

ESTIGMA ASOCIADO AL TRASTORNO MENTAL EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA EN EL MUNICIPIO DE SUECA

STIGMA ASSOCIATED WITH MENTAL DISORDER IN SECONDARY SCHOOL STUDENTS IN THE CITY OF SUECA

Inmaculada Fuentes-Durá (1), Carolina Martí (2), Gloria Melero (2), Claudio Alamán (3), Lorena Adam (3), David Marqués (3), Miguel Melero (2), Sergio Lacamara (4) y Juan Carlos Ruiz (1).

(1) Facultad de Psicología y Logopedia, Universitat de València, Valencia.
(2) AFEM Ribera Baixa, Sueca.
(3) Fundación SASM, Sueca.
(4) CREAP, Valencia.

Correspondencia: Inmaculada Fuentes. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultat de Psicologia Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia. 968864476
E-mail: inmaculada.fuentes@uv.es

RESUMEN

El estigma social o público puede privar a quienes lo padecen de oportunidades esenciales para el logro de sus objetivos vitales, siendo una importante barrera para la integración de las personas con enfermedad mental. Los objetivos principales de este trabajo han sido evaluar el estigma social asociado al trastorno mental en estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria, teniendo en cuenta el género, y estudiar la eficacia de dos actividades desarrolladas en el aula para reducir el estigma. En la investigación han participado dos grupos de 2º de ESO, con 53 estudiantes en total y dos grupos de 4º de ESO con 38 estudiantes. En los dos cursos uno de los grupos participó en la actividad para reducir el estigma mientras que el otro actuaba como grupo control. En 2º se utilizó una actividad denominada "Falsos mitos sobre salud mental" y en 4º una "Dinámica de sensibilización y reducción del estigma" mediante la proyección de un documental titulado "Una historia normal". Los principales resultados indican la presencia de diferencias significativas en las actitudes entre hombres y mujeres, presentando ellas menos actitudes estigmatizantes. Los estudiantes de 4º tienen mayor conocimiento de la enfermedad mental y mayor disposición a buscar ayuda que los de 2º. La intervención breve realizada no mostró diferencias posteriores en las creencias, actitudes y comportamientos.

Palabras clave: estigma, estudiantes secundaria, esquizofrenia, enfermedad mental.

ABSTRACT

Social or public stigma can deprive people who suffer from it of essential opportunities to achieve life goals, being an important barrier to the integration of people with mental illness. The main objectives of this work have been to evaluate the social stigma associated with mental disorder in students of Compulsory Secondary Education (ESO), taking into account gender, and to study the effectiveness of two activities developed in the classroom to reduce stigma. Two groups of 2nd year of ESO have participated in the research, with 53 students in total and two groups of 4th year of ESO with 38 students. In both courses, one of the groups participated in the activity to reduce stigma while the other acted as a control group. In 2nd grade, an activity called "False myths about mental health" was used, and in 4th grade "Awareness raising and stigma reduction dynamics" was used through the screening of a documentary titled "A normal story". The main results indicate the presence of significant differences in attitudes, women have less stigmatizing attitudes. 4th graders have a greater knowledge of mental illness and a greater willingness to seek help than 2nd graders. The brief intervention carried out did not show any subsequent differences in beliefs, attitudes and behaviors.

Key words: stigma, high school students, schizophrenia, mental illness.



1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad mental (EM), al igual que otras condiciones humanas, como el sexo, la raza o la orientación sexual, a menudo implica un proceso de estigmatización¹. La Organización Mundial de la Salud² señala a este proceso como uno de los problemas más importantes relacionados con la salud mental en la sociedad contemporánea que afecta a todos los grupos culturales³, estando presente en todos los países^{2,4}.

El estigma se suele definir como los estereotipos, prejuicios y discriminaciones asociados a la enfermedad mental que pueden privar a quienes las padecen de oportunidades posiblemente esenciales para el logro de sus objetivos vitales, principalmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal. Es por eso, una importante barrera para la integración de las personas que afecta a la prestación de servicios sanitarios y sociales⁵. La literatura recoge cuatro tipos principales de estigma denominados: estigma público, autoestigma, evitación de etiquetas, y estigma estructural⁶.

En este estudio nos vamos a centrar en el estigma público conceptualizado como el proceso mediante el cual los miembros de una población aplican estereotipos y se comportan de manera discriminatoria hacia las personas con trastornos mentales. En las sociedades occidentales los estereotipos sobre las personas con diagnóstico de esquizofrenia suelen incluir información sobre: su peligrosidad y relación con actos violentos, su responsabilidad por la propia enfermedad o por no haber sido capaz de curarla mediante tratamiento, su carácter débil, su incompetencia e incapacidad para realizar tareas esenciales como el autocuidado, su carácter y reacciones impredecibles, y su falta de control⁷. Estas creencias pueden llevar a reacciones de miedo, preocupación, desconfianza, etc. A su vez esto puede producir diversas formas de discriminación cuya consecuencia son dificultades en su vida social, en encontrar una vivienda o un trabajo.

