

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID



Facultad de Medicina

Departamento de Psiquiatría

**MODIFICACIÓN DEL ESTIGMA ASOCIADO A LA ENFERMEDAD
MENTAL: EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EN INSTITUTOS DE
ENSEÑANZA SECUNDARIA OBLIGATORIA EN NAVARRA**

TESIS DOCTORAL 2015

Lorena de Simón Alonso

Dirección:

Dra. Elena Ezquiaga Terrazas

Dr. Agustín Madoz Gúrpide

Modificación del estigma asociado a la enfermedad mental: evaluación de una intervención en institutos de enseñanza secundaria obligatoria en Navarra

ISBN: 978-84-606-7815-1

Depósito Legal: NA 741-2015

“Auto-estigma es el poder que yo cedo al otro para que me importe lo que piense sobre mí; me moleste que valore, me juzgue, me hable con condescendencia, me ordene o me corrija; permita que me humille, me deje de lado, me acobarde o me dé miedo”.

Cristina García Aguayo

AGRADECIMIENTOS

A los Dres. Elena Ezquiaga Terrazas y Agustín Madoz Gúrpide, quienes me han guiado durante el desarrollo de este proyecto. Han sido una referencia personal y profesional mucho más allá de cualquier expectativa.

A Cristina García-Aguayo, con admiración. A Sergio Saldaña, desde el tranvía. A Gaizka Jauregi, con orgullo. A Eva Roncero, con ternura.

A David Testal, que no sólo grabó un video con arte y sensibilidad sino que además nos regaló la pócima del hilo conductor.

A los usuarios del Centro de Salud Mental de Burlada, en gratitud por su confianza. Ojalá esta experiencia se refleje en nuestro trabajo común.

A los orientadores, al profesorado y a los centros educativos que nos abrieron sus puertas. A los estudiantes que tanto se implicaron y nos mostraron que la adolescencia puede ser maravillosa.

A los compañeros del Centro de Salud Mental de Burlada, a la Fundación Argibide y a la Dirección de Salud Mental del Gobierno de Navarra por respaldar el proyecto y facilitar su ejecución. A Miren López y Fermín Goñi, por su gesto clave.

A Luis Simón, padre y psiquiatra. En su trabajo se aprehende este trabajo.

A Purificación Alonso, con mucho amor, por permitirme investigar en otras líneas, sin las que no hubiera llegado a ésta.

A Martina, por su frase. A Berta, por lo que calla. A Marcos, por su sonrisa de perfil. A los tres, por todo.

A Hilario, a Grusche y a Anerol, ellos saben por qué.

ACRÓNIMOS

BASTA	Bavarian Antistigma Action
CI	Consentimiento informado
CSM	Centro de Salud Mental
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
IOOV	In Our Own Voice
NAMI	Nacional Alliance of the Mentally Ill
r-AQ 27	Revised Attribution Questionnaire to Measure Mental Illness Stigma in Adults
r-AQ8C	Revised Attribution Questionnaire to Measure Mental Illness Stigma in Adolescents
WHO	World Health Organization
WPA	World Psychiatrist Association

ÍNDICE

1. RESUMEN	17
2. REVISIÓN	19
2.1. ESTIGMA Y LOCURA: UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA	19
2.1.1. La Edad Antigua	20
2.1.2. La Era Medieval	22
2.1.3. Los Asilos	24
2.1.4. La Reforma	24
2.1.5. El Siglo XX.....	26
2.1.6. El Siglo XXI.....	30
2.2. MODELOS CONCEPTUALES DEL PROCESO DE ESTIGMATIZACION	31
2.2.1. Psicología Social.....	32
2.2.1.1. Teoría de la Atribución Causal en el proceso de estigmatización	35
2.2.2. Sociología.....	40
2.2.2.1. Modelo De Link y Phelan.....	41
2.2.3. Psicología Evolutiva.....	43
2.2.4. Perspectiva Integradora de los diferentes modelos.....	44
2.3. ENFERMEDAD MENTAL Y VIOLENCIA	45
2.3.1. Incidencia de la Violencia asociada a la enfermedad mental	45
2.3.2. Factores Sociodemográficos asociados a la Violencia	46
2.3.2.1. Género	46
2.3.2.2. Nivel socioeconómico.....	47
2.3.2.3. Diagnóstico	47
2.3.2.4. Abuso de sustancias	47
2.3.2.5. Sintomatología no tratada.....	48

2.3.3. Impacto de la Violencia en la población general	48
2.4. CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA.....	49
2.4.1. Estigma Público	50
2.4.1.1. Estigma y empleo	51
2.4.1.2. Estigma y alojamiento	52
2.4.1.3. Estigma y salud.....	53
2.4.2. Discriminación Estructural.....	56
2.4.2.1. Discriminación intencionada	56
2.4.2.2. Discriminación no intencionada	57
2.4.3. Auto-Estigma	58
2.4.3.1. Marco teórico del concepto de auto-estigma	58
2.4.3.2. Consecuencias del auto-estigma.....	59
2.5. VARIABLES SIGNIFICATIVAS EN RELACIÓN AL ESTIGMA	61
2.5.1. Cultura	61
2.5.1.1. Diferencias culturales	62
2.5.1.2. Evolución de las actitudes estigmatizadoras en Occidente.....	64
2.5.2. Diagnóstico	65
2.5.3. Género.....	68
2.5.4. Familiaridad	69
2.6. GRUPOS DE ESPECIAL RELEVANCIA EN LA GESTIÓN DEL ESTIGMA.....	70
2.6.1. Profesionales Sanitarios	71
2.6.1.1. Estigma percibido por los usuarios y cuidadores	71
2.6.1.2. Actitudes de profesionales sanitarios	72
2.6.1.3. Estigma de cortesía.....	73
2.6.2. Cuidadores y Familias	74
2.6.2.1. Actitudes de cuidadores y familias.....	74

2.6.2.2. Estigma percibido.....	75
2.6.2.3. Estigma de cortesía.....	77
2.6.3. Medios de Comunicación.....	77
2.6.3.1. Imágenes de la enfermedad mental en los medios de comunicación	78
2.6.3.2. Actitudes de la ciudadanía.....	79
2.6.3.3. Efectividad de las campañas anti-estigma en medios de comunicación	80
2.7. ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL ESTIGMA	83
2.7.1. Protesta	85
2.7.2. Educación.....	86
2.7.3. Contacto Directo	88
2.7.4. Empoderamiento.....	89
2.7.4.1. Difusión pública.....	90
2.7.4.2. Grupos de Ayuda Mutua y la Ayuda del Igual.....	91
2.8. INSTRUMENTOS DE EVALUACION DEL PROCESO DE ESTIGMATIZACIÓN.....	92
2.8.1. Medidas de Conocimiento.....	94
2.8.2. Medidas del Nivel de Contacto Previo.....	95
2.8.3. Medidas de Actitudes y Opinión.....	95
2.8.4. Medidas de Comportamiento y Distancia Social	97
2.8.5. Medidas de Estigma Percibido.....	98
2.8.6. Medidas de Auto-Estigma	99
2.8.7. Otras Medidas	99
2.9. CAMPAÑAS PARA COMBATIR EL ESTIGMA	100
2.10. ESTIGMA Y ADOLESCENCIA	106
2.10.1. Datos Sociodemográficos	106
2.10.2. Estigmatización en Edades Tempranas	107
2.10.3. Estigmatización y Acceso al Tratamiento.....	107

