriptivos de grupo en función del sexo.

Tabla 4.

Datos descriptivos y prueba T para Estigma, Atribución y Conocimientos en función del sexo

| Variables Dependientes | Sexo | N | Media | Desviación Típica | t | p |
|------------------------|------|-----|-------|-------------------|--------|-------|
| Estigma | M | 553 | 43,08 | 9,67 | | |
| | F | 554 | 37,92 | 8,06 | 9,666 | 0,000 |
| Atribución | M | 553 | 21,39 | 7,75 | | |
| | F | 554 | 18,68 | 7,02 | 6,102 | 0,000 |
| Conocimientos | M | 553 | 7,01 | 1,68 | | |
| | F | 554 | 7,59 | 1,35 | -6,382 | 0,000 |

3.1.2 Diferencias en el pretest en estigma, atribución y conocimientos en función de la edad

Los ANOVAS de un factor para muestras independientes realizados indican que no existen diferencias significativas ni en la variable estigma $F(4,1106)=0,082$; $p=0,474$, ni en la variable atribución negativa $F(4,1106)=1,761$; $p=0,134$, en los cinco niveles de edad estudiados (12, 13, 14, 15 y 16 años). Como era de esperar en la variable conocimientos si se han encontrado diferencias significativas en función de la edad $F(4,1106)=11,071$; $p=0,000$, cuyos resultados arrojan un mayor nivel de conocimientos en salud mental conforme aumenta la edad. En la Tabla 5 se presentan los descriptivos para las variables Estigma, Atribución y Conocimientos en función de la edad en el momento de evaluación pretest.

Tabla 5.

Datos descriptivos y ANOVA de un Factor. Medidas de Estigma, Atribución y Conocimientos en función de la Edad

| Variables | Edad | N | Media | DT | F | p |
|---------------|-------|------|-------|------|----------|-------|
| Estigma | 12 | 183 | 39,61 | 8,88 | 0,882 | 0,474 |
| | 13 | 269 | 40,89 | 9,28 | | |
| | 14 | 235 | 40,65 | 9,15 | | |
| | 15 | 245 | 40,11 | 9,33 | | |
| | 16 | 175 | 41,15 | 9,68 | | |
| | Total | 1107 | 40,50 | 9,26 | | |
| Atribución | 12 | 183 | 20,15 | 7,07 | 1,761 | 0,134 |
| | 13 | 269 | 20,67 | 7,04 | | |
| | 14 | 235 | 20,06 | 7,52 | | |
| | 15 | 245 | 18,98 | 7,97 | | |
| | 16 | 175 | 20,34 | 7,92 | | |
| | Total | 1107 | 20,03 | 7,51 | | |
| Conocimientos | 12 | 183 | 6,88 | 1,51 | 11,071** | 0,000 |
| | 13 | 269 | 7,02 | 1,60 | | |
| | 14 | 235 | 7,33 | 1,58 | | |
| | 15 | 245 | 7,67 | 1,38 | | |
| | 16 | 175 | 7,60 | 1,52 | | |
| | Total | 1107 | 7,30 | 1,55 | | |

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

La prueba HSD de Tukey confirma la existencia de diferencias significativas en la variable Conocimientos entre el alumnado de 12 años comparado con el de 14, 15 y 16 años y entre el alumnado de 13 años comparado con el de 15 y 16 años.

Como conclusión y como se desprende de la correlación positiva y estadísticamente significativa de magnitud media-baja entre la edad y el nivel de conocimientos ($r = 0,187$; $p = 0,000$), el nivel de conocimientos sobre salud mental aumenta con la edad.

3.1.3 Diferencias en el pretest en estigma, atribución y conocimientos en función del grado de familiaridad

Según los datos recabados el 9,5% de los participantes reconocen tener un PSM, el 15,9% de las chicas frente a un 3,6% de los chicos. Por otro lado, un 22,6% dicen haber tenido un PSM (el 29,2% de las chicas frente a un 15,9% de los chicos), cifra que se aproxima a la aportada por la OMS (20% de adolescentes; 1 de cada 5 adolescentes tiene problemas de salud mental). Respecto a su intención de búsqueda de ayuda, el 84% afirman que irían al psicólogo si lo necesitasen, siendo los porcentajes similares en chicas (86,6%) y en

chicos (81,2%) y el 21% reconocen haber ido al psicólogo (el 22,7% de las chicas y el 19,2% de los chicos). Y respecto al contacto que los adolescentes refieren tener con personas con PSM, el 52,5% tiene este contacto (el 17% de los participantes con familiares y el 20% con amigos).

En la Tabla 6 se presenta la distribución de frecuencias en función del grado de familiaridad que según los criterios explicados en el epígrafe de instrumentos quedó establecido en un rango de puntuaciones de 1 a 4 (de menor a mayor grado de familiaridad), indicando la intensidad del contacto o conocimientos sobre la experiencia de los problemas de salud mental.

Tabla 6.

Distribución de frecuencias en función del grado de familiaridad

| Grados de Familiaridad | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Acumulado |
|------------------------|------------|------------|----------------------|
| 1 | 440 | 39,7 | 40,1 |
| 2 | 396 | 35,8 | 76,1 |
| 3 | 80 | 7,2 | 83,4 |
| 4 | 182 | 16,4 | 100,0 |
| Total | 1098 | 99,2 | |

Los ANOVAS realizados indican que existen diferencias estadísticamente significativas en las tres variables dependientes objeto de estudio en función del grado de familiaridad: Estigma $F(3,1094)= 2,708$; $p = 0,044$; Atribución negativa $F(3,1094)= 5,336$; $p = 0,001$; y, Conocimientos $F(3,1094)= 0,082$; $p = 0,000$.

Las pruebas HSD de Tukey ponen de manifiesto que existen diferencias significativas en estigma entre los grados 2 y 4 de familiaridad; en atribución entre los grados 1 y 4 y 2 y 4; y en conocimientos, entre los grados 1 y 4 y 2 y 4.

Las correlaciones entre la familiaridad y las tres variables dependientes indican que en Conocimientos ($r= 0,118$; $p = 0,000$) existe una relación lineal significativa positiva, es decir, a mayor grado de familiaridad, mayor es el nivel de conocimientos sobre salud mental. En Atribución ($r= -0,103$; $p = 0,001$) existe una relación lineal significativa negativa, es decir, a mayor grado de familiaridad, menor es el nivel de atribuciones negativas. Y, en Estigma ($r= -0,054$; $p= 0,072$) la correlación es marginalmente significativa en sentido negativo, es decir, a mayor grado de familiaridad menor nivel de estigma.

En la Tabla 7 se presentan las correlaciones existentes entre las variables objeto de estudio en el pretest: una correlación significativa en sentido negativo entre conocimientos y estigma y entre conocimientos y atribución. A mayor nivel de conocimientos menor nivel de estigma y menor nivel de atribuciones negativas hacia los compañeros con problemas de salud mental. Y como era de esperar, existe una correlación estadísticamente significativa en sentido positivo entre las puntuaciones obtenidas en la

prueba de estigma (Escala 3E) y las halladas en la prueba de atribución (Cuestionario r-AQ) que indica que ambas pruebas comparten información, variabilidad y resultan complementarias.

Tabla 7.
Correlaciones de Pearson entre Estigma, Atribución, Conocimientos y Familiaridad en el momento de evaluación pretest

| Variables | Conocimiento | Atribución | Estigma | Familiaridad |
|---------------|--------------|------------|---------|--------------|
| Conocimientos | 1 | | | |
| Atribución | -0,257** | 1 | | |
| Estigma | -0,227** | 0,424** | 1 | |
| Familiaridad | 0,118** | -0,103** | -0,054 | 1 |

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

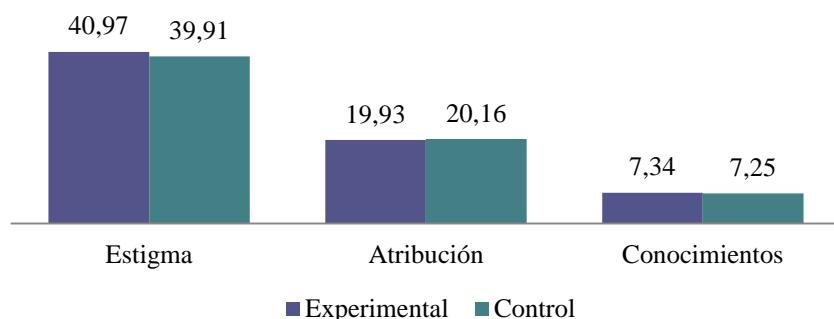
3.2 Efectos de la intervención en las medidas de estigma, atribución y conocimientos

3.2.1 Medidas de estigma, atribución y conocimientos en el pretest en el grupo experimental y en el grupo control

En primer lugar, se comprobó si los grupos experimental y control estaban igualados en el pretest. Se aplicaron tres pruebas T para ver si existían diferencias entre medias en el pretest, obteniendo los siguientes resultados: a) en Estigma ($T(1105)= 1,883$; $p= 0,060$); b) en Atribución ($T(1105)= -0,513$; $p= 0,608$); y c) en Conocimientos ($T(1105)= 0,939$; $p= 0,348$). No encontrándose, por tanto, diferencias significativas en ninguna de las tres variables dependientes, hecho que garantiza la homogeneidad de ambos grupos en el pretest. En el Gráfico 1 se aprecia cómo los grupos experimental y control están igualados en las medias encontradas en el pretest en cada una de las tres variables dependientes objeto de estudio.

Gráfico 1.

Medias en Estigma, Atribución y Conocimientos en grupos experimental y control en el momento de evaluación pretest



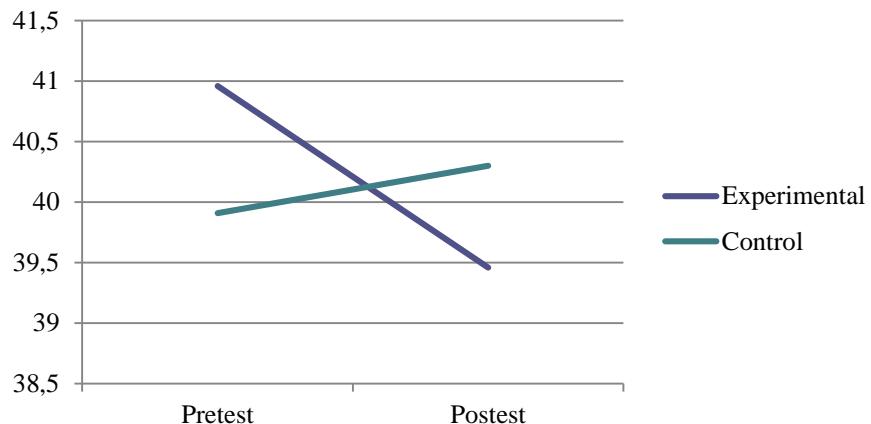
A continuación, se presentan los resultados encontrados para cada variable dependiente tras la implementación del programa educativo.

3.2.2 Efectos de la intervención sobre el nivel de estigma

Tras definir el cambio obtenido en la variable Estigma restando el pretest del postest, se aplicó una prueba T para la diferencia entre dos medias independientes, la del grupo experimental ($M= 1,50$; $DT= 7,89$) y la del grupo control ($M= -0,39$; $DT= 6,49$), observándose en el grupo experimental una reducción estadísticamente significativa en el nivel de estigma en comparación con el grupo control: $T(1105)= 4,276$; $p= 0,000$. Resultado que sería equivalente a la interacción en una ANOVA de dos factores, grupo (inter) y pretest-postest (intra), $F(1,1105)= 18,281$; $p= 0,000$. En el Gráfico 2 se observa la interacción entre el grupo y el momento de la evaluación (pretest-postest). Mientras en el grupo experimental disminuye el nivel de estigma en el postest, en el grupo control se observa un mantenimiento o ligero aumento del nivel de estigma.

Gráfico 2.