La literatura sobre el estigma público se ha centrado en el estudio de diferentes grupos de la población. Fundamentalmente nos encontramos con estudios en población general, en familiares de personas con trastorno mental (TM), en profesionales que trabajan con TM, y en los medios de comunicación^{8,9}. También se ha iniciado la realización de estudios con estudiantes universitarios¹⁰, y de enseñanza secundaria obligatoria y bachillerato¹¹. Parece razonable suponer que la etapa formativa en la que se encuentran los adolescentes que están cursando sus estudios de educación secundaria sería un buen momento para conocer como está la situación del proceso de estigmatización y aplicar programas dirigidos a la reducción del estigma social asociado al TM. Estos adolescentes formarán parte de la población adulta en pocos años y la disminución del estigma público tiene efectos positivos en el autoestigma. La evidencia señala que en los países con actitudes menos estigmatizantes se presentan niveles más bajos de estigma internalizado⁶. Dentro de los campos de intervención señalados como prioritarios para la reducción del estigma, además de encontrarnos con las grandes campañas antiestigma, tenemos otras áreas prioritarias como la de trabajar con las escuelas¹².

En este contexto, el objetivo principal de este estudio ha sido evaluar el estigma social asociado al TM en estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria dentro del “Programa de Reducción del Estigma en Salud Mental” de

la Mesa Sectorial de Prevención en Salud Mental del Municipio de Sueca, promovida desde el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Sueca. Se analizarán, además, las diferencias en el estigma público en función del género y se evaluará la eficacia de dos actividades desarrolladas en el aula para reducir el estigma.

2.METODO

2.1.Muestra

En el estudio participaron dos grupos de 2º de ESO, con 53 estudiantes en total y dos grupos de 4º de ESO con 38 estudiantes en total, pertenecientes a los colegios María Auxiliadora y Luís Vives de la población de Sueca (Valencia). En los dos cursos uno de los grupos participó en la actividad para reducir el estigma mientras que el otro actuaba como grupo control. En la tabla 1 aparecen las características demográficas de todos los grupos. Antes de la realización del estudio se solicitaron los permisos a los centros educativos y los padres o tutores de los alumnos firmaron el consentimiento informado autorizando la participación de sus hijos/as en el estudio.

2.2.Instrumentos

En el estudio se utilizaron los siguientes instrumentos para evaluar las variables de interés. La subescala de familiaridad con la enfermedad mental (FEM) del cuestionario de Ribs¹³. Esta escala tiene ocho ítems divididos en dos grupos que miden familiaridad, contacto e intenciones de tener contacto con personas con EM. Los primeros cuatro ítems preguntan al encuestado sobre su familiaridad y contacto utilizando respuestas de sí o no. Usamos estos cuatro ítems para identificar y evaluar el porcentaje de estudiantes que han conocido o conocen a alguien con EM y el porcentaje de estudiantes que han vivido/trabajado o están viviendo/trabajando.

El cuestionario de conocimientos sobre la enfermedad mental (KMI) que explora de manera genérica los conocimientos que se tienen sobre las enfermedades mentales¹⁴. El KMI utiliza 13 ítems (Verdadero/falso). Su puntuación corresponde al número de respuestas correctas, indicando una mayor puntuación mayor conocimiento.

El cuestionario de actitudes (r-AQ), que es una forma reducida del Cuestionario de Atribuciones AQ-2715 adaptado para su utilización en jóvenes^{14,16}. Este cuestionario cuenta con nueve ítems: Peligrosidad (percepción de que representan una amenaza para los demás), Lástima (sentir pena), Coerción (obligación a realizar un tratamiento adecuado), Evitación (evitar vivir, trabajar o, simplemente, relacionarse cerca de una persona con enfermedad mental), Culpa (grado de responsabilidad), Enfado (cantidad de malestar o irritación), Ayuda (disposición a prestar ayuda), Miedo (nivel de temor expresado), Búsqueda de ayuda (disposición a buscar ayuda). Las respuestas a los ítems se califican en una escala tipo Likert que va del 1 al 7.