2.10.4. Sensibilización frente al Estigma en la Adolescencia	108
2.10.5. Estrategias de Sensibilización para Población Adolescente.....	110
2.10.6. Modelo Conceptual de Intervención Anti-Estigma en Adolescentes	113
2.10.6.1. Modelo In Our Own Voice.....	113
2.10.6.2. Líneas para el diseño de programas anti-estigma dirigidos a adolescentes ..	115
2.10.7. Programas Anti-Estigma dirigidos a Adolescentes	116
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	123
3.1. OBJETIVOS	123
3.1.1. Objetivo principal	123
3.1.2. Objetivos secundarios.....	123
3.2. HIPÓTESIS	124
4. MATERIAL Y MÉTODOS	127
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	127
4.2. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN A ESTUDIO	127
4.2.1. El equipo de intervención.....	127
4.2.1.1. Perfil del equipo.....	127
4.2.1.2. Entrenamiento y supervisión	128
4.2.2. Estructura de la intervención a estudio	129
4.2.2.1. Formato de la intervención	129
4.2.2.2. Contenido de la intervención a estudio	129
4.3. ÁMBITO DE ESTUDIO	131
4.3.1. Criterios de elección del nivel académico	131
4.3.2. Criterio de elección de los centros participantes	133
4.3.3. Descripción de los centros participantes	134
4.4. MUESTRA	135

4.4.1. Tamaño de la muestra	135
4.4.2. Criterios de inclusión.....	135
4.4.3. Criterios de exclusión.....	135
4.4.4. Grupo control.....	136
4.5. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	137
4.5.1. Hoja de recogida de datos	137
4.5.2. Cronograma de la intervención	137
4.5.3. Descripción del instrumento de la medida del estigma.....	138
4.5.4. Variables de estudio	139
4.5.4.1. Variables independientes	139
4.5.4.2. Variables dependientes	139
4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	140
4.7. CONTRASTE DE HIPÓTESIS.....	141
4.8. FUNDAMENTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO	142
4.8.1. Confidencialidad	143
4.8.2. Consentimiento Informado	143
4.8.3. Difusión de resultados	144
4.8.4. Conflicto de intereses	144
5. RESULTADOS	145
5.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	145
5.1.1. Muestra global y exclusión de casos.....	145
5.1.2. Características sociodemográficas de la muestra	146
5.1.3. Análisis comparativo de las variables sociodemográficas entre grupo de casos y grupo control.....	147
5.2. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES A NIVEL BASAL	148
5.2.1. Descripción de las variables dependientes	148

5.2.2. Análisis basal de las variables dependientes	150
5.2.3. Análisis comparativo entre grupo de casos-grupo control a nivel basal.....	151
5.3. MEDIDA DEL EFECTO DE LA INTERVENCIÓN.....	152
5.3.1. Medida del efecto inmediato de la intervención.....	152
5.3.2. Medida del efecto de la intervención a los seis meses de seguimiento	153
5.3.3. Medida del cambio longitudinal del efecto de la intervención	154
5.3.4. Análisis evolutivo de las variables dependientes.....	155
5.3.5. Análisis comparativo de la medida de las variables dependientes a los seis meses de seguimiento respecto al nivel basal en el grupo control	161
5.4. INFLUENCIA DE LOS FACTORES GÉNERO Y CONTACTO PREVIO EN EL EFECTO DE LA INTERVENCIÓN	164
5.4.1. Análisis a nivel basal.....	164
5.4.1.1. Género	164
5.4.1.2. Contacto previo	164
5.4.2. Análisis inmediatamente después de la intervención	167
5.4.2.1. Género	167
5.4.2.2. Contacto previo	167
5.4.3. Análisis a los seis meses de realizada la intervención	170
5.4.3.1. Género	170
5.4.3.2. Contacto previo	171
5.4.4. Síntesis de la influencia longitudinal de los factores Género y Contacto Previo en la medida de estigma	173
5.4.4.1. Género	173
5.4.4.2. Contacto Previo.....	173
5.5. MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN DEL ALUMNADO CON LA INTERVENCIÓN.....	174
5.5.1. Análisis cuantitativo	174
5.5.2. Análisis cualitativo.....	175

5.6. MEDIDA DE LA CALIDAD DE LA INTERVENCIÓN	175
6. DISCUSION	177
7. CONCLUSIONES.....	219
8. BIBLIOGRAFÍA.....	221
9. APÉNDICE 1. Un recorrido experiencial a través del programa anti-estigma	243
10. TABLAS.....	253
11. GRÁFICOS Y FIGURAS	255
11.1. Gráficos	255
11.2. Figuras.....	255
12. ANEXOS	257

1. RESUMEN

El concepto de estigma data de antiguo y denominaba la marca que algunos individuos adquirirían en virtud a determinada característica, que el resto de la población identificaba como negativa. Con el tiempo ha ampliado su campo semántico, para pasar a referirse a la devaluación del individuo como portador de esa marca, que puede ser evidente u oculta.

El estigma es un fenómeno universal, siempre presente en la sociedad. Se trata de un constructo relacional, y como consecuencia de ello, sujeto a cambios en el tiempo y entre las diferentes culturas (1). Cada grupo elige, en función de sus valores, el tipo de atributo que señala como negativo. Históricamente, y en diferentes civilizaciones, el Trastorno Mental ha sido receptor de conductas estigmatizadoras. El estigma no deja de ser un reflejo de cómo se entiende socialmente la enfermedad mental, por lo que la evolución del término corre pareja con la evolución del concepto de locura. La Revolución Francesa sacó a los “locos” de la cárcel, concediéndoles el reconocimiento de enfermos (2). Desde entonces hasta hoy, cuando los enfermos ya no son tildados de delincuentes ni encarcelados, el concepto ha cambiado sobremanera. Sin embargo, aún en el actual marco de la Psiquiatría Comunitaria, de la integración en la sociedad y de la normalización funcional, persiste un determinado estigma en torno al enfermo mental, que sigue rodeado de silencio y, frecuentemente, oculto a la opinión pública.

Los modelos que analizan el proceso de estigmatización asociado a la enfermedad mental se basan en aportaciones de diferentes campos (3) como el de la *Psicología Social* (4), la *Psicología Evolutiva* (5) y la *Sociología* (6). A partir de ellos, autores modernos (7, 8) han propuesto un marco teórico en el que se asienta el conocimiento sobre dicho proceso. Se ha diferenciado entre varios componentes, como el cognitivo (estereotipos), el emocional (prejuicio) y el conductual (discriminación). Los estereotipos de peligrosidad, imprevisibilidad y responsabilidad, especialmente el primero, cobran significativa importancia (9).

Desde este marco conceptual puede comprenderse la carga que el estigma supone para los diagnosticados, con repercusión a nivel interpersonal, social, estructural (1). El grupo identifica al portador de la marca con la propia marca, despojándolo de su identidad (3), distanciándose de él y relegándolo a los márgenes de la sociedad. Esto coloca a la persona con enfermedad mental en inferioridad de condiciones y supedita su acceso a diversos recursos sociales, laborales y personales, derivando en una pérdida de poder y de estatus (10). La vergüenza, la culpa y el miedo al rechazo condicionan la aceptación de la enfermedad, que a menudo trata de esconderse, lo que deviene en una merma en la búsqueda y en el uso de herramientas

terapéuticas (11). Las personas diagnosticadas se enfrentan a un doble problema. Por un lado el lidiar con la enfermedad en sí misma y por el otro con los errores conceptuales de la sociedad respecto a ella. Si la persona, como miembro de la sociedad en la que vive, hace suyo estos prejuicios y estereotipos volviéndolos en su contra, el auto-estigma (12) se convierte en otro importante elemento nocivo, que contribuye a frenar la recuperación de la patología mental (13). Además, el estigma se extiende sobre aquellos que rodean al individuo marcado, en lo que Goffman (3) denominó “estigma de cortesía”.