Medias marginales estimadas del nivel de Estigma en la interacción Grupo Momento de la Evaluación (pre-post intervención)



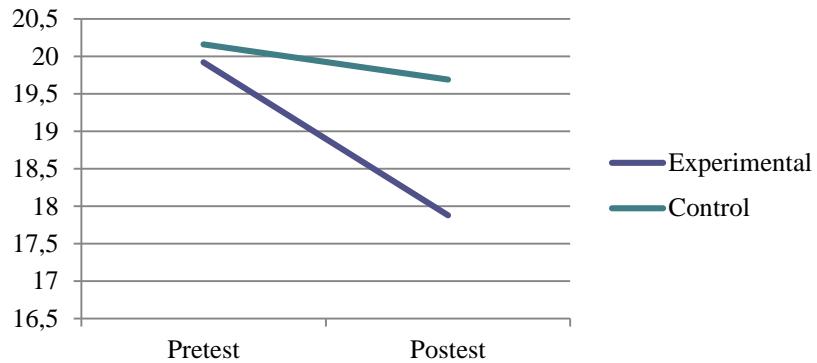
Por último, y dado que se detectó una diferencia marginalmente significativa en el pretest ($p = 0,06$) se realizó un ANCOVA con el objetivo de controlar las diferencias en el pretest, tomando como factor el grupo (experimental vs control), como variable dependiente el nivel de estigma en el postest y como covariante el nivel de estigma en el pretest. El resultado vuelve a ser estadísticamente significativo $F(1, 1104)= 14,915$; $p= 0,000$. La media marginal estimada del grupo experimental ($M= 39,12$) es significativamente inferior a la del grupo de control ($M= 40,74$).

3.2.3 Efectos de la intervención sobre el nivel de atribución

Una vez definido el cambio en la variable Atribución restando el pretest del postest, se aplicó una prueba T para la diferencia entre dos medias independientes, la del grupo experimental ($M= 2,049$; $DT= 6,68$) y la del grupo control ($M= 0,47$; $DT= 6,21$), observándose en el grupo experimental una reducción estadísticamente significativa en el nivel de atribución en comparación con el grupo control: $t(1105)= 4,017$; $p= 0,000$. Resultado que sería equivalente a la interacción en una ANOVA de dos factores, grupo (inter) y pretest-postest (intra), $F(1,1105)= 16,137$; $p= 0,000$. En el Gráfico 3 se observa la interacción entre el grupo y el momento de la evaluación (pre-post intervención). En el

grupo experimental disminuye el nivel de Atribución en el postest frente a un mantenimiento o ligero descenso del nivel de Atribución en el grupo control.

Gráfico 3. *Medias marginales estimadas del nivel de Atribución en la interacción Grupo Momento de la Evaluación*



Posteriormente se realizaron los mismos análisis para cada uno de los 8 ítems de la variable dependiente Atribución, definiendo en primer lugar la variable cambio de atribución del pretest al postest para cada uno de los ítems, restando el pretest del postest. En la Tabla 8 aparecen los tres ítems que han resultado significativos en la prueba T para la diferencia entre los cambios medios en Atribución (ítem a ítem) entre los grupos experimental y control: Pena, Segregación y Ayuda. No encontrándose diferencias en cuanto a la atribución de peligrosidad, miedo, culpa, enfado y evitación.

Tabla 8.

Medias en la variable de cambio del pretest al postest en Atribución y Pruebas T para diferencias de medias entre grupo experimental y grupo control.

| Atribución | Grupo | N | Media | DT | t | p |
|--------------|--------------|-----|-------|------|---------|---------|
| Pena | Experimental | 621 | 0,51 | 2,33 | 2,268 | 0,024* |
| | Control | 486 | 0,18 | 2,32 | | |
| Peligrosidad | Experimental | 621 | 0,31 | 1,61 | - 0,034 | 0,973 |
| | Control | 486 | 0,31 | 1,61 | | |
| Miedo | Experimental | 621 | 0,15 | 1,63 | - 0,228 | 0,820 |
| | Control | 486 | 0,17 | 1,55 | | |
| Culpabilidad | Experimental | 621 | -0,01 | 1,05 | - 0,101 | 0,920 |
| | Control | 486 | -0,00 | 1,29 | | |
| Segregación | Experimental | 621 | 0,76 | 2,49 | 6,244 | 0,000** |
| | Control | 486 | -0,12 | 2,08 | | |
| Enfado | Experimental | 621 | 0,06 | 1,01 | 1,096 | 0,273 |
| | Control | 486 | -0,02 | 1,33 | | |
| Ayuda | Experimental | 621 | 0,15 | 1,97 | 2,300 | 0,022* |
| | Control | 486 | -0,12 | 1,94 | | |
| Evitación | Experimental | 621 | 0,11 | 1,66 | 0,540 | 0,589 |
| | Control | 486 | 0,06 | 1,65 | | |

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Además, para comprobar si existía una correlación entre atribución (estereotipo), sentimiento (prejuicio) e intención de conducta (discriminación o distancia social) se hizo un estudio sobre las correlaciones encontradas entre los 8 ítems del cuestionario de atribución que se presenta en la Tabla 9.

Tabla 9.

Correlaciones entre los ítems de atribución, sentimientos e intención de conducta del cuestionario de atribución r-AQ

| Ítems | Peña | Peligrosidad | Miedo | Culpa | Segregación | Enfado | Ayuda | Evitación |
|-----------------|----------|--------------|---------|---------|-------------|---------|---------|-----------|
| 1. Peña | 1 | | | | | | | |
| 2. Peligrosidad | 0,171** | 1 | | | | | | |
| 3. Miedo | 0,187** | 0,591** | 1 | | | | | |
| 4. Culpa | 0,032 | 0,215** | 0,225** | 1 | | | | |
| 5. Segregación | 0,107** | 0,303** | 0,238** | 0,186** | 1 | | | |
| 6. Enfado | 0,054 | 0,244** | 0,185** | 0,204** | 0,127** | 1 | | |
| 7. Ayuda | -0,168** | 0,250** | 0,131** | 0,130** | 0,226** | 0,149** | 1 | |
| 8. Evitación | 0,065* | 0,386** | 0,258** | 0,265** | 0,343** | 0,270** | 0,338** | 1 |

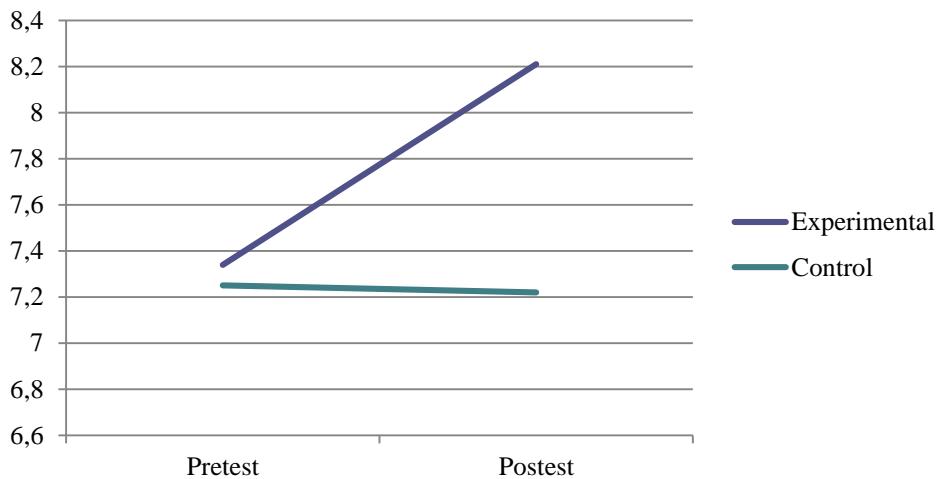
Las correlaciones encontradas van en la dirección marcada por el modelo teórico seguido en este trabajo (Corrigan et al., 2007). Así, el ítem 1 (*peña*) no correlaciona con el ítem 6 (*enfado*) ya que son prejuicios distintos y tampoco con el ítem 4 (estereotipo de *culpa*). El sentimiento de pena si correlaciona de forma negativa con el 7 de conducta de *ayuda* ($r= -0,168$; $p= 0,000$), en el sentido de que a mayor pena menor intención de no ayudar (ya que el ítem es inverso). También y como era de esperar la atribución de culpa si correlaciona con el sentimiento de enfado ($r= 0,204$; $p= 0,000$) y con las intenciones de conducta de *segregación* ($r=0,186$; $p= 0,000$), de *evitación* ($R= 0,265$; $p= 0,000$) y de *no ayudar* ($r= 0,130$; $p= 0,000$).

La correlación más elevada es la encontrada entre la atribución de *peligrosidad* y el *miedo* ($r= 0,591$; $p= 0,000$) y las siguientes correlaciones más altas son entre la atribución de peligrosidad y la evitación ($r= 0,386$; $p= 0,000$) y la segregación ($r= 0,303$; $p= 0,000$). Otra correlación elevada es la encontrada entre las conductas de evitación y de ayuda ($r= 0,338$; $p= 0,000$), sin olvidar que el ítem de la conducta de ayuda es inverso (correlaciona evitar a la persona con PSM con no prestarle ayuda).

3.2.4 Efectos de la intervención sobre el nivel de conocimientos sobre salud mental

Tras definir el cambio en la variable Conocimientos restando del postest el pretest, se aplicó una prueba T para la diferencia entre dos medias independientes, la del grupo experimental ($M= 0,87$; $DT= 1,49$) y la del grupo control ($M= -0,03$; $DT= 1,50$), observándose en el grupo experimental un aumento estadísticamente significativo en el nivel de Conocimientos en comparación con el grupo control: $T(1105)= 9,91$; $p= 0,000$. Resultado que sería equivalente a la interacción en una ANOVA de dos factores, grupo (inter) y pretest-postest (intra), $F(1,1105)= 98,214$; $p= 0,000$. En el Gráfico 4 se observa la interacción entre el grupo y el momento de la evaluación (pretest-postest). En el grupo experimental aumenta el nivel de conocimientos en el postest frente a un mantenimiento del nivel de conocimientos en el grupo control.

Gráfico 4. *Medias marginales estimadas del nivel de Conocimientos en la interacción Grupo Momento de la Evaluación*



3.3 Influencia de las variables predictoras edad y sexo en los cambios observados

Para saber hasta qué punto la edad y el sexo influyen en los cambios observados en los dos momentos de la evaluación (pretest-postest), con los datos del grupo experimental se realizaron tres análisis de regresión múltiple por pasos con las variables dependientes Cambio en Estigma, Cambio en Atribución y Cambio en Conocimientos. Como predictores se incluyeron el sexo y la edad y las puntuaciones en el pretest. A continuación, se presentan los resultados obtenidos para cada variable.

3.3.1 Influencia de las variables predictoras edad y sexo en los cambios observados en estigma

El análisis de regresión múltiple ha puesto de manifiesto lo esperado, es decir, que la primera variable en entrar en el modelo es el nivel de Estigma en el pretest (que lógicamente está relacionado de forma estrecha con el postest) con una R^2 corregida (porcentaje de varianza explicada) del 13,8%. La segunda variable que entra en el modelo

es el sexo con un porcentaje de varianza explicada del 14,8% para la influencia del pretest y el sexo. Así, la aportación del sexo es de un 1% una vez controladas las diferencias en el pretest. La tercera variable en entrar es la edad, con un porcentaje de varianza explicada del modelo completo del 15,2%. Así, la edad aporta un 0,4% de varianza explicada una vez controlada la influencia del sexo y las diferencias en el pretest. En el modelo global, el valor positivo de la pendiente para la variable sexo, $b = 1,750$; $p = 0.003$ indica que las chicas reducen más el nivel de Estigma que los chicos. Y el valor negativo de la pendiente, $b = -0,464$ ($p = 0,039$) informa de que el alumnado de menor edad disminuye más el nivel de Estigma frente al de mayor edad.

3.3.2 Influencia de las variables predictoras edad y sexo en los cambios observados en atribución

La primera variable en entrar en el modelo es el nivel de Atribución en el pretest con una R2 corregida (porcentaje de varianza explicada) del 27,1%; en segundo lugar, entra el sexo con un porcentaje de varianza explicada del 28,4% para la influencia del pretest y el sexo (aumentando el porcentaje de varianza explicada 1,3%); y la edad queda excluida del modelo. En el modelo global, el valor positivo de la pendiente para la variable sexo, $b = 1,626$; $p = 0.000$ indica que las chicas reducen más el nivel de Atribución que los chicos.

3.3.3 Influencia de las variables predictoras edad y sexo en los cambios observados en conocimientos sobre salud mental

La primera variable en entrar en el modelo es el nivel de Conocimientos en el pretest con una R2 corregida (porcentaje de varianza explicada) del 19,4%; en segundo lugar, entra el sexo con un porcentaje de varianza explicada del 19,7% para la influencia del pretest y el sexo (aumentando el porcentaje de varianza explicada 0,3%); y la edad queda excluida del modelo. En el modelo global, el valor positivo de la pendiente para la variable sexo, $b = 0,216$; $p = 0.049$ indica que las chicas aumentan más el nivel de Conocimientos que los chicos.