2.3.Procedimiento

Todos los estudiantes fueron evaluados inicialmente con la batería de pruebas descrita. Posteriormente, en uno de los colegios que participaban en el estudio se realizó la actividad dirigida a reducir el estigma. En el grupo de 2º ESO se utilizó la actividad denominada “Falsos mitos sobre salud mental” basada en el manual de Sensibilización sobre salud mental en las aulas “Lo hablamos”¹⁷. En 4º de la ESO se llevó a cabo una “Dinámica de sensibilización y reducción del

estigma” mediante la proyección de un documental titulado “Una historia normal” realizado por la Fundación Santos Andrés Santiago y Miguel (SASM). El detalle de ambas sesiones se puede ver en el Anexo I. Los grupos de 2º y 4º ESO del otro colegio actuaron como grupos control. Después de haber realizado la actividad, todos los estudiantes volvieron a ser evaluados utilizando la batería inicial de pruebas.

2.4.Análisis estadísticos

Inicialmente se realizó un análisis exploratorio de datos para verificar el supuesto de normalidad e identificar valores atípicos. Como en casi la totalidad de variables medidas no se cumplía el supuesto de normalidad se utilizaron estadísticos no paramétricos en el análisis de datos. Luego se realizaron comparaciones entre los distintos grupos antes y después de la participación en la actividad utilizando la prueba U de Mann-Whitney en todas las variables medidas. También se compararon los grupos y los colegios utilizando chi-cuadrado para evaluar si existían diferencias entre ellos en las variables género y edad. En el caso del r-AQ se calculó una puntuación global en actitud estigmatizante y se estudió su correlación con la variable conocimientos sobre la enfermedad mental.

3.RESULTADOS

En la tabla 1 se puede ver la distribución por cursos, género y grupo de los/as participantes en el estudio. Inicialmente se evaluó la asociación entre la variable curso y las variables género, conocer (conocer o haber conocido a una persona con enfermedad mental) y convivir (convivir o haber convivido con una persona con enfermedad mental) utilizando el estadístico chi-cuadrado. En segundo curso un 77% manifestaba haber conocido a alguna persona con enfermedad mental y un 59% en cuarto. El porcentaje de estudiantes que conviven o que han convivido es de un 6% en segundo y un 11% en cuarto. Los resultados mostraron que la variable curso no estaba asociada con la variable género ($\chi^2 = 3,91$; $p = 0,07$), ni con la variable conocer ($\chi^2 = 2,85$; $p = 0,09$) y convivir ($\chi^2 = 0,53$; $p = 0,47$).

Tabla 1. Distribución en frecuencia y porcentaje de los/las estudiantes en los grupos de intervención y control

INTERVENCIÓN			CONTROL	
CURSO	MUJER (%)	HOMBRE	MUJER	HOMBRE
2º	42,9	57,1	47,4	52,6
4º	72,2	27,8	57,9	42,1
	MUJER (n)	HOMBRE	MUJER	HOMBRE
2º	12	16	9	10
4º	13	5	11	8

Tanto los estudiantes de 2º como los de 4º tienen conocimiento general sobre el TM. Sus promedios se sitúan entorno a una puntuación de ocho sobre trece, aunque los estudiantes de 4º obtienen una puntuación significativamente mayor (tabla 2). Por su parte, los resultados en el r-AQ, que valora el estigma explorando actitudes estigmatizantes, muestran que los estudiantes de 2º, en una escala que va de uno al siete, en la que a mayor puntuación menos estigma, se sitúan entre las posiciones 5 y 6 en las dimensiones de peligrosidad, evitación, ayuda, miedo y búsqueda de

ayuda, y entre las posiciones 6 y 7 en las dimensiones de coerción, culpa y enfado. En el caso de los estudiantes de 4º, éstos se sitúan entre las posiciones 5 y 6 en las dimensiones de peligrosidad y ayuda, y entre las posiciones 6 y 7 en las dimensiones de coerción, evitación, culpa, enfado, miedo y búsqueda de ayuda. La comparación entre ambos grupos no mostró diferencias entre los dos cursos en ninguna de las dimensiones que valora la escala ni tampoco en la puntuación global.

Tabla 2. Puntuaciones en la evaluación inicial y diferencias entre los dos cursos

	2º (n=47)		4º (n=37)		U de Mann-Whitney	
	M	(DT)	M	DT	Z	p
EDAD	12,98	0,39	14,97	0,37	-8,52	0,001
KMI	8,45	1,64	9,38	1,53	-2,37	0,018
r-AQ PELIGROSIDAD	5,30	2,01	5,16	1,66	-1,03	0,304
LÁSTIMA	4,36	2,15	4,16	2,09	-0,43	0,670
COERCIÓN	1,45	1,14	1,68	1,06	-1,61	0,108
EVITACIÓN	2,17	1,97	1,73	1,24	-0,49	0,624
CULPA	6,26	1,84	6,95	0,23	-1,73	0,084
ENFADO	1,96	1,63	1,78	1,08	-0,25	0,800
AYUDA	5,98	1,74	5,97	1,40	-0,69	0,488
MIEDO	2,15	1,85	1,65	1,18	-0,78	0,437
BÚSQUEDA AYUDA	5,04	2,16	6,22	1,40	-2,48	0,013
r-AQ total	18,53	6,24	18,38	5,27	-0,34	0,735

KMI: Conocimientos sobre la enfermedad mental.
r-AQ: Cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental.