La erradicación del estigma se ha convertido en un objetivo prioritario a nivel internacional, de manera que se ha integrado en las líneas estratégicas gubernamentales y de la Asociación Mundial de Psiquiatría (14). Se recomienda que sea una labor realizada a distintos niveles y áreas de actuación, de forma coordinada y dirigida a los diferentes tipos de estigma (15). Para ello pueden emplearse varias estrategias: la de protesta, la educativa, la de contacto directo, la de reforma estructural y el empoderamiento del usuario (16).

Se han identificado grupos de la sociedad especialmente relevantes por su relación directa con la enfermedad mental. Entre ellos, la población de jóvenes ocupa un lugar destacado (17) por su permeabilidad cognitiva y por la importancia de moldear estereotipos en una edad en la que los iguales desempeñan un papel crucial en las relaciones interpersonales (18). A través de este tipo de intervenciones sería posible realizar una doble acción preventiva que contribuya a disminuir el lapsus diagnóstico y la dificultad de acceso al tratamiento, realidades con importantes consecuencias en el futuro de los adolescentes (19).

2. REVISIÓN

2.1. ESTIGMA Y LOCURA: UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA

La comprensión del concepto de estigma asociado a la enfermedad mental corre pareja con la evolución histórica del concepto de “locura” y el papel que el “loco” ha desempeñado en las diferentes culturas a lo largo del tiempo.

El término estigma procede del griego “stizein”. Designa a la marca, corte o tatuaje grabado en la piel de esclavos y ladrones para su reconocimiento público. También en latín, el término “atis” se utilizaba como marca de ignominia o infamia (1). En diferentes culturas se ha tratado de marcar simbólicamente a determinados sujetos, bien como forma de identificación (estrella amarilla de los judíos, el tatuaje de números para los prisioneros), bien como castigo (corte de mano al ladrón). La religión utiliza la marca como símbolo de identidad del grupo (cruz cristiana colgada al cuello, la kipá judía, la hiyab islámica), sublimando la diferencia con respecto a los otros. La evolución del concepto de locura y, consecuentemente, la forma de relacionarse con ella, han presentado longitudinalmente un patrón circular, alternándose etapas de mayor tolerancia con otras de acoso y persecución. Diferentes factores se asocian con esta evolución, entre ellos el contexto histórico y religioso, el desarrollo del conocimiento y los procesos de urbanización e industrialización (20).

El desarrollo de las diferentes corrientes en Psiquiatría se hace eco de los conceptos de locura y estigma, en la medida en la que reflejan una forma de entender y tratar la enfermedad y a los portadores de la misma. Los avances del conocimiento no corren paralelos con la comprensión de la locura. Cuando la sociedad, como ocurrió durante el Renacimiento y el Siglo de las Luces, propone implementar cambios, puede ocurrir que estos sean costosos, temporal y económicamente hablando, por lo que la respuesta social se demora. Ello puede resultar en que la reforma quede en papel mojado, reproduciendo los vicios del sistema que pretendía cambiar, tal como ocurrió con las bondades del tratamiento moral y los primeros intentos de desinstitucionalización. Finalmente, si la sociedad no visibiliza los cambios, es difícil que los integre y modifique su comportamiento respecto a ella.

Hinshaw (20) detalla una serie de factores claves para entender la evolución del concepto de locura y su enfoque social:

- Dualismo mente-cuerpo

Profundiza en la relación de la conciencia con el cuerpo, ya sea desde la espiritualidad, desde la voluntad o desde una visión independiente de ambas entidades. En función de

la lectura realizada, la enfermedad mental puede interpretarse como una dolencia, a semejanza de las físicas; o como un fallo de las capacidades superiores, el denominado fallo moral. Esta dicotomía, relevante en la cultura griega, cobra importancia en la actualidad, con el desarrollo de la neuropsiquiatría y el creciente conocimiento sobre el funcionamiento cerebral.

- Etiología natural versus sobrenatural

La atribución etiológica, bien desde una perspectiva biológica, bien basándose en la intervención de fuerzas superiores (ya sean el demonio, espíritus, fuerzas naturales o deidades varias) condicionará el lugar que el loco ocupa en la sociedad, desde condenado al fuego hasta líder de la tribu.

- Dualismo determinismo-libre voluntad

En función de hasta qué punto la razón y la conciencia dependan del libre albedrío, el enfermo mental puede ser considerado como un sujeto pasivo y paciente o como el responsable de lo que le ocurre. Si los síntomas dependen de fuerzas naturales o biomédicas, el afectado puede considerar que poco margen de acción le resta, lo que puede derivar en pesimismo y resignación. Mientras que si el individuo es dueño de su destino y de su voluntad, es posible que surjan sentimientos de culpa y vergüenza.

- Tratamiento punitivos versus humanitario

En relación al estilo de cuidados y tratamiento, también la Historia ha mostrado variabilidad aunque la corriente imperante ha sido la primera, con negligencia, castigo y diferentes formas de destierro para los enfermos. No obstante, existen testimonios que confirman la viabilidad y eficacia de abordajes terapéuticos basados en la integración y el cuidado del enfermo.

2.1.1. La Edad Antigua

La literatura ofrece una buena panorámica de cómo la enfermedad mental se asocia con características negativas y comportamientos violentos en diferentes contextos. Lo inexplicable (y entre ello la enfermedad mental) se atribuye a fuerzas sobrenaturales, ya sean dioses, ancestros, espíritus o estrellas. Los griegos narraban historias mitológicas sobre dioses y humanos bajo la adscripción de fuerzas malignas que rallaban la locura. Medea mata a sus hijos y Eurípides (480 a.C.) lo justifica desde su irracionalidad (1). La Biblia y relatos de otras culturas narran exorcismos destinados curar la “locura” de los “poseídos” por el demonio.

Las trepanaciones craneales y la lapidación son ejemplos de prácticas basadas en la punición del individuo.

No siempre la visión ha sido nociva. A algunos “poseídos” se les atribuye una misión especial, como en el caso de sanadores y chamanes, otorgándoles un papel superior. En la Grecia de Homero (800 a.C.), cuando la enfermedad mental se consideraba efecto de la posesión de los dioses y se castigaba con la lapidación o la muerte, se crearon también los Asclepiones, en honor del dios de la Medicina. Eran templos curativos donde el enfermo era inducido al trance con narcóticos. Al despertar, narraba su sueño al sacerdote quien prescribía tratamientos curativos basados en cuidados, baños, ejercicio y diversión.

Zilboorg y Henry (21) explicaron cómo con el resplandor de Atenas, durante el siglo VI a.C., se incrementa el interés por el cuerpo humano y se realizan las primeras disecciones. Hipócrates (460 a.C.), considerado el padre de la Medicina, fue de alguna manera también el precursor de la Psiquiatría y de la Psicología. Este autor, además de asentar el origen de los trastornos psicológicos en el físico, describe y clasifica por primera vez las enfermedades mentales. En contra de las atribuciones sobrenaturales imperantes, otorgó al cerebro un papel prominente como factor causal de pensamiento, emoción y acción. Su Teoría de los Fluidos, que coloca el origen de las aflicciones mentales en el desequilibrio de los fluidos corporales, entiende la curación como la recuperación de este equilibrio. Para ellos se prescriben diferentes medicinas, como ejercicio, descanso, abstinencia al alcohol y al sexo, sangrías o eméticos. La propuesta de Hipócrates no se acepta de forma generalizada. Importantes autores posteriores, como Platón (427 a.C.), siguen atribuyendo la enfermedad mental a desórdenes psicológicos y a la influencia de los dioses. Su discípulo Aristóteles (384 a.C.) desplaza del cerebro al corazón el centro de las cualidades humanas (20).