3.4 Valoraciones de equipos directivos y de orientación, del profesorado y del alumnado

3.4.1 Análisis Cualitativo

El análisis cualitativo de los resultados de la intervención se efectuó a través de las distintas valoraciones recogidas por los monitores y las del alumnado, profesorado y equipos directivos y de orientación.

3.4.1.1 Valoración de equipos directivos y de orientación de los centros educativos

Se obtuvo el 100% de los certificados de satisfacción con la implementación del programa educativo firmado por los equipos directivos de los cinco centros participantes indicando el cumplimiento de los objetivos propuestos. Los equipos de orientación destacaron la relevancia del tema y la necesidad de que este tipo de programas se incluya dentro del currículo escolar (Anexo IX).

3.4.1.2 Valoración del profesorado de los centros educativos participantes

Respecto a la valoración del profesorado, de un total de 41 profesores tutores que participaron junto con sus alumnos en el programa de intervención, 37 cumplimentaron el cuestionario de evaluación de forma anónima (Anexo X). El 97% de los tutores, en respuesta a las preguntas 1 y 2, afirmaron que la intervención resultó beneficiosa porque sus alumnos habían aprendido y adquirido conocimientos sobre salud mental.

En el cuadro 3 aparecen los diferentes aprendizajes y beneficios derivados de la implementación del programa educativo Soycomotu según el profesorado participante.

Cuadro 3. Conceptos y aprendizajes adquiridos por el alumnado según el profesorado

- Sobre qué hacer cuando tienen un problema y a pedir ayuda.
- A ayudar a un compañero que se encuentra mal a nivel emocional.
- A desarrollar la empatía hacia los compañeros con PSM y no discriminarles por ello. Mejor integración.
- A conocerse, conocer aspectos de la personalidad, respetarse a sí mismos y a los demás.
- A comunicarse mejor y hablar de temas con una profundidad que no se puede alcanzar normalmente en el aula.
- A reflexionar sobre temas desconocidos.
- A pensar por sí mismos y no etiquetar a nadie por su imagen, o por tener un PSM.
- A actuar ante una situación de acoso escolar.
- Conceptos y visión diferente de los PSM
- Tomar conciencia de los PSM y de que le pueden pasar a cualquiera. Normalizando y hablando con naturalidad de ello.
- A involucrarse y contar en el aula sus experiencias y problemas de salud mental.
- Sobre inteligencia emocional y han mejorado su educación emocional.
- A ser más tolerantes y a familiarizarse con los PSM.
- Porque la salud mental es muy importante para la persona y está desatendida en gran parte de los programas oficiales.
- Cuestiones básicas sobre salud mental (SM).
- El programa ha visibilizado problemas psicológicos que les pasan a alumnos y a alumnas y les ha aportado un conocimiento más profundo de estos problemas.
- Han conocido de cerca los problemas por los que atraviesan miles de personas que son injustamente etiquetadas.
- Sirve de apoyo a la formación que se da en tutoría.
- Tomar conciencia de valores como la tolerancia, la solidaridad y el respeto a la diversidad y evitar situaciones en el centro que deriven en aislamiento y exclusión del alumnado con PSM o diversidad funcional.
- Este programa les ha facilitado un espacio y el tiempo necesarios para tratar temas delicados de SM que les afectan y de los que no se habla lo suficiente.

En el Cuadro 4 se presentan las respuestas facilitadas por el profesorado a la pregunta número 3, sobre la utilidad que ha tenido para ellos mismos como profesores el haber participado en el programa de intervención.

Cuadro 4. Beneficios del programa educativo respecto a la formación del profesorado

- Les ha ayudado a conocer mejor a sus alumnos en diferentes situaciones reales llevadas a la clase.
- Para continuar trabajando en las horas de tutoría algunas técnicas o actividades que ha aprendido estando como observadores en la intervención, aunque algunos de ellos han participado puntualmente comentando con naturalidad sus testimonios de haber pasado por PSM y experiencias de recuperación, visitas al psicólogo y/o psiquiatra.
- Nos apunta ideas de cómo abordar estos temas de salud mental.
- Para conocer mejor a determinados alumnos que pasaban desapercibidos en el aula.
- Ayuda a conectar mejor con los alumnos y profundizar en su conocimiento como personas.
- Al estar como observador permite que los profesores veamos a los alumnos desde otro ángulo.
- Aprender cosas que desconocía.
- A saber valorar ciertos esfuerzos del alumnado con PSM.

En el Cuadro 5 se presentan las respuestas facilitadas por el profesorado a la pregunta número 5 sobre la idoneidad de la duración del programa educativo.

Cuadro 5. Valoraciones del profesorado sobre la duración del programa educativo

- El número de sesiones es suficiente. Más sesiones podrían ocasionar que los chicos encontrasen problemas donde no los hay.
- Se podría ampliar el número pero enfocada a sesiones prácticas.
- Deberían ser 12 sesiones para profundizar en los temas tratados. Los alumnos se han quedado con ganas de abordar más temas.

En el Cuadro 6 se presentan las respuestas facilitadas por el profesorado a la pregunta número 6, sobre los temas abordados en el programa Soycomotu que habría que ampliar porque son los contenidos y áreas en las que el alumnado necesita mejorar.

Cuadro 6. Temas del programa en los que se podría profundizar más según el profesorado

| | |
|---|--|
| -Aceptación del otro con sus diferencias. Tolerancia y empatía. Conductas no discriminativas | -Explicar los diferentes PSM con mayor profundidad |
| -Conocer y automatizar técnicas para comunicarse de forma no violenta. Estilos de comunicación. | -Explicar los trastornos de la alimentación. |
| -Autoconocimiento y gestión de las emociones. | -Tratamiento de los PSM. |
| -Tolerancia a la frustración | -Autoestima y confianza en sí mismos |
| | -Acoso escolar. |

En el Cuadro 7 se presentan las respuestas facilitadas por el profesorado a la pregunta número 7, con sugerencias y aportaciones sobre el programa educativo.

Cuadro 7. Sugerencias y comentarios del profesorado sobre el programa educativo

- Destacan la profesionalidad de los monitores en la implementación del programa: saben llegar a los jóvenes y son muy motivadores.
- Los temas son interesantes y, sobre todo, la manera de abordarlos con dinámicas de grupo sobre casos prácticos y sencillos.
- Más actividades prácticas. Menos teoría.
- Más actividades en las que los alumnos se tienen que poner en el lugar del otro.
- Incluir en el diseño del programa formación para el tutor de modo que pueda repasar las técnicas con el alumnado y facilitar su automatización.
- Trabajar la autoestima.
- Concederle al profesorado una participación más activa en las sesiones.
- Abordar el tema de las drogas y sus consecuencias sobre la salud y, concretamente, sobre su salud mental.
- Tratar el tema del respeto hacia los alumnos con una condición sexual diferente.
- Profundizar en el tema del bullying.
- Las sesiones han sido adecuadas en contenidos y tiempos.
- Plantear dinámicas más abiertas en las que los alumnos puedan poner en práctica lo aprendido en situaciones reales personales o del grupo.

Respecto a la última pregunta, tutores y tutoras contestaron que les gustaría recibir formación en el área de sensibilización y educación en salud mental para poder desarrollar este tipo de intervenciones en clase dentro de su hora de tutoría. Sin embargo, explican que, actualmente, esta formación es inviable debido a lo saturado de su agenda laboral como docentes. Además, todos los tutores están de acuerdo en que el alumnado recibe mejor este tipo de contenidos cuando es impartido por personas ajenas al centro educativo que conocen el tema en profundidad. Alumnos y alumnas lo prefieren así.

3.4.1.3 Valoraciones del alumnado participante y del profesorado recogidas por los monitores del programa

Según las valoraciones recogidas por los monitores en el día y a día y al finalizar el programa, aunque ha habido aulas con alumnado más participativo que otras, los alumnos más retraídos se han ido animando a participar tras las dos primeras sesiones, gracias al clima de confianza generado en la clase. Las preguntas más frecuentes giran en torno a los trastornos de alimentación, el bullying, la esquizofrenia, el TOC, la depresión y la ansiedad. Y las actividades que más les gustan son las más dinámicas e interactivas: Adivina quién va al psicólogo, el vídeo y debate Ellos también son como tú, el role-taking Rompiendo barreras, Los estilos de comunicación y el Árbol de las etiquetas.

Un ejemplo interesante de cómo las actividades les hacen reflexionar sobre sus comportamientos con los compañeros es el de dos chicas que al finalizar la dinámica de los estilos de comunicación comentaron entre ellas (aunque se pudo escuchar en toda la clase): *“-¿Ves?, por eso María se puso a llorar el otro día. ¡Qué brutas somos!”* (refiriéndose a su falta de asertividad con María).

Entre las participaciones más destacables del alumnado y del profesorado estarían:

- a) Cuando alguno de los alumnos ha reconocido su PSM ante sus compañeros; una alumna, por ejemplo, contó que había pasado los dos últimos años en tratamiento psicológico y psiquiátrico por la depresión y que no había podido compartirlo con ningún compañero, profesor o amigo; dos hermanas contaron en clase que venían de otro instituto por haber sufrido acoso escolar; un chico contó que su madre tenía depresión, que lo pasaba muy mal y no tenía ganas de salir; un alumno reconoció ante sus compañeros que tenía el diagnóstico de TEA y que gracias al apoyo de su grupo de amigos actual había aprendido a relacionarse con los demás; para algunos alumnos, participar en este programa les ha facilitado la búsqueda de ayuda y comenzar a resolver problemas (emocionales, de estudios).
- b) Cuando alguno de los profesores, ante la explicación de los monitores sobre los PSM más frecuentes en la adolescencia, ha reconocido abiertamente haber sufrido en su adolescencia alguno de ellos; como ejemplo de valentía, el de la profesora que contó que tuvo anorexia y cómo pudo superarla.

3.4.2 Control de la calidad de la intervención

Para garantizar la fidelidad de la implementación, la investigadora estuvo presente en alguna de las seis sesiones de que constaba el programa en cada uno de los cinco centros educativos participantes. Además, al finalizar cada intervención ambos monitores cumplimentaban por separado un cuestionario de evaluación de la sesión (Anexo VIII) gracias al cual la investigadora podía comprobar y controlar si se habían respetado los puntos a desarrollar en cada una de las sesiones de intervención.

Semanalmente la investigadora llevaba a cabo reuniones de seguimiento con todos los monitores voluntarios para resolver incidencias o dudas y apoyar emocionalmente al

equipo. También, estaba en contacto con los orientadores de los 5 centros educativos para intercambiar impresiones sobre el curso de la implementación de las sesiones del programa educativo Soycomotu, comprobando si se estaban abordando todos los contenidos para el logro de los objetivos propuestos. Las sesiones se desarrollaron con normalidad, según lo previsto. Salvo alguna incidencia (cambio de fecha de sesión por algún examen o excursión no contemplada en el planning inicial; exceso de inquietud en el alumnado en alguna de las sesiones debido al cansancio, sobre todo si la sesión se había realizado al final de la mañana) todos los contenidos del programa pudieron ser abordados.

3.4.3 Efectos de la implementación del programa en sus facilitadores

Aunque no estaba contemplado como un objetivo directo de la implementación del programa educativo, cabe resaltar el beneficio obtenido por el equipo de monitores. Esta es una de las ventajas de este tipo de programas de intervención en los que se utilizan las estrategias combinadas de Educación y de Contacto directo con personas con PSM. La mejora, respecto a los sentimientos de autoeficacia y empoderamiento que han obtenido estas ocho personas con PSM, (cinco de ellas en situación de desempleo laboral, a pesar de su formación académica), es de gran relevancia y confiere un sentido pleno a la frase "Nihil de nobis, sine nobis" ("Nada sobre nosotros sin nosotros"). El contacto directo con el alumnado, con el profesorado y los equipos directivos y de orientación ha potenciado el proceso de recuperación de estos monitores, les ha hecho sentirse útiles a la sociedad, sentir que tienen algo que aportar que es valorado y que su contribución es eficaz.