Para completar la descripción del conocimiento sobre la enfermedad mental y las actitudes estigmatizantes se analizaron las diferencias entre mujeres y hombres en cada curso. Como se puede ver en la tabla 3, en 2º curso aparecieron diferencias significativas en todas las subescalas de la r-AQ menos en la de búsqueda de ayuda. Las mujeres mostraron menos actitudes estigmatizantes en todas esas subescalas exceptuando la de lástima, en la que los hombres tuvieron una puntuación más alta indicando esta que sentían más pena por el nuevo estudiante. No hubo diferencias significativas entre ambos géneros ni en la puntuación total de la r-AQ ni en el nivel de conocimientos sobre la enfermedad mental.

En la tabla 4 se puede ver que, en 4º curso, sin embargo, únicamente aparecieron diferencias significativas entre hombres y mujeres en las subescalas de peligrosidad, lástima y ayuda de la r-AQ. En el caso de la subescala de evitación la diferencia estuvo próxima a la significación ($p=0,056$). En las subescalas de peligrosidad y ayuda las mujeres mostraron menos actitudes estigmatizantes que los hombres y, al igual que lo observado en 2º, los hombres mostraron mayores puntuaciones en el ítem que hace referencia a la pena que las mujeres.

Tabla 3. Comparación mujeres vs. hombres antes de la intervención en 2º ESO

	MUJER (n=21)		HOMBRE (n=26)		U de Mann-Whitney	
	M	DT	M	DT	Z	p
KMI	8,38	1,60	8,50	1,70	-0,35	0,727
r-AQ PELIGROSIDAD	6,24	1,48	4,54	2,08	-3,05	0,002
LÁSTIMA	3,52	2,20	5,04	1,89	-2,29	0,022
COERCIÓN	1,05	0,22	1,77	1,45	-2,52	0,012
EVITACIÓN	1,52	1,44	2,69	2,20	-2,26	0,024
CULPA	6,81	0,87	5,81	2,26	-2,01	0,044
ENFADO	1,38	1,16	2,42	1,81	-2,34	0,019
AYUDA	6,62	0,86	5,46	2,08	-2,13	0,033
MIEDO	1,57	1,25	2,62	2,14	-1,42	0,156
BÚSQUEDA AYUDA	4,48	2,20	5,50	2,04	-1,76	0,079
r-AQ total	17,86	5,50	19,18	6,95	-0,99	0,323

KMI: Conocimientos sobre la enfermedad mental.
r-AQ: Cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental.

Tabla 4. Comparación mujeres vs. hombres antes de la intervención en 4º ESO

	MUJER (n=24)		HOMBRE (n=13)		U de Mann-Whitney	
	M	DT	M	DT	Z	p
KMI	9,29	1,40	9,54	1,81	-0,13	0,896
r-AQ PELIGROSIDAD	5,67	1,24	4,23	1,96	-2,20	0,028
LÁSTIMA	3,67	2,10	5,08	1,80	-2,01	0,044
COERCIÓN	1,71	1,00	1,62	1,19	-0,57	0,570
EVITACIÓN	1,42	0,83	2,31	1,65	-1,91	0,056
CULPA	6,96	0,20	6,92	0,28	-0,45	0,655
ENFADO	1,71	1,04	1,92	1,19	-0,56	0,577
AYUDA	6,33	1,13	5,31	1,65	-2,20	0,028
MIEDO	1,58	1,06	1,77	1,42	-0,46	0,645
BÚSQUEDA AYUDA	6,33	1,17	6,00	1,78	-0,39	0,694
r-AQ total	17,46	4,34	20,08	6,51	-1,47	0,141

KMI: Conocimientos sobre la enfermedad mental.
r-AQ: Cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental.

Por último, en este apartado inicial descriptivo de la muestra de participantes en el estudio, se calculó la correlación entre la puntuación en la escala KMI y la puntuación global en el r-AQ. Ni en el caso de 2º ($r = 0,06$; $p = 0,723$) ni en el de 4º ($r = -0,10$; $p = 0,553$) la correlación resultó significativa.