En Alejandría figuras como Asclepiades (124 a.C.) realizaron aportaciones que pasaron entonces desapercibidas. Defiende el origen emocional de las enfermedades y desarrolla la teoría atomista según la cual la enfermedad se genera a partir de partículas invisibles que atraviesan los poros corporales. Propone tratamientos basados en la recuperación de la armonía corporal, cuidando el cuerpo con música, descanso, masajes y ejercicio. Basándose en estas premisas, promovió un modelo terapéutico abierto para las enfermedades mentales. Además realizó aportaciones teóricas, describiendo la diferencia entre alucinación y delirio, y entre procesos evolutivos de curso agudo y crónico.

Con la llegada del Imperio Romano se frena el desarrollo del conocimiento impulsado por los pensadores griegos y el concepto de enfermedad mental retrocede en el tiempo. Superstición,

misticismo y tratamientos punitivos recobran protagonismo. Celsus (25 a.C.) defendió métodos como el castigo corporal, la reclusión, la inmovilización con cadenas o el hambre. La privación de los sentidos y el miedo se justificaban como medidas distractoras de los pensamientos disruptivos del individuo. Posteriormente Galeno (130 d.C.), remedando a Hipócrates, impulsó la Medicina y el conocimiento sobre los trastornos mentales. Otorgó al cerebro un papel relevante en la génesis de los mismos y avanzó la noción de que órganos adyacentes al dañado pueden deteriorarse también por un fenómeno de “simpatía” (20).

En Europa, los primeros hospitales públicos no surgen hasta finales del siglo IV d.C. Carecían de vocación para el tratamiento de los trastornos mentales y contribuyeron a perpetuar el estigma asociado a la “locura”, asumiendo una visión negativa de la misma. En Arabia y las naciones islámicas aparecieron durante los siglos IV y V los primeros centros hospitalarios con vocación de atención a los enfermos mentales. Siglos después, el Maristán Nazarí (1367), sito en Granada, continuó en España con la tradición musulmana. Fundado por el sultán Muhammad V en el siglo XIV, funcionó como centro de acogida de enfermos mentales (22).

2.1.2. La Era Medieval

El declinar del Imperio Romano trae consigo un nuevo enfoque de la enfermedad mental. Con el auge del misticismo y la religión, la dicotomía entre el bien y el mal cobra relevancia como marco de referencia para juzgar el comportamiento humano. Desde este encuadre, la enfermedad mental se aúna con la maldad, susceptible de tratamiento a través de la religión y los exorcismos. Los monjes sustituyen a los médicos en el arte de la curación de la locura, abandonando el naturalismo (20). La enfermedad mental se identifica con debilidad de carácter y el enfermo es aquél incapaz de elegir lo correcto frente a lo erróneo. Esta idea constituye una atribución frecuente aún hoy en día: la de que las personas enfermas son responsables y controlan lo que les ocurre. La diada enfermedad mental y responsabilidad es una constante que condiciona el comportamiento social hacia ella y un elemento clave en el proceso de estigmatización.

En las culturas orientales, sin embargo, se mantienen parte de los ideales griegos. Entre las aportaciones del sabio persa Al-Razi (865 d.C.), está el desarrollo del movimiento mutakallimun. Aporta una visión racionalista, inusual en el mundo islámico, y defiende la libertad de la voluntad humana contra la predestinación divina, en una postura crítica con la religión y el Corán. El hospital que dirigió en Bagdad fue el primero en disponer de una sección para enfermos mentales (23).

También en Europa aparecen excepciones. En Gheel (Bélgica) surge de forma un tanto casual uno de los más renombrados centros de tratamiento para enfermos mentales (24). Una leyenda narra la historia de cómo a finales del siglo VI la princesa irlandesa Dimphe huyó, acompañada de su anciano confesor, de las proposiciones de su libertino padre. Capturados en Gheel, el rey decapitó allí a su hija. En el mismo instante, los locos recuperaron la cordura y posteriormente se sucedieron las curaciones ante la tumba de la joven. Sin que quede clara la razón, en el siglo XII, la aldea se convierte en lugar de peregrinaje al que acuden muchos enfermos mentales para su curación. Posteriormente, con la canonización de la princesa, se erigieron en su honor una iglesia y una sala de curación. Allí se recluía a los enfermos durante nueve días, tras los cuales se les hacía pasar bajo un baldaquín que contenía las cenizas de la santa. Habitados a recibir enfermos, los vecinos los hospedaban, conviviendo con normalidad y dejando un legado de lo que hoy sería denominada integración comunitaria. Durante el siglo XIX la ciudad fue transformada en espacio terapéutico, adonde se trasladaron alienados de todo el país (24).

Sin embargo, en la mayor parte de Europa se sigue el modelo de confinamiento y aparecen los asilos especiales para los enfermos mentales. Uno de los primeros se construye en Metz, Alemania, en el año 1100. El Bethlem de Londres se inaugura en el 1247 (25). Conforme a testimonios de la época, en estos establecimientos se llevaban a cabo prácticas aberrantes: los pacientes eran encadenados, recludos en celdas masificadas sin mínimas condiciones de higiene y sometidos a vejaciones (26). Se ha postulado que tal vez este tipo de medidas fueran, en una época en la que se carecía del soporte de la medicación, el único recurso de contención de pacientes agitados. Sin embargo, la experiencia de asilos, como los de Bagdad o el Cairo, con prácticas terapéuticas humanitarias, parece desmentir esta justificación (21). El primer asilo del que se tiene noticia en España nace también con espíritu protector. El Hospital de los Lunáticos, Insanos e Inocentes fue creado por el padre Gilberto Jofré en Valencia en el año 1410, con apoyo ciudadano, tras observar cómo la multitud maltrataba a un enfermo (22).

Conforme la Iglesia Católica gana poder en Europa, el estigma asociado a los enfermos mentales se agrava hasta el punto de que se les acusa de brujería. Con la publicación en el año 1484 de su "Malleus Maleficarum", los alemanes Sprenger y Kramer obtuvieron, por orden papal, poder para aniquilar a las brujas. Durante más de 300 años, mujeres con enfermedad mental fueron consideradas hechiceras, sometidas a escarnio público y quemadas en la hoguera (21).

2.1.3. Los Asilos

El siglo XVII trae a Europa cambios que atañen a la Medicina. La influencia del catolicismo decae, resurgen los ideales griegos y avanza la revolución científica. Sin embargo, en materia de salud mental el conocimiento no corre paralelo. Los tratamientos punitivos continúan siendo de elección para tratar a los enfermos, que aún se consideran poseídos (20).

La migración masiva hacia las ciudades obliga a reorganizar el sistema asistencial. Las ciudades se llenan de gente sin recursos que vive en condiciones deplorables. La alta tasa de mendicidad constituye una amenaza para la salud pública. Se abren las antiguas leproserías, dónde se hacían indigentes, enajenados y dementes (2). Se entiende que el enfermo ha perdido su alma y, por tanto, su identidad. Desde esta pérdida, se justifica la exclusión. El trato humillante y los tratamientos basados en el miedo y el dolor constituyen otra muestra de cómo los enfermos son víctimas del estigma que la enfermedad acarrea.