Los ocho monitores son personas expertas en salud mental. Tienen una sensibilidad especial al transmitir los conocimientos, saben de lo que hablan cuando abordan el tema del estigma, de la discriminación y del rechazo por ser "diferentes" y con sus mensajes de autenticidad conectan con los adolescentes. La mayor parte de ellos sufrieron bullying en el colegio y en el instituto, aunque creían que era algo normal. Ahora ellos hacen ver a los alumnos que por ser distinto, por tener depresión, TDAH, trastorno psicótico, trastorno de ansiedad o Síndrome de Ásperger, no deben someterse a las actitudes de rechazo de sus compañeros, transmitiéndoles la idea de que es necesario e importante que hablen sobre lo que les sucede con amigos cercanos, con sus profesores y familiares.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

4.1 Discusión

Recapitulando los resultados del estudio empírico y en relación a los objetivos de investigación, hay que decir que los datos obtenidos confirman las hipótesis planteadas en el sentido de que se han producido los efectos esperados tras la implementación del programa educativo Soycomotu en centros educativos de Educación Secundaria Obligatoria. La participación en el programa reduce las actitudes estigmatizantes y las atribuciones negativas (estereotipos, prejuicios y conductas discriminativas o de distancia social) hacia los iguales con PSM y aumenta el nivel de conocimientos o de alfabetización en salud mental del alumnado de entre 12 y 16 años.

Respecto a la reducción en el nivel de estigma hacia las personas con PSM, los datos encontrados, comparando el grupo experimental y el grupo control, van en la línea de los hallados en otras investigaciones realizadas en población adolescente en las que también se sugiere que la implementación de programas educativos en entornos escolares reduce el nivel de estigma: estudios realizados en España (Bono et al., 2012; Martínez-Zambrano et al., 2013; Vila-Badía et al., 2016) y en otros países (Chan et al., 2009; Economou et al., 2011; Watson et al., 2004). Además, también se ha detectado una reducción mayor de estas actitudes estigmatizantes hacia los iguales con PSM en mujeres que en hombres y en adolescentes de menor edad (etapa de adolescencia temprana, 12 y 13 años). Sexo y edad son, por tanto, importantes variables predictoras a tener en cuenta en futuros diseños y procedimientos de implementación de programas antiestigma.

En referencia a la mejora en atribuciones, el análisis de los datos pone de relieve una reducción significativa en el nivel de atribuciones global en el grupo experimental frente a un mantenimiento en el grupo control, encontrando reducciones estadísticamente significativas en tres de los ocho ítems. La intervención ha reducido, pero no de forma significativa, las atribuciones de peligrosidad que van unidas al prejuicio de miedo y a la conducta de evitación, al estereotipo de culpa y al prejuicio de enfado al igual que sucedió en otros estudios (Spagnolo, Murphy & Librera, 2008), pero tampoco se han incrementado como confirman los autores en el estudio realizado en alumnado de secundaria en Andalucía (Bono et al., 2012).

Tras la implementación del programa educativo, si se ha conseguido reducir de forma significativa el sentimiento de pena (prejuicio) y las conductas de no prestar ayuda y la de segregar a los compañeros con PSM (conducta de discriminación o de distancia social). Es importante la reducción obtenida en el prejuicio de la pena, pues se trata de un sentimiento estigmatizante derivado del estereotipo de debilidad o incapacidad que coloca a la persona que tiene PSM en un plano de inferioridad y rompe la horizontalidad de una relación constructiva planteada desde la igualdad. En un contexto de discriminación y rechazo social, no es la caridad, la pena o la piedad, sino la igualdad, el valor de cambio que debe ser objetivo a conseguir por los programas educativos antiestigma.

En cuanto al estudio de los efectos del programa educativo sobre la variable conocimientos o alfabetización en salud mental, los datos encontramos informan que los participantes del grupo experimental aumentan el nivel de conocimientos en el postest frente a un mantenimiento del nivel de conocimientos en el grupo control. Por tanto, la intervención parece haber ejercido una influencia positiva en esta adquisición de conocimientos, aun partiendo de una puntuación media-alta en el pretest. Además, los datos aportados por la correlación entre esta variable y las otras dos variables objeto de estudio, sugieren, como se esperaba, que existe una relación negativa entre ellas, aunque en algunos estudios no se haya encontrado (Milin et al., 2016): a saber, una mayor alfabetización en salud mental va asociada a menos actitudes estigmatizantes y a menos atribuciones negativas hacia los iguales con PSM. También, y como se esperaba, se ha encontrado una relación positiva entre conocimientos y familiaridad con los PSM. Es lógico que los adolescentes con un mayor contacto con personas que tienen o han tenido PSM, tengan un mayor nivel de conocimientos sobre salud mental. El análisis de los datos sugiere que la implementación del programa provoca en los adolescentes un aumento de los conocimientos sobre salud mental, como ya se sugirió en otros estudios similares, como, por ejemplo, el de Wahl et al. (2011) tras la implementación del programa *Breaking the silence* o el de Naylor et al., (2009) en el que se formaba a los profesores para implementar el programa en adolescentes de 14-15 años.

Respecto al estudio de la posible influencia de la variable sexo en los resultados obtenidos, los datos sugieren que el sexo es una variable predictora tanto en la reducción del estigma como en la reducción de las atribuciones negativas y en el aumento del nivel de conocimientos, siendo el grupo de las chicas en el que más se reducen los niveles de estigma y los de atribución, y en el que más se aumenta el nivel de conocimientos. Aunque, hay estudios (Corrigan et al., 2007), en los que no se encuentran diferencias significativas en nivel de atribuciones negativas en función del sexo, parece ser que las chicas están más predispuestas -por los patrones de socialización adquiridos respecto a los roles de género-, a la empatía y a las conductas prosociales que los chicos de su edad, datos que van en la línea de otros estudios realizados (Mason et al., 2015; Pinfold et al., 2003; Swords et al, 2011). Su mayor tendencia a actitudes prosociales también puede explicar el mayor incremento en conocimientos en salud mental, ya que parecen estar más interesadas en el área de la ayuda y el apoyo social a personas con PSM.

Sin embargo, respecto a la variable predictora edad, los datos han puesto de manifiesto que la edad no influye en la reducción de los niveles globales de atribución ni en una mayor adquisición de conocimientos sobre salud mental. Pero, si influye en la reducción del estigma, siendo el alumnado de menor edad el que más reduce las actitudes estigmatizantes. Es en los participantes de entre 12 y 13 años (la etapa de la adolescencia temprana), en los que la reducción del estigma es significativamente mayor. Como se vio en un epígrafe anterior, el estigma, las actitudes y creencias acerca de los trastornos mentales se desarrollan durante la infancia y la adolescencia (Wahl et al., 2007), por lo que es probable que las intervenciones en etapas tempranas contribuyan a una reducción

mayor de las actitudes estigmatizantes. Además, en otros estudios también se sugiere que el estigma empeora con la edad (O'Driscoll et al., 2015).

4.1.1 Limitaciones y Mejoras de la presente investigación

Son tres las principales limitaciones de la presente investigación:

a) *No compara distintos tipos de intervención*, lo que podría clarificar con mayor precisión los componentes que median en el éxito del programa (p.ej. estrategia de contacto directo *vs* educación). Se podría realizar un diseño en el que hubiera varios grupos experimentales, cada uno de ellos con un tipo distinto de intervención; b) *Reducido número de sesiones*. Aunque se trata de un programa educativo amplio, comparado con otro tipo de intervenciones revisadas que sólo cuentan con 1 sesión o 2 de 2 horas y media (Bono et al., 2012; Pinfold, et al., 2003; Stuart, 2006), más similar a los programas incluidos en el currículo escolar que llegan a contar con 8 sesiones de 45 minutos (Watson et al., 2004), sería conveniente ampliar el número de sesiones una vez que se ha comprobado la eficacia de la implementación a través de 6 sesiones de 55 minutos de duración en alumnado de 12 a 16 años de edad, tanto a nivel de adquisición de conocimientos sobre salud mental como a nivel de reducción del estigma; c) *Ausencia de evaluación de mantenimiento de los cambios observados*. Es importante que transcurrido un espacio de tiempo desde la implementación del programa educativo se realice una evaluación de seguimiento a los participantes, cumplimentando un segundo postest transcurridos 2, 3 o 6 meses desde el primer postest para comprobar si se mantienen los resultados obtenidos en cuanto a la adquisición de un mayor nivel de conocimientos en materia de salud mental (cuidados, hábitos saludables, etc.) y en cuanto al cambio de actitudes hacia los compañeros con problemas de salud mental (menor nivel de estigma y reducción de atribuciones negativas). Durante los meses de octubre y noviembre está previsto llevar a cabo una evaluación de seguimiento que por razones obvias no ha podido ser incluida en este estudio, ni siquiera como objetivo pues por motivos logísticos no podría haberse cumplido; d) *Utilización de medidas implícitas* para estudiar su correlación con las medidas explícitas y poder controlar los sesgos de deseabilidad social.

4.1.2 Aplicaciones prácticas

Es interesante reflexionar acerca de la importancia que le ha sido concedida hasta la fecha y desde tiempos inmemoriales dentro de los planes educativos y desde la educación infantil hasta el bachillerato e incluso dentro del currículo académico de algunas universidades, a la asignatura de Educación Física y de la inexistencia de una asignatura de Conocimientos sobre Salud Mental. ¿A qué se debe esta falta de atención al cuidado y educación sobre qué conductas, hábitos y conocimientos son necesarios para tener una buena salud mental?

Es importante incluir una asignatura de Conocimientos sobre salud mental en el currículo escolar, de modo que desde la infancia se puedan adquirir conductas y hábitos

que redunden en la calidad de vida y el bienestar emocional del alumnado. Adquirir un adecuado estilo de comunicación, contar con un mayor dominio de la asertividad y de las habilidades sociales, ser capaz de transmitir y gestionar las emociones canalizándolas de forma constructiva, adquirir un mayor grado de tolerancia a la frustración, conocerse mejor a sí mismo para saberse cuidar y respetar, saber qué son los valores y cómo orientan nuestra conducta, aprender a aprender con compañeros y compañeras con diversidad funcional saber que todos somos diferentes, pero iguales en derechos, iguales en cuanto a la necesidad de sentirnos queridos y aceptados por los demás. Esta podría ser una adecuada y oportuna aplicación práctica, la de incluir dentro del currículo escolar obligatorio una asignatura de Conocimientos o Alfabetización en Salud Mental.

4.1.3 Líneas futuras de investigación

Aunque existen estudios que apoyan la teoría sociocognitiva del estigma de Corrigan (2007), es evidente que el estigma de la enfermedad/salud mental es un proceso psicosocial bastante complejo que requiere ser abordado desde distintas perspectivas para una mejor comprensión de su génesis y mantenimiento y de cómo se podría evitar o reducir para, de ese modo, y en especial, en la adolescencia no tener que ser golpeado por sus terribles consecuencias.

Una nueva línea de investigación podría incluir el estudio de otros factores como las normas sociales dentro de los grupos adolescentes comprobando su influencia y la de los contextos a la hora de aceptar la conducta de discriminación y el rechazo de los iguales con PSM en uno mismo y/o en los demás o adoptar una actitud de orientación prosocial siguiendo la línea de estudios como los de O'Driscoll et al., (2015).

Continúa siendo necesaria la realización de investigaciones que examinen si las mejoras en alfabetización en salud mental facilitan, median o potencian el cambio hacia actitudes prosociales y la reducción de actitudes estigmatizantes de discriminación y rechazo hacia los iguales con PSM o diversidad funcional en entornos escolares. Y también comprender los mecanismos que explican cómo se produce la interrelación entre conocimientos, actitudes y conductas, ya que existen estudios que sugieren que mejorar el conocimiento o alfabetización en salud mental puede producir un impacto muy positivo en la reducción del estigma, facilitando la búsqueda de ayuda profesional y la adhesión al tratamiento (Evans-Lacko et al., 2010).

4.2 Conclusiones

El análisis de los resultados obtenidos en esta investigación sugiere la eficacia de la implementación del programa educativo Soycomotu en adolescentes de 12 a 16 años de edad respecto al cambio de actitudes hacia los iguales con PSM y a la adquisición de un mayor conocimiento o alfabetización en salud mental.