En la evaluación inicial, antes de la intervención, los resultados mostraron que, en el caso de 2º, no existían diferencias entre ambos grupos (intervención y control) ni en conocimientos, ni entre las distintas dimensiones de la r-AQ, incluida la puntuación total, a excepción de en la dimensión

de “culpa”. Sin embargo, este último resultado hay que valorarlo con cautela porque en el grupo control todos los estudiantes señalaron como respuesta uno de los extremos de la escala, la puntuación de siete. La comparación entre los grupos intervención y control, en el caso de 4º, tampoco mostró diferencias significativas ni en conocimientos sobre la enfermedad mental ni en las dimensiones del r-AQ, incluida la puntuación total. En este curso los alumnos tuvieron el mismo comportamiento que sus compañeros de 2º a la hora de puntuar el ítem correspondiente a la dimensión “culpa” tanto en el grupo de tratamiento, con un promedio de 6,89, como en el de intervención con un promedio de 7 (tabla 5).

Tabla 5. Comparación grupo con intervención vs. grupo control antes de la intervención en 2º y 4º ESO

	INTERVENCIÓN (n=28)		CONTROL (n=19)		U de Mann-Whitney	
	M	DT	M	DT	Z	p
2º ESO						
KMI	8,68	1,33	8,11	2,00	-0,77	0,439
r-AQ PELIGROSIDAD	5,04	2,12	5,68	1,83	-1,29	0,198
LÁSTIMA	4,25	2,12	4,53	2,25	-0,53	0,595
COERCIÓN	1,50	1,26	1,37	0,96	-0,15	0,879
EVITACIÓN	2,64	2,34	1,47	0,90	-1,54	0,124
CULPA	5,75	2,25	7,00	0,00	-2,52	0,012
ENFADO	2,11	1,71	1,74	1,52	-1,12	0,265
AYUDA	5,68	1,98	6,42	1,22	-1,47	0,142
MIEDO	2,39	1,99	1,79	1,62	-1,54	0,124
BÚSQUEDA AYUDA	5,11	2,27	4,95	2,04	-0,50	0,616
r-AQ total	19,13	6,44	17,79	6,08	-1,01	0,314
4º ESO						
KMI	9,44	1,54	9,32	1,57	0,00	1,000
r-AQ PELIGROSIDAD	5,67	1,24	4,68	1,89	-1,60	0,110
LÁSTIMA	4,22	1,99	4,11	2,23	-0,15	0,878
COERCIÓN	1,67	0,97	1,68	1,16	-0,14	0,889
EVITACIÓN	1,61	1,24	1,84	1,26	-0,54	0,592
CULPA	6,89	0,32	7,00	0,00	-1,47	0,141
ENFADO	1,56	0,78	2,00	1,29	-0,83	0,410
AYUDA	6,17	1,15	5,79	1,62	-0,59	0,559
MIEDO	1,67	1,03	1,63	1,34	-0,64	0,521
BÚSQUEDA AYUDA	6,44	0,70	6,00	1,83	-0,39	0,694
r-AQ total	17,11	4,09	19,58	6,06	-1,34	0,179

KMI: Conocimientos sobre la enfermedad mental.
r-AQ: Cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental.

Una vez terminada la intervención se compararon los grupos observándose que en los estudiantes de 2º (ver tabla 6) aparecieron diferencias significativas en conocimiento y en las dimensiones de peligrosidad, enfado y miedo del cuestionario r-AQ. En el caso de la variable conocimientos

sobre la enfermedad mental el grupo de intervención tuvo mejores puntuaciones que el grupo control. Sin embargo, en el caso de las dimensiones del r-AQ en las que aparecieron diferencias, los estudiantes del grupo control mostraron puntuaciones menos estigmatizantes que el grupo de intervención. Los estudiantes de 4º curso (ver tabla 6) no mostraron diferencias significativas en ninguna de las variables medidas. Aunque en el conocimiento sobre la enfermedad mental la diferencia estuvo cercana a la significación ($p = 0,055$), con una puntuación más alta en el grupo que recibió la intervención.