El Siglo de las Luces consolida en Europa el despliegue de conocimiento en diversos campos. De nuevo estos avances no se reflejan en la realidad de los enfermos y las reformas realizadas no son consistentes. Se escriben las primeras clasificaciones de la enfermedad mental, que, de alguna manera, cobra actualidad. Los asilos Bethlem en Londres, el Bicêtre de París y el Hospital de Filadelfia abren sus puertas para recibir aristócratas que visitan las instalaciones como si de un espectáculo lúdico se tratara. Se ha estimado que el asilo de Bethlem llegó a recibir unos 19.000 visitantes al año para conocer a los 200 huéspedes del centro (20). Esta vez el estigma permite despojar al enfermo de su condición de humano y de su intimidad para convertirlo en objeto de entretenimiento.

En América, durante los siglos XVII y XVIII, la dispersión de los núcleos rurales facilita que la enfermedad mental sea relegada a un problema familiar. Con la colonización se importan las ideas europeas. Con la llegada de la urbanización se inauguran asilos, en los que también se introducen las prácticas sanitarias estigmatizadoras del Viejo Continente. Benjamín Rush (1746–1813), precursor de la Psiquiatría americana, alzó la voz por la mejoría de las condiciones hospitalarias. Los cambios conseguidos fueron parciales y durante un largo tiempo las condiciones fueron deplorables (2).

2.1.4. La Reforma

Diversos factores, entre los que se encontraba el descontento social frente al gobierno absolutista, determinan el inicio de un movimiento de protesta que aboga por cambios políticos,

económicos y sociales. A finales del siglo XVIII, con la Revolución Francesa, parece que se aproxima un cambio de paradigma que, al menos en teoría, tendrá consecuencias en el tratamiento del enfermo. Se exige la liberación de los encarcelados y la devolución de su condición humana.

Pinel (1745-1826) introduce el concepto de tratamiento moral para la recuperación de los alienados. Desvincula enfermedad y pecado. Considera que aunque la enfermedad mental afecte a las facultades morales del individuo, no conlleva la pérdida completa de su capacidad de raciocinio. Define el tratamiento como un medio de ofrecer esperanza al enfermo, basado en el cuidado y exento de crueldad o castigo. En el parisino hospital de Bicetre, los enfermos son liberados de las cadenas que los amarraban. También Vincenzo Chiarugi (1759–1820), en Italia, introduce en el Hospital Bonifacio métodos más humanitarios. No obstante, a pesar de la expansión de estas novedosas ideas que consiguieron el respaldo político para acometer las reformas, la falta de planificación y la realidad económica condicionaron, una vez más, el que éstas fueran más teóricas que reales. En Inglaterra, Tuke inauguró, en 1796, el Hospital York Retreat, gestionado por la comunidad cuáquera. Ejemplo de espacio terapéutico, se desterró el castigo y se encomendaron trabajos de granja a los pacientes, en lo que sería el germen de la terapia ocupacional. Los internados podían usar sus propias ropas, desechando el uniforme que contribuía a la pérdida de identidad. Las puertas del centro se abrieron y se permitió la comunicación con el exterior (27). Algo semejante ocurrió en EEUU, dónde Dorothea Dix luchó por mejorar la calidad de los recursos asistenciales e implementar el tratamiento moral. Aun cuando consiguió fondos para la construcción de hospitales diseñados con objetivos terapéuticos, la realidad se impuso, acabando por reproducir antiguos errores (20). El tratamiento moral resulta caro y requiere de personal especializado para el cuidado de los pacientes. El tratamiento del enfermo dentro de su entorno conlleva la creación de centros más pequeños pero más numerosos, lo que incrementa el coste. La realidad es que se mantiene la centralización de grandes asilos en los que residen enfermos de localizaciones distantes. Se les priva del contacto con sus allegados y de participar en la comunidad. El confinamiento refuerza la idea de peligrosidad, que determina la segregación del enfermo, núcleo de estigmatización vigente hasta la fecha (20).

Por otra parte, en Europa se expanden las teorías evolutivas y hereditarias, que abogan por el determinismo genético y encaran desde el pesimismo el tratamiento de las enfermedades mentales. En los años centrales del siglo XIX la Teoría de la Degeneración desempeñó un papel crucial en la profesionalización de los alienistas y en el nacimiento de la Psiquiatría. Para que una rama de la Medicina se reconociera como especialidad, se requerían unas condiciones

técnicas (la creciente complejidad del acto médico), teóricas (crecimiento de un cuerpo teórico específico) y sociales (requerimientos para solucionar problemas sanitarios concretos) que los alienistas estaban en condiciones de cumplir (27). El concepto de degeneración consolida una explicación organicista de la locura, identificándola como enfermedad, y legitima a los profesionales que la tratan como expertos en una ciencia específica y diferenciada de las demás (28). En este contexto socio-político surgen las asociaciones de profesionales relacionados con la enfermedad mental, la profesión adquiere reconocimiento y se consolida el nacimiento de la Psiquiatría como especialidad médica. Aparecen publicaciones como el Tratado de Griesinger (1845), en las que se defiende el origen médico de las enfermedades mentales. Descubrimientos como que la sífilis, y los síntomas psicóticos asociados, es provocada por una bacteria, consolidan la perspectiva biológica (20). Por otro lado, lo psicológico adquiere relevancia, hasta el punto de que Freud (1856-1939) lo coloca frente a lo médico, con el debut de las teorías psicoanalíticas.

Aunque a finales del siglo XIX convivían varios los modelos para la enfermedad mental, el abordaje terapéutico pecaba de inmovilismo y la mayoría de los enfermos mentales continuaban reclusos en los manicomios. El crecimiento de la sociedad exige inversiones. Dado su papel en la sociedad, los enfermos mentales no ocupaban un lugar destacado en las prioridades gubernamentales y fueron penalizados en la distribución de los recursos. Esta vez es la propia estructura política la que estigmatiza, en lo que más tarde será denominado el estigma estructural (8).

2.1.5. El Siglo XX

Durante el siglo XX se producen importantes acontecimientos, con repercusión para la Enfermedad Mental y el Estigma a ella asociado. Procesos clave fueron la secularización social, el cuestionamiento de la institucionalización, los movimientos eugenésicos y el desarrollo del conocimiento, especialmente en áreas como Neurología y Genética.

Superando el enfoque religioso y moral, la enfermedad mental se aborda desde nuevas concepciones biológicas y psicopatológicas. Se afianza la relación de la locura con la genética. Este vínculo ha constituido, y constituye, un arma de doble filo. La asociación enfermedad y herencia contribuye a liberar al enfermo mental de la culpa y la vergüenza que acarrea la visión demoníaca (20). Sin embargo, puede condicionar el determinismo y pesimismo, reduciendo la capacidad de acción del individuo en su camino de la curación. Ambas facetas cobran importancia en el proceso de estigmatización y en el análisis de sus componentes, tales como el concepto de auto-estigma. Hoy en día, se han encontrado datos tanto de que la

explicación biológica correlaciona con actitudes más negativas frente a la enfermedad mental, como de lo contrario (29). Esta dicotomía ha sido profusamente estudiada, a fin de ofrecer una adecuada perspectiva en las intervenciones anti-estigma dirigidas a la población (30).