Aunque la estrategia de Educación por sí sola no puede erradicar las actitudes estigmatizantes hacia las personas con problemas de salud mental ya que para cubrir ese fin se requiere un abordaje integral, estructurado, mantenido en el tiempo y apoyado desde

los gobiernos con el desarrollo de políticas eficaces, la alta prevalencia de problemas de salud mental en población infanto-juvenil existente en la actualidad (en el presente estudio, un 22,6% dicen haber tenido un PSM: el 29,2% de las chicas frente a un 15,9% de los chicos; cifra que sobrepasa la aportada del 20% por la OMS) y el aumento previsto de más del 50% para el año 2020 (OMS; 2013), junto con el hecho de que la adolescencia es una etapa de alto riesgo para el desarrollo de PSM, obliga a plantear como una línea estratégica, dentro de los planes de salud mental, el estudio, diseño e implementación de programas que faciliten la alfabetización en salud mental y el cambio de actitudes hacia los iguales con PSM en entornos escolares, en especial en los dos primeros cursos de educación secundaria, ya que se ha comprobado que la edad más temprana es una variable que predice una mayor facilidad para el cambio de actitudes.

Esta investigación sugiere efectos positivos de la implementación de un programa educativo en los centros de educación secundaria tanto a nivel de reducción del estigma hacia los iguales con problemas de salud mental, como de aumento de la alfabetización en salud mental. Conseguir el compromiso político de las administraciones implicadas es otro reto imprescindible para garantizar que este tipo de programas sea implementado de forma equitativa en todos los centros educativos públicos y que la asignatura de Educación en Salud Mental llegue a formar parte del currículo escolar al igual que lo forma, desde hace siglos, la asignatura de Educación Física.

REFERENCIAS

Allport, G. (1963). *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Eudeba.

Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (1996). The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, (6), 321-326.

Badallo, A. (2012). *Estigma y salud mental*. Madrid: Grupo 5.

Berger, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Madrid: Médica Panamericana.

Bono del Trigo, A., Toro, S., Ruiz, P., & Carrasco, R. (Coords.) (2012). *Informe evaluación de intervención*. Lo Hablamos. Escuela Andaluza de Salud Mental. (Accedido Mayo 2017). Disponible en:
http://www.1decada4.es/adolescenciacayestigma/lohablamos/Informe_Eval.pdf

Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L., Bersabe, R. M., Loriga, A., & Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6, (1), 67-82.

Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, (1), 65-72.

Cavelti, M., Kvrgic, S., Beck, E. M., Rüsch, N., & Vauth, R. (2012). Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53, (5), 468-479.

Chan, J., Mak, W., & Law, L. (2009). Combining education and video-based contact to reduce stigma of mental illness: “The Same or Not the Same” anti-stigma program for secondary schools in Hong Kong. *Social Science and Medicine* 68, 1521-1526.

Chisholm, K., Patterson, P., Torgerson, C., Turner, E., Jenkinson, D. & Birchwood, M. (2016). Impact of contact on adolescent's mental health literacy and stigma: the SchoolSpace cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6, 1-11

Chisholm, K. E., Patterson, P., Torgerson, C., Turner, E., & Birchwood, M. (2012). A randomised controlled feasibility trial for an educational school-based mental health intervention: Study protocol. *BMC Psychiatry*, 12, (1), 23.

Clement, S., Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., Castro, M.,...Thornicroft, G. (2012). Filmed V. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 57-64. [doi: 10.1192/bjp.bp.11.093120](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.11.093120)

Corrigan, P. W. (2004). *Beat the stigma and discrimination. Four lessons for mental health advocates*. Chicago: The Chicago consortium for stigma research.

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services, 63*, (10), 963-975.

Corrigan, P. W., Watson, A. C., Otey, E., Westbrook, A. L., Gardner, A. L., Lamb, T. & Fenton, W. S. (2007). How do children stigmatize people with mental illness? *Journal of Applied Social Psychology, 37*, (7), 1405-1417.

Corrigan, P. W., Lurie, B. D., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K., & Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services, 56*, (5), 544-550.

Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Waspwki, K., Campion, J.,...Kubiak, A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 7*, (2), 187-195.

Croker, J., Major, B. & Steele, C. (1998). Social stigma. En D. T. Gilbert, S. T. Fisher & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (4^a ed., Vol. 2, pp. 504-553). Boston: McGraw-Hill.

Del Barrio, V. (2010). Salud mental infanto-juvenil: Requisitos para su evaluación, diagnóstico precoz y prevención. *Infocoponline: Revista de Psicología*. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3123

Del Casale, A., Manfredi, G., Kotzalidis, G. D., Serata, D., Rapinesi, C., Cacci, F.,...Girardi, P. (2013). Awareness and education on mental disorders in teenagers reduce stigma for mental illness: a preliminary study. *Journal of Psychopathology, 19*, 208-212.

Economou M, Louki E, Peppou L., Gramandani C, Yotis L, & Stefanis C. (2011) Fighting psychiatric stigma in the classroom: the impact of an educational intervention on secondary school students' attitudes to schizophrenia. *International Journal of the Society of Psychiatry International Journal Social Psychiatry, 58*, 544-551.

Erikson, E. H. (1995). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI.

Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry, 55*,(7), 440-448.

Farina, A. (1981). Are women nicer people than men? Sex and the stigma of mental disorders. *Clinical Psychology Review, 1*, (2), 223-243.

Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014). Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 26, (4), 467-475

Heijnders, M., & Van Der Meij, S. (2006). The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 11, (3), 353-363.

Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Marcus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: Freman and Company.

Jorm, A. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67,(3), 231-243

Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollit, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186

Kaushik, A., Kostaki, E., & Kyriakopoulos, M. (2016). The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry research*, 243, 469-494.

Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring Mental Illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30, (3), 511-541.

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28, 101, 43-83.

Loughran, J. (2013). Time to change children and young people's programme. Time to change. (Accedido Junio 2017). Disponible en: <https://www.time-to-change.org.uk/sites/default/files/ttc-children-yp-programme.pdf>

Lysaker, P. H., & Buck, K. D. (2007). Insight, outcome and recovery in schizophrenia spectrum disorders: an examination of their paradoxical relationship. *Current Psychiatry Reviews*, 3, (1), 65-71.

Malti, T., Killen, M., & Gasser, L. (2012). Social judgments and emotion attributions about exclusion in Switzerland. *Child Development*, 83(2), 697-711.

Martínez-Hidalgo, M.N. (2015). *Evaluación del estigma hacia los adolescentes con problemas de salud mental*. Universidad de Murcia: Tesis doctoral.

Martínez-Zambrano, F., García-Morales, E., García-Franco, M., Miguel, J., Villellas, R., Pascual, G., ... & Ochoa, S. (2013). Intervention for reducing stigma: assessing the influence of gender and knowledge. *World journal of psychiatry*, 3(2), 18.

Mason, R. J., Hart, L. M., Rossetto, A., & Jorm, A. F. (2015). Quality and predictors of adolescents' first aid intentions and actions towards a peer with a mental health problem. *Psychiatry Research*, 228, 31-38.

Major, B., McCoy, S., Kaiser, C., & Quinton, W. (2003). Prejudice and self-esteem: A transactional model. *European review of social psychology*, 14(1), 77-104.

Meadows, S. O., Brown, J. S., & Elder, G. H. (2006). Depressive symptoms, stress, and support: Gendered trajectories from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 89-99.

Mellor, C. (2014). School-based interventions targeting stigma of mental illness: systematic review. *Psychiatric Bulletin*, 38, 164-171

Milin, R., Kutcher, S., Lewis, S. P., Walker, S., Wei, Y., Ferrill, N., & Armstrong, M. A. (2016). Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high school students: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 5, (5), 383-391.

Millon, T. (1993). MACI. *Inventario clínico para adolescentes de Millon*. Madrid: TEA.

Moses, T. (2010). Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science & Medicine*, 70, (7), 985–993.

Moses, T. (2009). Self-labeling and its effects among adolescents diagnosed with mental disorders. *Social Science & Medicine*, 68, (3), 570–578.

Mukolo, A. A., Hefling, C. A., & Wallston, K. A. (2010). The stigma of childhood mental disorders: A conceptual framework. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 49, (2), 92-198.

Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Complutense.

Muñoz, M., Sanz, M., & Santos, E. P. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, (7), 41-50.

Muñoz, M., Guillén, A. I., & Pérez-Santos, E. (2013). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Social*, 10, (2), 10-19.

Naylor, P., Cowie, H. Walters, S., Tallamelli, L., & Dawkins, J. (2009). Impact of a mental health teaching programme on adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 365-370

O'Driscoll, C., Heary, C., Hennessy, E., & McKeague, L. (2015). Adolescents' beliefs about the fairness of exclusion of peers with mental health problems. *Journal of adolescence*, 42, 59-67.

O'Mara, L., Mueller, D., Grypstra, L., Browne, G., Akhtar-Danesh, N., Hoy, D., & Vrkljan, CH., (2009). *Does stigma towards mental illness decrease for youth 13-18 years old after participating in school-based youth net hamilton focus groups?* Ottawa: The provincial centre of excellence for child and youth mental health at CHEO.

Organización Mundial de la Salud (2017). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation. (Accedido Julio 2017). Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/yearly-adolescent-deaths/es/>

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre la salud mental 2013-2020*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Declaración de Helsinki*. Ginebra

Pedersen, D. (2005). Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, VI, (1), 3-14.

Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182, (4), 342-346.

Pinto-Foltz, M. D., & Logsdon, M. C. (2009). Conceptual model of research to reduce stigma related to mental disorders in adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 3, (12), 788-795.

Pinto-Foltz, M. D., Logsdon, M. C., & Myers, J. A. (2011). Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Social science & medicine*, 72,(12), 2011-2019

Pinto-Foltz, M. D., Hickman, R., Logsdon, M. C., & Burant, CH. (2012). Psychometric evaluation of the revised attribution questionnaire (r-AQ) to measure mental illness stigma in adolescents. *Journal of Nursing Measurement*, 20, (1), 47-58.

Pitman, E., & Matthey, S. (2004). The smiles program: A group program for children with mentally ill parents or siblings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, (3), 383-388.

Schneider, J. W., & Conrad, P. (1980). In the closet with illness-epilepsy, stigma potential and information control. *Social Problems*, 28, (1), 32-44.

Schulze, M. & Angermeyer, M. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on student's attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 142-150.

Silván-Ferrero, M. P. (2011). Una aproximación psicosocial al estudio de la discapacidad. En Fernández, I, Morales, J. K. & Molero, F. (Coords). *Psicología de la intervención comunitaria*. (pp.289-326). Bilbao. Desclée de Brouwer

Spears Brown, C., & Bigler, R. S. (2005). Children's perceptions of discrimination: A developmental model. *Child development*, 76(3), 533-553.

Staring, A. B. P., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duijvenvoorden, H. J., & Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 115, (2), 363-369.

Stuart, H. (2006). Reaching Out to High School Youth: The effectiveness of a Video-Based Antistigma Program. *Canadian Journal Psychiatric*, 51, (10), 647-653

Swords, L., Heary, C., & Hennessy, E. (2011). Factors associated with acceptance of peers with mental health problems in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, (9), 933-941.

Ventieri, D, Clarke, D. M., & Hay, M. (2011). The effects of a school based educational intervention on preadolescents' knowledge of and attitudes towards mental illness. *Advances in School Mental Health Promotion*, 4, (3), 5-16.

Vila-Badia, R., Martínez-Zambrano, F., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., Villegas, R., ... & García-Franco, M. (2016). Effectiveness of an intervention for reducing social stigma towards mental illness in adolescents. *World journal of psychiatry*, 6,(2), 239.

Weiner, B. (1995). *Judgements of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. New York: The Guilford Press

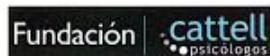
Whal, O. (2003). Depictions of mental illnesses in children's media. *Journal of Mental Health, 12*, (3), 249-258.

Whal O, Hanrahan E, Karl K, Lasher E, Swaye J. (2007). The depiction of mental illness in children's television programs. *Journal of Community Psychology, 35*, (1), 121–133.

Yap, M. B. H., Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2013). Associations between stigma and help-seeking intentions and beliefs: Findings from an Australian national survey of young people. *Psychiatry Research, 210*, (3), 1154–1160

ANEXOS

Anexo I: Solicitud de colaboración para el equipo directivo del centro educativo



Solicitud de Colaboración Campaña Sensibilización en las Aulas. Salud Mental.

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

Estimado/a.....