Tabla 6. Comparación grupo con intervención vs. grupo control tras la intervención en 2º y 4º ESO

	INTERVENCIÓN (n=25)		CONTROL (n=25)		U de Mann-Whitney	
	M	DT	M	DT	Z	p
2º ESO						
KMI	9,08	1,55	7,60	1,73	-2,85	0,004
r-AQ PELIGROSIDAD	4,92	2,14	5,92	1,91	-2,35	0,019
LÁSTIMA	4,00	2,31	4,12	2,09	-0,31	0,759
COERCIÓN	1,60	1,35	1,16	0,47	-1,17	0,240
EVITACIÓN	2,28	1,95	2,32	1,97	-0,04	0,966
CULPA	6,52	0,92	6,56	1,53	-1,86	0,062
ENFADO	2,16	1,60	1,28	0,84	-2,84	0,004
AYUDA	5,72	1,95	6,08	1,58	-0,80	0,423
MIEDO	2,36	1,93	1,44	1,19	-2,71	0,007
BÚSQUEDA AYUDA	5,56	2,22	5,20	2,33	-0,93	0,355
r-AQ total	21,68	7,78	18,32	5,45	-1,47	0,140
4º ESO						
KMI	10,17	1,79	9,15	1,60	-1,92	0,055
r-AQ PELIGROSIDAD	6,00	1,08	4,95	2,21	-1,05	0,294
LÁSTIMA	3,78	1,90	3,10	2,38	-1,14	0,255
COERCIÓN	1,39	0,85	1,95	1,64	-1,21	0,227
EVITACIÓN	2,22	1,83	2,20	1,61	-0,33	0,741
CULPA	6,44	1,20	6,20	1,91	-0,04	0,967
ENFADO	2,06	1,35	2,20	1,64	-0,03	0,975
AYUDA	6,28	1,23	5,55	1,99	-1,16	0,247
MIEDO	1,28	0,57	2,00	2,05	-0,70	0,484
BÚSQUEDA AYUDA	5,94	1,76	5,50	1,93	-0,50	0,618
r-AQ total	18,5	5,84	23,05	10,58	-1,50	0,135

KMI: Conocimientos sobre la enfermedad mental.
r-AQ: Cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental.

4.DISCUSIÓN

Tanto los estudiantes de 2º como los de 4º de tienen un conocimiento adecuado sobre la enfermedad mental tal y como es evaluado a través del cuestionario KMI. Aunque los estudiantes de 4º tienen una puntuación significativamente mejor que los de 2º. Por su parte, este nivel de cono-

cimiento no difiere entre hombres y mujeres ni en 2º ni en 4º. No hay diferencias entre los dos cursos en las dimensiones que componen el cuestionario rAQ a excepción de en “búsqueda de ayuda”. Los estudiantes de 4º muestra una mayor disposición a buscar ayuda si pensaran que tienen una enfermedad mental.

Los resultados muestran diferencias de género, tanto en 2º como en 4º, en actitudes hacia el TM. Las mujeres, en 2º, muestran actitudes menos estigmatizantes que los hombres en seis de las nueve dimensiones que evalúa el rAQ. En este curso los hombres únicamente muestran actitudes menos estigmatizantes que las mujeres en la dimensión de lástima/pena. Estos resultados están en consonancia con los estudios que sugieren que las mujeres en la población general muestran menos estigma asociado al TM18-19. En el caso de 4º ambos géneros están más igualados en sus actitudes. Los hombres en este curso también muestran actitudes menos estigmatizantes que las mujeres en la dimensión de lástima, y únicamente en la dimensión de ayuda las mujeres tienen una actitud menos estigmatizante que los hombres. Tanto en 2º como en 4º ambos géneros muestran la misma puntuación global en el r-AQ.

Respecto a la evaluación del impacto de las intervenciones vemos que en el caso de la actividad “Falsos mitos sobre la enfermedad mental”, realizada con estudiantes de 2º de ESO, aparecieron diferencias entre el grupo que realizó la actividad y el grupo de control en las dimensiones de peligrosidad, enfado y miedo. Contrariamente a lo esperado, el grupo de control mostró actitudes menos estigmatizantes. En el caso de los estudiantes de 4º, la comparación entre los que realizaron la actividad y los que no, mostró que no había diferencias entre ambos grupos en ninguna de las dimensiones del cuestionario r-AQ, ni en la puntuación total. Repitiéndose el patrón de resultados previo a la intervención. Es posible que el carácter breve y puntual de este tipo de intervenciones tenga un efecto muy limitado en la modificación de las actitudes estigmatizantes hacia el TM en jóvenes que no muestran, de partida, una actitud claramente estigmatizante o extremadamente estigmatizante. Sin embargo, cuando se considera la variable “conocimientos sobre la enfermedad mental” los dos grupos que realizan la actividad mostraron una mejor puntuación que sus correspondientes grupos control.