Con la rápida expansión de las teorías psicoanalíticas por Europa y EEUU, las teorías psicológicas toman cuerpo, tratando de explicar el comportamiento humano más allá de lo puramente anatómico. Colocan en primer plano constructos psicosociales tales como la crianza, los conflictos internos o la motivación inconsciente. A pesar de su innegable aportación, el Psicoanálisis contribuye a reforzar el estigma hacia aquellos cuyo comportamiento pretenden explicar, reforzando el vínculo entre culpa y enfermedad mental. Esta premisa resulta especialmente importante en relación a los progenitores, supuestos causantes de conflictos internos y del comportamiento disfuncional (20). La culpa de los progenitores enraíza hoy en día, tanto en lo que se conoce como “estigma de cortesía” (3) como en el auto-estigma de las familias (31).

Con el devenir de los años se desarrollaron diferentes modelos psicológicos, de innegable contribución al conocimiento. Actualmente la Psicología no sólo se integra en el modelo médico sino también en buena parte de la cultura popular moderna. La aparición, en la década de los 50, de los primeros fármacos para tratar las enfermedades mentales permitió la apertura progresiva de las puertas del manicomio. Previamente se había escrito otro capítulo cuestionable éticamente en el tratamiento de la enfermedad mental, con el empleo punitivo del electroshock y el uso de tratamientos sin evidencia como la lobotomía o el choque de insulina. La medicalización facilitó el tratamiento ambulatorio y la creación de espacios terapéuticos de día, integrados en la comunidad. Los equipos terapéuticos se amplían y pasan a formar parte de la plantilla otros profesionales además de los médicos. La posibilidad de utilizar el tratamiento farmacológico implica la distinción entre procesos de curso leve y grave, en función de la factibilidad de tratamiento ambulatorio o mediante ingreso hospitalario (21). Socialmente la distinción será importante. Tanto el prestigio de los profesionales como el de los usuarios de ambos modelos siguen caminos divergentes. Se llega a la paradoja de que se acepte como habitual el uso de terapias para abordar problemas de la vida cotidiana mientras que se mantiene el silencio sobre aquellos relegados al cuidado institucional.

Promovido por la visión determinista de la enfermedad mental a finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX, se desarrolla el movimiento eugenésico. Si los trastornos mentales se heredan, la reproducción de los enfermos constituye un riesgo de propagación de material genético debilitado y potencialmente dañino. Entre los desechos de la sociedad se incluye a

minorías étnicas, criminales, retrasados intelectuales, enfermos mentales y otros desviados de la norma. El movimiento, impulsado por científicos importantes, promovió la eugenesia positiva que instaba a la reproducción de los sanos. La eugenesia negativa prohibió la reproducción de los afectados, para lo que se deshicieron matrimonios y practicaron esterilizaciones obligatorias (20). El americano Clifford Beers publicó en 1917 un libro autobiográfico, “ A Mind That Found Himself “ (32), en el que narra su ingreso en un hospital psiquiátrico durante tres años. El autor fundó después la “Connecticut Society for Mental Hygiene”, que abogaba por la mejora institucional y la lucha contra el estigma. El recelo de transmitir su dolencia le llevó a comprometerse con el movimiento eugenésico. En Europa, Hitler llevó al culmen el movimiento eugenésico con la promulgación de la “Ley de Esterilización Eugenésica”, que afectó a miles de personas, incluyendo a los enfermos mentales. De nuevo un avance del conocimiento resulta perjudicial para el enfermo mental, estigmatizado y despojado de su capacidad de libre decisión, desde sobreprotectoras actitudes paternalistas y autoritarias. Hinshaw (20) alerta del riesgo de que, desde una sutil perspectiva, esta práctica sea recuperada hoy en día. El auge de los conocimientos genéticos, de la prevención y del diagnóstico prenatal coloca al individuo frente a una encrucijada respecto a la enfermedad mental. En aras de su bienestar, se corre el riesgo de que aparezcan nuevas y modernas formas de eugenesia, utilizando la selección embrionaria como medio de evitar el nacimiento de aquellos diferentes.

Años después se implantaron las Ligas de Higiene Mental en muchos países, incluida España, donde comenzó a funcionar en el año 1928. Agrupando a diferentes profesionales, su espíritu era impulsar tanto las reformas asistenciales como las institucionales y legales que precisaba la Psiquiatría española. Sin embargo, a pesar del humanismo que inspiraba estas reformas, los psiquiatras no olvidaron la inquietud que el enfermo mental suscitaba a la sociedad, ni la necesidad de establecer mecanismos de defensa social frente a ésta. En el período 1920-1936, caracterizado por un amplio movimiento de reforma asistencial, la peligrosidad social del loco y la defensa social, lejos de ser conceptos ajenos a dichas reformas, fueron uno de los pilares básicos que las sustentaron (33).

Con la emergencia, en la segunda mitad del siglo XX, de movimientos alternativos a la reclusión institucional, comienzan a escucharse voces que denuncian las consecuencias del estigma en la vida de los enfermos mentales, identificándolo como barrera para el acceso a razonables condiciones de vida y a la atención sanitaria (34). Aunque los gobiernos destinan partidas económicas para ser invertidas en Salud Mental, el desequilibrio entre necesidades y realidad minimiza los resultados. Resulta más económico continuar invirtiendo en los grandes hospitales, que mantienen sus características y su ubicación en las afueras de la ciudad (2).

Los medios de comunicación, la literatura y el cine constituyen una de las vías más importantes por las que el público contacta con la enfermedad mental (35). Aunque a menudo difunden los principales estereotipos (36), en otras ocasiones los denuncian. En el año 1946 se publicó “Nido de víboras”, de Mary Jane Ward (37), y en 1962 el libro “Alguien voló sobre el nido de cuco”, de Ken Kesey (38). En ambos relatos se pone en evidencia la situación de los hospitales psiquiátricos, y ambos fueron adaptados al cine, lo que proporcionó una mayor difusión. En España, Torcuato Luca de Tena escribió en el año 1979 el libro “Los renglones torcidos de Dios” (39). Para documentarse, residió en una institución psiquiátrica durante 18 días. La dedicatoria del libro muestra, una vez más, el papel del enfermo mental en la sociedad: “(...) a los médicos, a los enfermeros y enfermeras, a los vigilantes, cuidadores y demás profesionales que emplean sus vidas en el noble y esforzado servicio de los más desventurados errores de la Naturaleza”.

En 1965 se promulgó en Estados Unidos la llamada Ley Kennedy, considerada como el punto de partida oficial de los movimientos reformistas ocurridos en Occidente durante las siguientes dos décadas, que derivaron en el modelo prototípico de reforma psiquiátrica conocido como “Psiquiatría Comunitaria”. El modelo desplazó la asistencia del hospital psiquiátrico a la comunidad. En España los primeros pasos de la reforma se dieron en los años setenta y consistieron básicamente en mejorar las condiciones de los hospitales psiquiátricos y dar comienzo a la desinstitucionalización de los crónicos. A finales de esa década y principios de la siguiente se habían dado pasos notables en algunos centros concretos, y algunas comunidades autónomas, como Navarra y Madrid, habían iniciado ya la planificación de servicios comunitarios. Sin embargo, el proceso de reforma propiamente dicho debe situarse en 1985, con la publicación del “Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica” (40). No obstante, diecisiete años después, un informe publicado por la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica, concluyó que en España no se había hecho más que establecer unos servicios comunitarios mínimos que no cubrían las necesidades reales de esta población, con falta de equidad en el acceso de servicios psiquiátricos y negligencia de sectores vulnerables de la población (40).