Nos ponemos en contacto con usted para informarle sobre la posibilidad de que su centro educativo participe en un proyecto de sensibilización preparado por la Fundación Cattell Psicólogos y la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Pedimos su colaboración para realizar esta campaña de sensibilización en las aulas sobre salud mental porque pensamos que puede favorecer el desarrollo de actitudes de empatía, apoyo y cooperación entre todos los compañeros y de modo especial hacia aquellos que muestran alguna dificultad o problema psicológico, evitando así la aparición o el mantenimiento de conductas de rechazo o discriminación de unos alumnos hacia otros. También favorecerá el mayor conocimiento de uno mismo y la adquisición de conductas o hábitos que faciliten una adecuada salud mental, como la expresión de emociones o sentimientos de miedo, angustia, rabia o tristeza en el ámbito de las relaciones con los demás como algo normal en el proceso vital.

Esta campaña se realizará en seis sesiones de unos 55 minutos de duración cada una de ellas, dentro del aula, en las que el alumnado realizará una serie de actividades.

Los cuestionarios que se aplicarán en la primera fase del proyecto son totalmente anónimos y su realización llevará unos 10 minutos de duración. Los datos obtenidos serán analizados de forma global y exclusiva por el grupo de trabajo de esta campaña y su tratamiento será anónimo y confidencial.

Este es un proyecto diseñado y preparado por la Fundación Cattell Psicólogos (Protectorado Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Región de Murcia) y la Facultad de Psicología de la UNED, para el desarrollo de un Trabajo Fin de Máster sobre los efectos de un programa educativo en conocimientos y actitudes asociadas a los problemas de salud mental en población adolescente.

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 M^a Nieves Martínez Hidalgo. Psicóloga Clínica, Doctora en Psicología Social y Directora del Proyecto al teléfono 968274079.

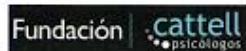
Reciba un cordial saludo y toda nuestra gratitud.

Doy mi consentimiento para que el Centro.....
participe en esta campaña de sensibilización

Fdo: Director/a del Centro

En....., a..... de..... de 2017

Anexo II: Consentimiento informado autorizado para padres y madres de participantes



Informe para padres y madres del taller sobre salud para alumnos y alumnas

Estimados Padres y Madres:

Ponemos en su conocimiento que el grupo de su hijo o hija ha sido seleccionado para participar en un taller sobre salud en el que se pedirá al alumnado que cumplimenten unos **cuestionarios sobre salud**, en el que no figurará ni su nombre ni sus apellidos, por lo que los resultados serán **totalmente anónimos**. Además, en dicho taller se abordarán, a través de juegos y dinámicas adaptadas a la edad y ciclo educativo del alumnado, temas de interés acerca de la salud mental como son la comunicación y expresión de emociones, las actitudes de empatía y cooperación, el respeto a la diferencia, el apoyo a los compañeros o compañeras que presentan alguna dificultad afectiva o emocional. Con este programa pretendemos fomentar hábitos y conductas que promocionen la salud mental y emocional y evitar la aparición de actitudes y comportamientos de rechazo hacia los compañeros o las personas con problemas psicológicos o mentales.

Durante este mes se cumplimentarán los cuestionarios de salud y a lo largo del próximo curso será llevado a cabo el taller sobre salud y bienestar emocional por miembros del equipo de trabajo a cargo del proyecto.

Este es un proyecto diseñado y preparado por la Fundación Cattell Psicólogos (Protectorado de Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Región de Murcia) y la Facultad de Psicología de la UNED.

Toda la información recogida será analizada, de forma exclusiva por los miembros del equipo de trabajo. En todo momento se respetará el anonimato de los participantes según lo dispuesto en la ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. Igualmente, el tratamiento de los datos se realizará de manera anónima y confidencial.

Muchas gracias, reciban un cordial saludo.

SI NO QUIERE que su hijo/a participe en este proyecto educativo ruego nos remita esta carta firmada a la mayor brevedad posible o comuníquelo al tutor o tutora del centro.

Yo..... como padre, madre o tutor del alumno/a de curso de E.S.O., comunico que **NO** doy mi autorización para la participación en el taller de salud mental.

Fdo.:

En..... a de 2017

Anexo III: Protocolo de pruebas, instrucciones y datos sociodemográficos

A continuación, te vamos a presentar una serie de cuestionarios que son totalmente anónimos. No hay que poner ni nombre ni apellido. Basta con que escribáis la fecha, la edad, el sexo, curso, el nombre del centro educativo y el código. En el código tienes que poner las iniciales de tu nombre o tus dos nombres y de tus dos apellidos y el día de nacimiento. Por ejemplo: María José Fernández Jiménez, día de nacimiento:25 Código: MJFJ25.

FECHA:_____ EDAD:_____ SEXO: M/F CURSO:_____ CÓDIGO:_____

CENTRO EDUCATIVO:_____

¿De qué país es tu padre? _____

¿Y tu madre?: _____

Nivel de estudios: básico, bachiller, formación profesional, universitario

Padre:_____ Madre:_____

¿En qué trabaja? Padre _____ Madre: _____

Anexo IV: Test Auto-informado sobre conducta de enfermedad y familiaridad o contacto con personas con PSM

Lee esta definición y contesta las preguntas con sinceridad; recuerda que este cuestionario es anónimo.

¿Qué es un problema psicológico o mental? *Un problema que puede sufrir una persona ante una situación que se presenta en su vida y que le cuesta afrontar. Puede ser, por ejemplo, un problema de alimentación, dificultad en las relaciones sociales, ansiedad, depresión, etc.*

| | | |
|--|-----------|-----------|
| ¿Tienes algún problema psicológico? | <i>Si</i> | <i>No</i> |
| ¿Has tenido algún problema psicológico? | <i>Si</i> | <i>No</i> |
| Si pensaras que puedes necesitar la ayuda de un psicólogo ¿Irías al psicólogo? | <i>Si</i> | <i>No</i> |
| ¿Has ido alguna vez al psicólogo? | <i>Si</i> | <i>No</i> |
| ¿Tienes algún familiar, amigo, compañero, vecino o conocido con problemas psicológicos? | <i>Si</i> | <i>No</i> |
| ¿Quién? Subraya si es amigo, familiar, etc. | - | - |

Anexo V: 12-ECSM Evaluación de conocimientos sobre salud mental

Este cuestionario consta de 12 preguntas sobre conocimientos de salud mental. Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta: a), b), c), d). Tacha la respuesta que pienses que es la más correcta. **Nota:** Sólo puedes tachar una de las cuatro opciones. Tener presente que en este cuestionario se utiliza de forma indistinta los términos: enfermedad mental, problema de salud mental y problema psicológico. **LEER HASTA EL FINAL TODAS LAS RESPUESTAS**

| | |
|--|--|
| 1. ¿Por qué conocemos más enfermedades físicas que enfermedades mentales? | a) Porque hay muy pocas enfermedades mentales b) Porque las personas que sufren una enfermedad mental lo ocultan y no hablan sobre ello c) Porque pasar por una enfermedad mental no es algo importante en la vida de una persona d) Ninguna de las respuestas es correcta |
| 2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera? | a) Las enfermedades mentales no se curan b) Las enfermedades mentales son culpa de la persona que las padecen c) Cualquiera persona puede pasar por una enfermedad física pero no por una enfermedad mental d) Las enfermedades físicas y las mentales no se diferencian en nada; cada enfermedad es distinta y depende de muchos factores. Las dos forman parte de la salud integral de la persona |
| 3. ¿En cuál de las situaciones siguientes podríamos pensar que estamos pasando por un Problema Psicológico o de Salud Mental? | a) Cuando la noche antes de un examen importante nos cuesta conciliar el sueño. b) Cuando nos ponemos tristes tras la muerte de un ser querido y preferimos estar solos. c) Cuando nos encontramos tristes y desganados, sin ilusión, sin ganas de hacer las actividades con las que antes disfrutábamos, durante un tiempo largo y sin saber por qué. d) Ninguna de las opciones es correcta. |
| 4. Señala la respuesta correcta: | a) 1 de cada 4 personas pasa por un Problema Psicológico a lo largo de su vida. b) 1 de cada 200 adolescentes sufre un Problema Psicológico. c) Los niños y los adolescentes no pasan por Problemas Psicológicos d) El 50% de la población tiene Problemas Psicológicos |
| 5. ¿Se puede saber que una persona tiene problemas psicológicos o que está yendo al psicólogo por su apariencia física? | a) Sí, por su forma de vestir. b) Sí, por tener un aspecto raro en general. c) No se puede saber. Cualquier persona puede pasar por un Problema de Salud Mental. d) Las respuestas a y b son correctas. |
| 6. Las etiquetas que les ponemos a las personas | a) Son siempre negativas. b) Las etiquetas positivas que les ponemos a los compañeros/as provocan que nos acerquemos a ellas/ellos y las etiquetas negativas provocan que nos alejemos. c) A través de las etiquetas conocemos totalmente a las personas que nos rodean. d) Las personas no ponemos etiquetas a otras personas. |
| 7. La mejor forma de ayudar a una persona que tiene un Problema Psicológico es: | a) Mostrar una preocupación sincera y transmitirle la idea de que puede contar con nosotros cuando lo necesite. b) Esperar que sea ella la que se acerque a nosotros cuando lo necesite. c) Hacerle saber que su comportamiento hace que los demás se cansen de ella, para que lo tenga en cuenta y cambie su conducta. d) Todas las respuestas son falsas. |
| 8. Los medios de comunicación: | a) Siempre informan de manera adecuada sobre los problemas de salud mental b) Potencian la idea de que las personas con problemas psicológicos son violentas y peligrosas. c) Suelen presentar a las personas con problemas de salud mental como enfermos mentales d) Las respuestas b y c son correctas. |
| 9. Conocerse a uno mismo: | a) No sirve para nada. b) Es necesario para llevar una vida plena y feliz. c) Ayuda a prevenir los problemas psicológicos. d) Las respuestas b y c son correctas. |
| 10. Una persona posee inteligencia emocional | a) Cuando saca buenas notas. b) Cuando puntuúa muy alto en los tests de inteligencia y tiene muchos conocimientos. c) Cuando se conoce a sí misma, sabe gestionar y expresar sus emociones y adaptarse a las situaciones. d) Las respuestas a y b son correctas |
| 11. ¿Crees que para sentirse bien es necesario expresar el miedo y la ira al igual que la alegría? | a) Es bueno expresar sólo la alegría. b) Es bueno expresar tanto las emociones positivas como las negativas. c) Es bueno expresar sólo el miedo y la rabia. d) Es mejor no expresar ninguna; las emociones que cada cual experimenta son personales e íntimas. |
| 12. La persona que pasa por un Problema Psicológico | a) Se recupera cuando acepta que tiene un problema, va al psicólogo y recibe el apoyo de los demás. b) La persona ya no podrá conseguir alcanzar sus sueños y sus metas. c) Es debido a un trauma vivido en la infancia. d) Todas las respuestas son correctas. |

Anexo VI: Escala 3E. Escala de Evaluación del Estigma

- Este cuestionario consta de una serie de preguntas que debes contestar individualmente con la mayor sinceridad posible. **No hay preguntas correctas e incorrectas, contesta sin pensarlo demasiado y procura no dejar ninguna pregunta en blanco.**
- A continuación encontrarás una serie de frases que describen posibles formas de pensar, sentir o actuar al saber que uno de tus compañeros de clase presenta problemas psicológicos.
- Como puedes ver, cada pregunta tiene 4 respuestas: A-Nada, B-Poco, C-Bastante, D-Mucho.
 - Si la frase no coincide con tu forma de pensar, sentir o actuar, **marca la letra A.**
 - Si la frase se corresponde solo un **poco** con tu forma de pensar, sentir o actuar, **marca la letra B.**
 - Si la frase coincide **bastante** con tu forma de pensar, sentir o actuar, **marca la letra C.**
 - Si la frase coincide **mucho** con tu forma de pensar, sentir o actuar, **marca la letra D.**

- Rellena los datos marcando con una **X** la letra que se corresponda con tu forma habitual de pensar, sentir y comportarte ante la situación que te indicamos en este cuestionario. Si te equivocas al responder, tacha borrando la letra incorrecta y vuelve a marcar con un **X** la letra que deseas.