En la evaluación de los resultados de las intervenciones hay que tener en cuenta, que se ha realizado un estudio cuasi experimental. Estos estudios no permiten establecer relaciones de causalidad, pero sí permiten evidenciar datos que apunten hacia un posible efecto positivo de la intervención. Por otra parte, hay que tener en cuenta el tamaño de la muestra de estudiantes que han participado en el estudio. La muestra es relativamente pequeña y este es un factor que limita la posibilidad de ver diferencias cuando se hacen comparaciones, por ejemplo, entre cursos o entre géneros. Este estudio se ha llevado a cabo entre septiembre y diciembre de 2020, con lo que la intervención inicialmente prevista que incluía añadir a las actividades de segundo y cuarto actividades comunitarias de contacto con personas con enfermedad mental no han podido llevarse a cabo por la pandemia derivada de la COVID-19. El contacto directo ha mostrado ser uno de los componentes activos en este tipo de intervenciones20 por lo que no haberlo podido llevar a cabo por la situación del momento no ha producido el efecto esperado con las intervenciones completas.

Las conclusiones relevantes del estudio son las diferencias en las actitudes estigmatizantes entre hombres y mujeres

que deberían llevar a la consideración de sus implicaciones para las intervenciones dirigidas a reducir el estigma público y la importancia de que las intervenciones no sean breves y que comporten el contacto directo.

Agradecimientos

Mesa Sectorial de Prevención en Salud Mental del Municipio de Sueca

Área de Acción Social del Ayuntamiento de Sueca.

Estudio desarrollado en el marco del programa propio de Investigación del Vicerrectorado de Investigación de la Universitat de València, convocatoria d'Accions Especials, expedient UV-INV-AE-1554362.

REFERENCIAS

1. Corrigan PW, Watson AC, Warpinski AC, Gracia G. Stigmatizing attitudes about mental illness and allocation of resources to mental health services. *Community Ment Health J.* 2004;40(4):297–307.
2. World Health Organization. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: WHO; 2013
3. Angermeyer MC, Schomerus G. State of the art of population-based attitude research on mental health: A systematic review. *Epidemiol Psychiatric Sci.* 2017;26:252–264.
4. Abdullah T, Brown TL. Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(6):934-948.
5. Corrigan PW, Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. In: Corrigan PW editor. *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change.* Washington: American Psychological Association; 2005. p.11-44.
6. Sheehan L, Nieweglosky K, Corrigan, PW. Structures and types of stigma. In: Gaebel W, Rössler W, Sartorius N editors. *The stigma of mental illness -End of the story?* Cham: Springer; 2017. p. 43-66.
7. Crespo M, Pérez-Santos E, Muñoz M, Guillén AI. Descriptive study of stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain). *Community Ment Health J.* 2008;44:393–403.
8. Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Editorial Complutense; 2009.
9. Sanz J. Estigma de los profesionales de enfermería de salud mental hacia las personas con trastorno mental grave. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental.* 2019;7:4-21.
10. Vega D, Garcés L, Saavedra P, Acosta F (2019). Estigma entre futuros profesionales sanitarios hacia pacientes con trastorno mental. *Rehabilitación Psicosocial.* 2019;15(1):30-38.
11. Cangas AJ, Navarro N, Parra JMA, Ojeda JJ, Cangas D, Piedra JA, Gallego J. Stigma-Stop: a serious game against the stigma in educational settings. *Front Psychol.* 2017;8,1385.
12. Warner R. Fields of intervention. In: Gaebel W, Rössler W, Sartorius N editors. *The stigma of mental illness -End of the story?* Cham: Springer; 2017. p.435-449.
13. Evans-Lacko S, Rose D, Little K, Flach C, Rhydderch D, Thornicroft G. Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiol Psychiatric Sci.* 2011;20(3):263-271.
14. Watson AC, Otey E, Westbrook AL, Gardner AL, Lamb TA, Corrigan PW, et al. Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophr Bull.* 2004;30(3):563–572.
15. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health and Soc Behav.* 2003;44(2):162–179.
16. Pinto MD, Hickman R, Logsdon MC, Burant C. Psychometric evaluation of the Revised Attribution Questionnaire (r-AQ) to measure mental illness stigma in adolescents. *J Nurs Meas* 2012;20(1):47-58.
17. Bono A, Carrasco R, García-Cubillana P, Fernández G, Graván MJ, León A, Mena AL. Manual de actividades. Sensibilización Sobre La Salud Mental En Las Aula Lo Hablamos. Junta de Andalucía; 2010.
18. Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G. Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009–2012. *Br J Psychiatry.* 2013;202:s51–s57.
19. Chan SKW, Lee KW, Hui CLM, Chang WC, Lee EHM, Chen EYH. Gender effect on public stigma changes towards psychosis in the Hong Kong Chinese population: a comparison between population surveys of 2009 and 2014. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(3):259–267.
20. Wong EC, Collins RL, Cerully JL, Yu JW, Seelam R. Effects of contact-based mental illness stigma reduction programs: age, gender, and Asian, Latino, and White American differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018;53(3):299–308.