En los años 60 surgieron de forma simultánea en EEUU y en Europa movimientos “contraculturales” que cuestionaban la existencia de la enfermedad mental. Foucault en Francia, Szasz en EEUU, Laing en Inglaterra y Basaglia en Italia se levantaron contra las clasificaciones diagnósticas, en defensa del comportamiento “anómalo” como signo de expresión personal y reacción frente al medio social. Basaglia llevó la desinstitucionalización al asilo de Trieste, liderando un movimiento que culminó cuando en el año 1978 se legisló la

reorganización de la psiquiatría, el cierre de los hospitales psiquiátricos, la creación de pequeñas unidades y la redacción de estrictos criterios para el ingreso involuntario. El movimiento de la Antipsiquiatría contribuyó a la integración social del enfermo, legitimando sus circunstancias. No obstante, adolecía de importantes limitaciones, que acabaron por debilitarlo. Hoy en día, su herencia se deja ver en los movimientos de usuarios que luchan contra el estigma, los ingresos y tratamientos involuntarios, y otras prácticas de carácter autoritario (41).

2.1.6. El Siglo XXI

Si bien a principios del siglo XXI se han consolidado cambios fundamentales en relación a la enfermedad mental, la situación dista de ser óptima. Aún hoy en día son muchas las personas con enfermedad mental que continúan siendo víctimas de la estigmatización. A pesar de las dificultades que el modelo comunitario ha encontrado, sigue siendo prioritario en las políticas internacionales de Salud Mental. El “World Health Report” (42), en el 2001, sugirió las líneas estratégicas que deberían guiar a la Psiquiatría del futuro y la “Mental Health Declaration for Europe” las contextualizó a nivel europeo (43).

La enfermedad mental ha cobrado importancia en la sociedad contemporánea, a lo que han contribuido diversos factores: el impacto, en progresivo crecimiento, de las enfermedades mentales; su coste emocional y económico, tanto a nivel individual como comunitario; y la demanda social, que clama por mejorar la asistencia (44). A pesar de que la incidencia de la patología neuro-psiquiátrica sólo es superada por la de la patología cardíaca, un importante porcentaje de la población con trastornos mentales no recibe tratamiento (45). Hasta un 32.2% de las psicosis, 56.3% de las depresiones y en torno al 57% de los trastornos de ansiedad no acceden a los servicios sanitario (46).

Se ha venido insistiendo en la necesidad de desarrollar campañas eficaces de prevención, promoción de la salud y del bienestar emocional que contribuyan a erradicar actitudes pesimistas, y permitan que las personas con enfermedad mental se beneficien de rehabilitación y soporte psicosocial (20). En el año 2006, la World Health Organization (WHO) (47) resumió los principales retos de la Psiquiatría para la próxima década, entre los que otorga especial relevancia a la educación de la sociedad y a la erradicación del estigma:

- Promoción del bienestar emocional y de la salud mental.
- Lucha colectiva contra el estigma, la discriminación y la desigualdad, facilitando la implicación activa y el empoderamiento de los afectados y de sus familiares.

- Diseño e implementación de un sistema de Salud Mental eficiente que abarque promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, recuperación e integración.
- Implicación de la sociedad en la consecución de estos objetivos.
- Reconocimiento de la experiencia y conocimiento de los usuarios, y de sus cuidadores, como elemento decisivo para el logro de estos objetivos comunes.

2.2. MODELOS CONCEPTUALES DEL PROCESO DE ESTIGMATIZACION

El proceso de estigmatización es la secuencia de acontecimientos que ocurren a partir de la identificación del portador de un atributo diferencial hasta que el grupo decide cómo relacionarse con él. En este recorrido están implicadas estructuras cognitivas, emocionales y de comportamiento. Además, median factores culturales, personales y sociales, por lo que se trata de un proceso complejo.

Tres corrientes de conocimiento han estudiado desde diferentes perspectivas el concepto de estigma, aplicándolo a distintos grupos minoritarios. Desde sus aportaciones se ha elaborado el modelo aplicado a la enfermedad mental. La *Sociología* estudia los grupos sociales y su relación con el medio, profundizando en los diferentes estilos de organización interna, en las relaciones establecidas entre sus miembros y en su grado de cohesión. La *Psicología Social* ahonda en el estudio de los procesos psicológicos subyacentes en el funcionamiento de los grupos de seres humanos, condicionando su comportamiento y la interacción social. La Teoría de la Atribución analiza cómo se interpretan las causas y consecuencias de una conducta para atribuirles a unos factores externos o internos, controlables o incontrolables. Dicha interpretación estará supeditada a las creencias, valores y sentimientos de cada sujeto. Por su parte, la *Psicología del Desarrollo* muestra cómo los seres humanos aprenden a afrontar las vicisitudes, entre ellas la enfermedad, a partir de experiencias previas y características personales. El tipo de estrategia empleada jugará un importante papel en su relación con la dolencia y el proceso de tratamiento.

Durante las pasadas tres décadas diferentes grupos de trabajo han profundizado en el concepto del estigma aplicado a la enfermedad mental. Los investigadores, provenientes de diversas áreas, han generado una abundante producción científica y han establecido una red de cooperación (34). Dos conceptos han sido relevantes en la investigación sobre el estigma asociado a la enfermedad mental. Patrick Corrigan et al. (48) aplican la Teoría de la Atribución Causal al proceso de estigmatización. Por su parte, Bruce Link y Jo Phelan (8), desde una perspectiva más sociológica, abordan su relación con factores epidemiológicos,

socioeconómicos y de salud e introducen un nuevo elemento, el de poder, como pieza clave para la estigmatización.

2.2.1. Psicología Social

Dado que el ser humano es profundamente social, la comprensión del proceso de estigmatización pasa por entender los mecanismos que subyacen en su relación con el mundo que le rodea. La tendencia a la comparación y a la búsqueda de poder social es universal. Estigmatizar se constituye en vehículo y canalizador de ambas necesidades. No quiere ello decir que sea un hecho predeterminado e irreversible. El hombre tiene la capacidad, a partir de su conciencia y volición, de controlar este automatismo (3).

Los humanos tienden a formar grupos sociales. Para ello primero se produce el proceso de identificación: los individuos buscan similitudes entre ellos y se agrupan. Después, el grupo ha de consolidarse, a lo que ayuda el diferenciarse del resto de los grupos. Al tiempo que facilita la cohesión interna, la diferenciación cumple una misión defensiva. También ayuda a simplificar de forma eficiente la información externa. De forma reduccionista, el grupo señala a los amigos y enemigos, a partir de quien comparta, o no, las similitudes. El enemigo se saca del grupo, por cuanto constituye de amenaza. Con esta simplificación el grupo consigue seguridad, pero sacrifica los derechos de los excluidos y pierde la oportunidad de beneficiarse de las aportaciones que los “diferentes” pudieran hacer (34).

Aunque la tendencia a agruparse es universal, cada grupo elige los atributos identificados como amenazadores. Es por ello que se aprecian diferencias culturales que dimensionan y complican el proceso. No obstante, determinadas características son más susceptibles de ser identificadas como negativas que otras. Goffman (3) define tres tipos de lo que denomina “atributo desacreditador”: la existencia de un defecto corporal; factores tribales, como la pertenencia a un determinado grupo (p.ej.: género, etnia, religión); y rasgos de carácter (criminalidad, desempleo, enfermedad mental). A su vez clasifica estas señales en dos categorías, según sean o no perceptibles a primera vista. Los que portan una señal evidente (color de piel, defecto físico, etc.) pertenecerían al grupo “desacreditado”. El grupo “desacreditable” estaría formado por aquellos portadores de una característica que puede ser ocultada, como la orientación sexual o la enfermedad mental.