5. Aquí tiene un ejemplo:

Cuando me entero que uno de mis compañeros tiene problemas psicológicos o mentales:

| Ejemplo 1 | Nada | Poco | Bastante | Mucho |
|--|------|------|----------|-------|
| Pienso: seguro que lo está pasando mal | A | B | C | D |

En el ejemplo 1: Si pienso, con total seguridad, que mi compañero lo está pasando mal, tacho la letra D. Si pienso que no lo está pasando mal, tacho la letra A

Cuando me entero que uno de mis compañeros tiene problemas psicológicos:

| | NADA | POCO | BASTANTE | MUCHO |
|--|------|------|----------|-------|
| 1. Pienso que le ayudaré en lo que haga falta | A | B | C | D |
| 2. Pienso que me relacionaré con él/ella igual que antes | A | B | C | D |
| 3. Pienso que se volverá raro | A | B | C | D |
| 4. Pienso que es difícil estar en clase con él/ella | A | B | C | D |
| 5. Pienso que todo sigue normal, como antes de que él/ella tuviese | A | B | C | D |
| 6. Pienso que le viene bien el apoyo de sus compañeros | A | B | C | D |
| 7. Me siento muy tranquilo estando a su lado | A | B | C | D |
| 8. Siento confianza en él/ella | A | B | C | D |
| 9. Siento deseos de estar lejos de él/ella | A | B | C | D |
| 10. Siento ganas de ayudarle | A | B | C | D |
| 11. Siento tristeza al pensar que lo estará pasando mal | A | B | C | D |
| 12. Siento deseos de preguntarle a mi compañero/a qué le preocupa | A | B | C | D |
| 13. Siento esperanza de que se recupere pronto | A | B | C | D |
| 14. Siento deseos de estar cerca de él/ella por si me necesita | A | B | C | D |
| 15. Me resulta difícil saber cómo comportarme con él/ella | A | B | C | D |
| 16. Le preguntaré qué le sucede | A | B | C | D |
| 17. Sigo mi marcha, paso de problemas | A | B | C | D |
| 18. Le llamo por teléfono para hablar y saber cómo está | A | B | C | D |
| 19. Le escucharé cuando me necesite | A | B | C | D |
| 20. Me sentaré lejos de él/ella en clase | A | B | C | D |
| 21. Le ayudo cuando me lo pida | A | B | C | D |
| 22. Si se encuentra mal y falta a clase, iré a visitarle a su casa | A | B | C | D |
| 23. Dejaré de contar con él/ella para hacer los trabajos de clase | A | B | C | D |
| 24. Se lo digo a otros compañeros para apoyarle si él/ella lo necesita | A | B | C | D |

Anexo VII: Cuestionario r-AQ. Cuestionario de atribución

Por favor lee la siguiente afirmación acerca de Carlos. *Carlos es un alumno nuevo en tu clase. Antes de su primer día de clase, tu profesora o profesor explicó que Carlos tiene una enfermedad mental y viene de una escuela especial. Ahora haz un círculo alrededor de la respuesta más adecuada a cada pregunta.*

| | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Carlos me daría pena. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | Ninguna | | | | | | | | |
| 2. ¿Cómo de peligroso crees que es Carlos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | Nada | | | | | | | | |
| 3. ¿Cuánto miedo sentirías de Carlos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | Ninguno | | | | | | | | |
| 4. Creo que Carlos tiene la culpa de la enfermedad mental | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | No en absoluto | | | | | | | | |
| 5. Pienso que Carlos debería estar en una clase especial para niños con problemas no en una clase normal como la mía. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | Sí, absolutamente | | | | | | | | |
| 6. ¿Cuánto enfado sentirías hacia Carlos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | No en absoluto | | | | | | | | |
| 7. ¿Qué probabilidad hay de que ayudases a Carlos con sus deberes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | Ninguno | | | | | | | | |
| 8. Intentaría mantenerme lejos de Carlos después de clase. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | Claramente no le ayudaría | | | | | | | | |
| | Claramente le ayudaría | | | | | | | | |
| | No, en absoluto | | | | | | | | |
| | Muchísimo | | | | | | | | |

Anexo VIII: Cuestionario para monitores sobre la implementación del programa soycomotu en centros de educación secundaria

Centro Educativo: _____

Profesor en el aula: _____ Curso: _____

| | Actividad | Valoración | | | | | | | | | | Fecha |
|---|--|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|
| SENSIBILIZACIÓN | Pretest: 3E, AQ-8 y 12ECSM (1 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | ¿Enfermedad o Salud Mental? (1 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | Decálogo. Orientaciones para cuidar la salud mental (1 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | Adivina quién va al Psicólogo (2 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | Le puede pasar a cualquiera (2 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | Ellos también son como tu (2 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | El árbol de las etiquetas (3 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | Medios de comunicación y salud mental (3 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | Rompiendo barreras: Role-taking (3 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Final 3 ^a sesión: preguntar qué actividad les ha gustado más de este primer bloque | | | | | | | | | | | | |
| EDUCACIÓN | ¿Quién soy yo? La importancia de conocerse (4 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | El lenguaje de las emociones: ¿Somos realmente inteligentes? (4 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | Estilos de Comunicación Saludables (5 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | Kit de Primeros Auxilios en Salud Mental (5 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | ¿Por qué me pasa lo que me pasa? La Adolescencia: Etapa Crítica o Etapa de Oportunidades (6 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | Postest: 3E, AQ-8 y 12 ECSV (6 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | Preguntar qué actividad les ha gustado más del segundo bloque (6 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | Despedida y cierre (6 ^a sesión) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

1º Día Fecha: _____

Monitor

1: _____

¿Ha estado presente el profesor? (x) Si (x) No Monitor 2: _____

Nivel de participación alumnos: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nivel de comprensión alumnos: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Valoración global de la sesión: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2º Día Fecha: _____

Monitor 1: _____

¿Ha estado presente el profesor? (x) Si (x) No Monitor 2: _____

Nivel de participación alumnos: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nivel de comprensión alumnos: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Valoración global de la sesión: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3º Día Fecha: _____

Monitor 1: _____

¿Ha estado presente el profesor? (x) Si (x) No Monitor 2: _____

Nivel de participación alumnos: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nivel de comprensión alumnos: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Valoración global de la sesión: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4º Día Fecha: _____ Monitor 1: _____

¿Ha estado presente el profesor? (x) Si (x) No Monitor 2: _____

Nivel de participación alumnos: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nivel de comprensión alumnos: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Valoración global de la sesión: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5º Día Fecha: _____ Monitor 1: _____

¿Ha estado presente el profesor? (x) Si (x) No Monitor 2: _____

Nivel de participación alumnos: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nivel de comprensión alumnos: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Valoración global de la sesión: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6º Día Fecha: _____ Monitor 1: _____

¿Ha estado presente el profesor? (x) Si (x) No Monitor 2: _____

Nivel de participación alumnos: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nivel de comprensión alumnos: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Valoración global de la sesión: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Observaciones e Incidencias

Observaciones 1º día:

Observaciones 2º día:

Observaciones 3º día:

Observaciones 4º día:

Observaciones 5º día:

Observaciones 6º día:

Anexo IX: Informe de satisfacción cumplimentado por equipo directivo de centros educativos donde se ha implementado el programa

D./Dña. _____ En su condición de
Director/a del Centro Educativo _____

CERTIFICO:

Que la Fundación Cattell Psicólogos, con domicilio social en C/ Trapería, nº 6, piso primero, Edificio Plaza de la Cruz, C.P. 30001, de Murcia ha implementado en este Centro Educativo, durante el curso 2016/17, los días XXX del mes XX, el Programa Educativo SoycomoTu® de Sensibilización y Educación en Salud Mental, con alumnado de Xº a Xº curso de Educación Secundaria y un total de XXX Participantes.

Habiéndose cumplido los objetivos del Programa Educativo SoycomoTu® implementado:

- 1.-Prevención de problemas de salud mental. Transmitir conocimientos al alumnado sobre la salud mental, cuidados y hábitos mentalmente saludables.*
- 2.-Favorecer la petición de ayuda, el diagnóstico precoz y la intervención ante aparición de problemas psicológicos.*
- 3.-Prevenir la aparición de actitudes de rechazo, conductas discriminatorias y acoso escolar hacia compañeros con problemas psicológicos.*
- 4.-Prevenir el desarrollo del auto-estigma que menoscaba el nivel de autoestima del alumnado con problemas psicológicos.*
- 5.-Favorecer la cooperación y la empatía hacia los compañeros con problemas psicológicos.*
- 6.-Evaluar el nivel de conocimientos sobre salud mental antes y después de la implementación del programa educativo.*
- 7.-Evaluar el nivel de estigma (actitudes de rechazo hacia los compañeros con problemas de salud mental) antes y después de la implementación del programa educativo.*

Habiéndose desarrollado el citado programa a plena satisfacción de este Centro.

Firma del Director del Centro Educativo

Sello del Centro Educativo

Anexo X: Encuesta para profesores y orientadores de centros educativos en los que ha sido implementado el programa educativo

Nombre del Centro..... Fecha.....

Esta encuesta es anónima y voluntaria. Nos gustaría que contestases a estas preguntas para poder mejorar el Programa Educativo Soycomotu®. Muchas gracias.

1. ¿Crees que la implementación del Programa Educativo Soycomotu® ha sido beneficiosa para tus alumnos/as? ¿Por qué?
2. ¿Para qué crees que les ha servido a tus alumnos/as la participación en el Programa Educativo Soycomotu®?
3. ¿Para qué te ha servido como profesor/a tutor/a participar en el Programa Educativo Soycomotu®? ¿Has conocido mejor a tus alumnos/as? ¿Te han sorprendido sus aportaciones y participaciones?
4. ¿Crees que es necesario implementar este tipo de programas de sensibilización y educación para la salud mental en los centros educativos?
5. ¿Te gustaría que el Programa Educativo Soycomotu® continuara más tiempo o crees que seis sesiones de 55 minutos han sido suficientes?
6. ¿Qué temas de los que se han tratado en el Programa Educativo Soycomotu® crees que habría que ampliar porque son los más importantes y necesarios para el alumnado?
7. ¿Tienes alguna sugerencia o algo que te gustaría añadir o quitar del programa o que no te haya gustado?
8. ¿Te gustaría recibir formación como profesor para poder impartir, a lo largo del curso y en el horario de tutoría, este tipo de contenidos sobre educación para la salud mental?

Anexo XI: Descripción del programa educativo SOYCOMOTÚ® de Sensibilización y Alfabetización en Salud Mental en las Aulas

1. Equipo de intervención

El equipo responsable de la implementación del programa educativo estuvo formado por la investigadora (doctora en psicología y psicóloga especialista en psicología clínica) y ocho monitores voluntarios con distintos diagnósticos (Trastorno psicótico, Trastornos de personalidad y TOC) que fueron los que implementaron el programa en los centros educativos. Cinco de los voluntarios eran hombres y tres mujeres, con un rango de edad de entre 30 y 40 años y un perfil que permitía a los jóvenes identificarse con ellos a pesar de la diferencia de edad. Todos los voluntarios estaban en proceso de recuperación y disponían de las habilidades de comunicación adecuadas para contactar con el alumnado de educación secundaria (ESO).

Los voluntarios accedieron al programa de voluntariado a través de la página web de la Fundación y recibieron un curso de formación para ser monitores del programa educativo Soycomotu. Estos cursos de 90 horas son gratuitos y están coordinados por la investigadora. Incluyen 40 horas de formación, 25 horas de prácticas supervisadas por un mentor y la investigadora y 25 horas de estudio en casa siguiendo las indicaciones de la *Guía Docente del Programa Educativo Soycomotu* (Martínez-Hidalgo, 2015). De los 8 voluntarios sólo 1 es profesional de la salud mental (psicólogo), el resto son personas con otro tipo de formación (2 con bachillerato y 5 con carrera universitaria), 5 de ellos se encuentran en situación de desempleo laboral. En el período de implementación del programa evaluado (curso 2016/2017), todos los voluntarios contaban con dos años de experiencia en este tipo de intervención y recibían la atención que necesitaban dentro y/o fuera del marco de las reuniones semanales de seguimiento coordinadas por la investigadora para resolver incidencias o dudas.

2. Formato y contenidos de la intervención

El programa educativo consta de 6 sesiones (1 sesión semanal) de 55 minutos de duración con objetivos, metodología y materiales diferentes. La implementación se lleva a cabo dentro de las aulas y corre a cargo de dos monitores voluntarios de la Fundación, siempre en presencia del tutor-profesor correspondiente a cada curso (1º- 4º de ESO). El programa comienza y termina con un protocolo de tests que miden las mejoras en estigma, atribución y conocimientos sobre salud mental.