ANEXO I

“FALSOS MITOS SOBRE SALUD MENTAL” (2º ESO)

Guía de la actividad y contenidos a tratar

1º Presentación (material: pegatinas para el nombre)

Buenas tardes somos xxx y zzz, trabajadores de AFEM RB.

Hoy vamos a hablar de cómo influye en nuestro bienestar emocional la salud mental y sobre el respeto a las personas que padecen una enfermedad mental. Ahora que ya nos conocéis queremos conoceros a vosotros, así que anotad vuestro nombre en este trozo de papel y os lo iréis pegando al pecho a medida que os vais presentando con vuestro nombre y algo positivo de vosotros mismos

Pe.: soy xxx y soy amable.

(se presentan algunos niños)

2º Falsos mitos sobre la enfermedad mental

Material: Listado de afirmaciones, línea del continuo con muñequitos para cada grupo y las dos cabeceras y “chicle” azul o blanco. Ahora os vamos a entregar una hoja a cada uno y a cada una, en la que veréis una serie de afirmaciones. Vuestro trabajo consiste en decidir si lo que se dice en cada afirmación os parece que es verdadero o falso. Una vez completada la hoja vamos a ponernos en grupos de 5 personas más o menos. Os vamos a repartir unos muñequitos que sostienen las afirmaciones sobre las que habéis trabajado previamente de manera individual. Además, podemos ver en los dos extremos de la pizarra dos figuras: totalmente de acuerdo y totalmente en desacuerdo, unidas por una línea continua. Vuestro trabajo consiste en decidir en grupo dónde deben ir pegados los muñequitos de papel. Tenéis 15 minutos. Una vez todos los grupos han terminado se pasa a debatir. Vamos a analizar afirmación por afirmación:

- 1. Las personas con problemas de salud mental son violentas e impredecibles. FALSO
- 2. Es posible prevenir las enfermedades mentales. VERDADERO
- 3. Las personas con enfermedad mental son “especiales”, muchas son genios como Mozart o Van Gogh. FALSO
- 4. Las personas con enfermedad mental pueden llevar una vida normal. VERDADERO.
- 5. Las personas con enfermedad mental no deben estar encerradas VERDADERO
- 6. Las personas con enfermedad mental son estudiantes de segunda fila. FALSO.
- 7. Existen tratamientos eficaces para las patologías psiquiátricas graves. VERDADERO
- 8. Yo también puedo tener una enfermedad mental. VERDADERO

3. Preguntas a los participantes

Bueno, llegados a este punto decidme:

¿Sabéis que es una enfermedad mental?, ¿Qué enfermedades mentales conocéis?, ¿Dónde hemos aprendido la información que habéis plasmado en las respuestas? (en medios de comunicación, lo dice la gente...), ¿Es una información real? (que las personas con EM son agresivos, delincuentes, malos, aburridos, van drogados...), ¿Puede ser que los medios de comunicación sólo hablen de la enfermedad mental cuando está unida a un delito?, ¿Cómo creéis que se siente una persona cuando está enferma?, ¿Cómo creéis que hay que tratar a las personas cuando están enfermas?, ¿Creéis que necesitará la misma ayuda, apoyo y comprensión que una persona con una enfermedad física? Resúmen.

4. Visionado video actividades AFEM RB y despedida

Os vamos a presentar para finalizar un breve vídeo sobre las actividades que realizamos en CCTRB y AFEM RB, queremos que lo miréis atentamente y busquéis cosas que realizan estas personas que os parecen extrañas o inusuales. Fijaos en sus acciones.

¿Qué no es normal en este video?

“DINÁMICA DE SENSIBILIZACIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA MEDIANTE LA PROYECCIÓN DEL DOCUMENTAL “UNA HISTORIA NORMAL” de la Fundación SASM (4º ESO)”

En esta actividad tiene una duración aproximada de 90 minutos. En ella se visiona un video elaborado por la Fundación SASM y protagonizado por dos personas que han sido atendidas en la Fundación. Estas personas actualmente tienen una vida muy autónoma, pero han vivido muchas dificultades. En el audiovisual cuentan sus experiencias de superación, las limitaciones de su trastorno y el rechazo social experimentado.

La sesión se estructura en:

- 1. Dinámica de presentación
- 2. Visionado del documental
- 3. Psicoeducativo sobre trastornos mentales graves (síntomatología, factores precipitantes, estigma social)
- 4. Debate/coloquio en donde los estudiantes hablan sobre los contenidos expuestos y el documental.