Los objetivos generales del programa educativo son:

- Reducir y/o prevenir el estigma. Prevenir en el alumnado, la formación de estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias hacia compañeros o personas con PSM, favoreciendo el desarrollo de la empatía y la aceptación de la diversidad funcional.

- Prevenir el desarrollo del auto-estigma, evitando que se produzca una disminución de la autoestima en aquellos alumnos diagnosticados con PSM.
- Alfabetización y Educación en salud mental: Adquisición de conocimientos y hábitos saludables sobre salud mental. Favorecer la petición de ayuda, el diagnóstico precoz y la intervención ante la aparición de PSM.
- Prevenir el desarrollo de actitudes y comportamientos de acoso escolar.

Los objetivos específicos son:

- Desarrollar la capacidad de reflexión sobre la salud mental y los PSM para conseguir su normalización.
- Desarrollar la empatía hacia las personas que presentan PSM y la cooperación y otras actitudes y conductas prosociales entre compañeros.
- Que puedan llegar a sentirse identificados con algunas situaciones y reflexiones si ellos mismos están viviendo alguna dificultad psicológica y no se sientan tan aislados, facilitando la toma de conciencia de que su problema no es ni raro ni insuperable.
- Desmontar los estereotipos y los prejuicios que existen hacia las personas con PSM y prevenir y/o disminuir las conductas de discriminación y rechazo.
- A través de la metodología, ofrecer un espacio de trabajo y reflexión en el que puedan relacionarse con otros compañeros de la clase con los que usualmente no lo hacen.
- Adquisición de hábitos saludables a nivel mental: técnicas de comunicación asertiva, autoconocimiento y respeto a uno mismo y a los demás, gestión y expresión adecuada de las emociones, orientaciones para cuidar la salud mental.
- Conocer las señales que indican que uno mismo o un compañero o amigo puede necesitar apoyo social y/o familiar y ayuda de un profesional de la salud mental.
- Adquisición de conocimientos sobre salud mental: PSM más frecuentes, tratamientos adecuados (farmacológico y psicológico), profesionales de la salud (psicólogo clínico y psiquiatra), centros de salud mental, clínicas privadas.

Los criterios que se han seguido a la hora de diseñar y crear cada una de las actividades de este programa de intervención en las aulas son, entre otros:

- a) Etapa del desarrollo físico, cognitivo, afectivo y psicosocial del alumnado.
- b) Adquisición de conocimientos de salud mental.
- c) Metodología basada en el aprendizaje cooperativo, utilizando técnicas de aprendizaje dual y de role-taking.

Las actividades han sido creadas por el equipo de psicólogos, psiquiatras, maestros y profesores y personas con PSM voluntarias de la Fundación, tras una revisión bibliográfica exhaustiva sobre programas similares llevados a cabo en España, Australia, Estados Unidos y Reino Unido. Las actividades se llevan a cabo a través de unas

divertidas e interesantes dinámicas de grupo, técnicas de role-playing y de role-taking, proyección de audiovisuales con testimonios de personas con PSM, preguntas, debates, reflexiones sobre temas de salud mental adaptadas a las diferentes edades. Aunque los monitores no se presentan el primer día como personas diagnosticadas con PSM, en la segunda sesión al finalizar la actividad *Le puede pasar a cualquiera* cuentan su experiencia en primera persona con un sentido positivo, transmitiendo su proceso de recuperación con naturalidad, siguiendo los criterios necesarios (Pinto-Foltz, Logsdon, & Myers, 2011) para que dicho testimonio sea eficaz, en el sentido de que facilite el cuestionamiento de las creencias erróneas y los estereotipos que sustentan actitudes y conductas de discriminación y rechazo hacia los iguales con PSM.

Para garantizar que el procedimiento fuese igual en cualquiera de los centros educativos donde se implementaba el programa se editó la *Guía Docente del Programa Educativo Soycomotu*, manual que todos los monitores recibieron al comenzar el curso de formación en la Fundación con la investigadora. Además, para garantizar la continuidad, homogeneidad de la implementación del programa y la mejora en la confianza del alumnado, una vez iniciada la primera sesión en una clase, cada par de monitores continuaba con esta misma clase hasta finalizar la última sesión. A lo largo de un mes y medio cada pareja de facilitadores, entraba una vez por semana en las aulas habituales donde alumnos y alumnas recibían sus clases. Normalmente en hora de tutoría y estando el tutor presente durante las seis sesiones. Los profesores se mantenían en un estado de escucha activa y se les facilitaba, si ese era su deseo, su participación en las dinámicas, algo que sucedió de forma puntual para aportar algún testimonio personal sobre PSM. También han podido intervenir en escasas ocasiones para poner orden en la clase si algún alumno presentaba conductas disruptivas y de falta de respeto a sus compañeros o a los monitores. El primer día de intervención y una vez hecha la presentación de los monitores al alumnado dentro de su aula habitual, se reparten los cuestionarios y se leen las instrucciones. Se advierte que todos los datos recogidos son anónimos, por lo que es importante que rellenen el código de forma correcta. En Tabla 1, aparecen los tiempos y la organización grupal de cada una de las actividades que conforman los seis módulos de este programa educativo diseñado por el equipo de investigación de la Fundación (Martínez-Hidalgo et al., 2015).

Tabla 1.*Módulos, actividades, tiempos y organización del programa de intervención*

| Módulos | Actividades | Tiempo | Organización |
|---|---|-------------------------------|------------------------|
| I. Sensibilización: Estereotipos y actitudes Normalización de los PSM | 1. ¿Enfermedad o Salud Mental? 2. Le puede pasar a cualquiera 3. Ellos también son como tú | 15 min. 10 min. 25 min. | I/ GG I/GP/GG GG |
| II. Sensibilización: Transmisión de Estereotipos: Etiquetas negativas y prejuicios | 4. Adivina quién va al psicólogo 5. El árbol de las etiquetas | 20 min 10 min. | I/GG GG |
| III. Sensibilización: Transmisión de Estereotipos. Lenguaje estigmatizante Conductas discriminativas | 6. Medios de comunicación y salud mental (SM) 7. Rompiendo barreras | 30 min. 25 min. | GG GP/GG |
| IV. Alfabetización: Autoconocimiento Respeto de uno mismo | 8. ¿Quién soy yo? La importancia de conocerse 9. ¿Por qué me pasa lo que me pasa? Adolescencia: etapa crítica o etapa de oportunidades | 30 min. 25 min. | I/GG GP/GG |
| V. Alfabetización: Hábitos saludables y herramientas para intervención en crisis | 10. El lenguaje de las emociones 11. Kit de primeros auxilios en SM 12. Decálogo: Orientaciones para cuidar la SM | 25 min. 20 min. 10 min. | GP/GG I/GG I/GG |
| VI. Alfabetización: Comunicación y Asertividad | 13. Estilos de comunicación saludable 14. El arte de comunicarse de forma saludable | 40 min. 15 min. | GP/GG I/GG |

Programa Educativo Soycomotu © 2014 Fundación SOYCOMOTU
Organización Grupal: I= Individual; GP=Grupo Pequeño; GG= Grupo Grande

Para garantizar la fidelidad de la implementación la investigadora estaba presente en alguna de las sesiones realizadas en cada centro educativo, y la pareja de monitores cumplimentaban por separado un cuestionario de evaluación de la sesión. En el Cuadro 1 se presenta el contenido de las seis sesiones incluidas dentro del programa.

Cuadro 1 Contenido de las sesiones del programa educativo Soycomotu

SESIÓN 1.

Primera parte. Presentación y pretest.

- a) Presentación de los monitores y de la actividad a cargo de la tutora del curso.
- b) Introducción, motivación e instrucciones para cumplimentar el protocolo de pruebas previas a la intervención.

Segunda parte. Intervención

- a) Breve explicación de los objetivos y contenidos del programa de intervención.
- b) *Debate Grupal: Enfermedad física vs enfermedad mental.* Dinámica de asociación libre y debate en grupo para descubrir la ocultación, el estigma, el tabú que existen en torno a los PSM.
- c) *Decálogo. Orientaciones para cuidar la salud mental.* Power point con indicaciones y sugerencias sobre hábitos saludables para conseguir un mayor bienestar emocional y prevenir la aparición de PSM. Al final de la clase se entrega el decálogo en papel.

SESIÓN 2.

Primera parte

- a) Se comienza con *Adivina quién a al psicólogo*: Dinámica de grupo con panel de fotografías para desmontar estereotipos acerca de la imagen de las personas con PSM.
- b) *Le puede pasar a cualquiera*: Dinámica de grupo con tarjetas de colores para que el alumnado tome conciencia y reflexione sobre la elevada frecuencia de los PSM en población general y adolescentes y que es algo que nos puede pasar a cualquiera.

Segunda parte. Videoproyección

- a) *Ellos también son como tú*. Vídeo y debate para la normalización de los PSM a través de testimonios de personajes famosos (deportistas y actores) con los que el alumnado se pueden sentir identificados. Se aportan conocimientos sobre los distintos PSM

que aparecen en el vídeo (TOC, Depresión, TDAH, T. Dismórfico, T. Ansiedad y de Pánico, entre otros) y se resalta la importancia de hablar sobre los PSM para romper con la ocultación y el miedo al rechazo y facilitar la búsqueda de ayuda.

SESIÓN 3.

Primera parte. Role-Taking.

- a) *El árbol de las Etiquetas*. Los monitores hacen un role-taking para conocer la influencia que los estereotipos negativos existentes en la sociedad ejercen sobre las personas con PSM.
- b) *Rompiendo Barreras*. Role-taking realizado por 4 alumnos/as voluntarios para experimentar en primera persona los sentimientos de los que tienen PSM y que todo el grupo reflexione sobre las diferentes actitudes positivas (apoyo social, empatía, comprensión) y negativas (rechazo, ignorancia, desprecio) dirigidos hacia los iguales con PSM y sus consecuencias.

Segunda parte. Videoproyección

- a) *Medios de Comunicación y Salud Mental*. Noticias reales (periódico y televisión) sobre personas con PSM para reflexionar, debatir y adquirir una capacidad crítica acerca de las creencias y los mensajes negativos que transmiten los mass media.

SESIÓN 4.

- a) *¿Quién Soy Yo? La Importancia de Conocerse*. Power point con ilustraciones tipo comic para introducir las características de personalidad y generar debate entre el alumnado sobre la importancia de conocerse y respetarse, para saber elegir situaciones,

personas y conductas que favorezcan el bienestar emocional y la salud mental.

- b) *El Lenguaje de las Emociones: ¿Somos Realmente Inteligentes?* Power point con información sobre las emociones para que

el alumnado aprenda a identificar y gestionar sus emociones como prevención del malestar y la promoción de la salud mental.

SESIÓN 5.

- a) *Estilos de Comunicación Saludable*. Power point con los distintos estilos de comunicación existentes para que el alumnado aprenda a reconocer cómo se relaciona con los demás y como podría mejorar su estilo de comunicación. Se realizan tres role-playing en el que participan 6 alumnos voluntarios con estos estilos (assertivo, pasivo, agresivo).

- b) *Kit de Primeros Auxilios en Salud Mental*. Power point con técnicas, orientaciones, herramientas para saber ayudar a los compañeros o personas que se encuentran en situación de crisis o tienen PSM. Este kit también contiene claves para saber pedir

ayuda en caso de ser necesario. Se realizan tres role-playing en el que participan 6 alumnos voluntarios en los que se afianzan los estilos de comunicación y se enlazan con la idea de cómo pedir ayuda, cómo ayudar y detectar señales de que un

compañero se encuentra en una situación de crisis emocional y puede necesitar nuestro apoyo o el de un profesional.

SESIÓN 6.

Primera parte.

- a) *¿Por qué me pasa lo que me pasa? La Adolescencia: Etapa Crítica o Etapa de Oportunidades*. Dinámica de grupo para favorecer el diálogo entre el alumnado acerca de la etapa del desarrollo evolutivo que están atravesando. Diferenciando los problemas psicológicos, emocionales o sociales cotidianos, propios de estas edades, de los problemas clínicos de salud mental.

Segunda parte. Postest y despedida

- a) Instrucciones para cumplimentar el protocolo de pruebas tras la intervención.

- b) Despedida y agradecimiento por la participación en el programa educativo Soycomotu a tutores y alumnado.