La característica en cuestión se relaciona en la conciencia social con un estereotipo negativo que desencadena una emoción negativa hacia el portador de la señal y determina que sea sometido a descrédito o desvalorización. Aparecen pues tres componentes en el proceso de

categorización de la información: el cognitivo, el emocional y el conductual. Se trata de procesos independientes e interrelacionados que se retroalimentan pero ni siempre son congruentes entre sí ni se mantiene la linealidad entre ellos (1). El componente cognitivo lo constituyen los estereotipos, o conjunto de creencias generalmente erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación a un individuo o grupo minoritario. Condicionan la percepción y la valoración de las características de los miembros de ese grupo. Los estereotipos desencadenan prejuicios, que constituyen el factor emocional. Los prejuicios son las emociones o actitudes, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta hacia los miembros del grupo minoritario sometido a creencias estereotipadas. Como consecuencia, la conducta se verá condicionada en lo que se denomina discriminación. Suele surgir en forma de rechazo, evitación o distancia social, si bien podría darse en el sentido contrario, como discriminación positiva (9). La discriminación representa el resultado de la conducta real. Se diferencia de la “distancia social deseada”, que representa la intención de actuar de determinada manera. Este matiz resulta relevante en la evaluación de los resultados de intervenciones anti-estigma, por lo que resulta importante tenerlo en consideración (30). La discriminación no sólo afecta a las relaciones interpersonales. Reflejando las actitudes prevalentes en la sociedad, se elaboran y establecen las leyes, políticas públicas, derechos del ciudadano y otras disposiciones prácticas de la vida social. La discriminación derivada de estas disposiciones se constituye a nivel “estructural” (1).

Comprender el proceso de estigmatización y la relación entre sus componentes permite introducir posibles modificaciones en él. Cualquier iniciativa dirigida a producir un cambio certero en la estigmatización debe dirigirse hacia todos los elementos. Aunque suele concederse un mayor peso al proceso cognitivo, la realidad es que su modificación no siempre resulta en cambios a nivel conductual (15).

La elección de lo que va a ser señalado como marca viene determinada culturalmente pero algunas características hacen que ciertos atributos sean más candidatos que otros. Se han señalado (49) por su relevancia las aportaciones de Edward Jones, quien resumió en seis estas características. Como se verá, la enfermedad mental encaja finamente en todas ellas, por lo que se perfila como un óptimo candidato:

- La visibilidad de la marca: si el atributo es oculto, el portador convive con el miedo a ser descubierto y con el estrés de decidir si lo hace público. Además, no puede estar seguro de si la calidad de sus relaciones interpersonales sería la misma de conocerse su condición, lo que genera desconfianza en la relación (3).

- El curso y evolución del atributo: se tiende a estigmatizar más características crónicas que agudas. Esta premisa atañe especialmente a enfermedades y perjudica a los trastornos mentales, por su asociación con cronicidad e incurabilidad (50).
- El grado de perturbación que genere en las relaciones interpersonales, directamente proporcional al rechazo. La imprevisibilidad y la peligrosidad asociadas a la enfermedad mental generan desconfianza y miedo (51).
- El aspecto estético: se evitan en mayor medida condiciones físicamente desagradables. Aunque la enfermedad mental no sea visible, sí lo son los efectos secundarios del tratamiento, traducidos en la fisonomía y en el movimiento, por lo que minimizarlos se convierte en un objetivo de interés.
- El origen del atributo: dimensión crucial que contempla el grado de responsabilidad o control que tiene la persona en el hecho de poseer la característica. A mayor grado de responsabilidad atribuido, más se le culpabilizará de lo que le ocurre.
- La peligrosidad: enlaza con el miedo y la necesidad de defenderse. En relación a la enfermedad conecta con el temor al contagio. En el trastorno mental adquiere especial relevancia por su frecuente vínculo con agresividad y violencia (52).

Una vez identificada la marca, el proceso de estigmatización no transcurre de forma lineal y uniforme. Una serie de variables, identificadas por Hinshaw (20), influyen en cómo impacta el proceso a nivel individual y social:

- Penetrabilidad del estereotipo: estereotipos muy arraigados, como los aprendidos a edades tempranas (53), se expanden con más facilidad. Los medios de comunicación, el folclore, la literatura y el lenguaje son vías de difusión que confieren unidad a cada cultura y robustez a los estereotipos.
- Ambivalencia emocional: se comparte la idea de que todos los seres humanos son merecedores de las mismas oportunidades al tiempo que se justifica lo que le ocurre al otro como consecuencia de un fallo personal. Condiciona el que la actitud frente al desfavorecido sea inestable y sensible a factores externos. Socialmente puede mostrarse una aparente tolerancia que no se traduzca a nivel individual, tal y como ha venido ocurriendo con la homosexualidad, el VIH o la discriminación de la mujer, áreas en las que el cambio puede ser más nominal que fáctico.
- Ansiedad: emoción dominante en la relación entre estigmatizador y estigmatizado. Si el primero asume los estereotipos, experimentará hostilidad, antipatía o miedo. Si por el contrario, trata de evitarlos y actuar con naturalidad, la relación puede perder fluidez. Para el portador de una marca oculta, la ansiedad de guardar el secreto puede tornarle

susceptible, anticipando daño y rechazo. Si de ello derivan comportamientos hostiles o defensivos, se entra en el círculo de la profecía auto-cumplida. La ocultación, además de sus efectos en la autoestima, puede acarrear serias consecuencias en el tratamiento y curso de la enfermedad.

- Auto-desprecio y vergüenza: dos emociones que más frecuentemente asociadas al estigma. En el caso de la enfermedad mental se sumarían a los propios síntomas del trastorno, que en sí mismos acarrear sufrimiento, aislamiento, y déficits en el rendimiento y en las relaciones sociales. Sin embargo, otras respuestas son posibles, en virtud de características personales y de cómo se interioricen los estereotipos.

2.2.1.1. Teoría de la Atribución Causal en el proceso de estigmatización

La Teoría de la Atribución Causal surge en el marco de la Psicología Social. Fue formulada, en el año 1958, por Heider en su libro "The Psychology of Interpersonal Relations". Según esta teoría, un aspecto fundamental de las relaciones interpersonales es la percepción que los interactuantes tienen de la persona y de la acción a la que se enfrentan. Esta percepción se construye como un proceso activo, de construcción del preceptor, que en el caso de la acción tiene como característica principal la atribución de un fundamento causal, la identificación de la fuente u origen de dicha acción, de forma que ésta se haga comprensible y, con ello, se facilite una acción adecuada (54). Desde su formulación ha constituido un importante marco teórico para la investigación psicosocial y ha dado pie a diferentes teorías. Hoy en día, existe un cuerpo amplio de conocimientos que la utilizan, sin que pueda hablarse de una única Teoría de la Atribución, sino de distintas versiones.

Autores como Weiner (4) se inspiraron en ella para desarrollar un modelo en el que analizan el papel de la motivación y de la emoción en la consecución de los objetivos personales. Según el autor, un sujeto necesita entender su comportamiento y el de los demás (motivación). Para ello ha de recabar información que le permita realizar una correcta evaluación de las causas de su conducta (o de la de otros) y de las consecuencias de la misma, según sean positivas o negativas. El sujeto establece una relación causal entre el esfuerzo realizado y el resultado alcanzado en una tarea, que sería la atribución causal. De esta manera, los éxitos o los fracasos son atribuidos a causas internas o externas. El autor propone tres dimensiones para describir estas atribuciones:

- Estabilidad: si la causa percibida como responsable del fracaso no es susceptible de cambio, disminuye la esperanza de superarla y solucionar el fracaso, lo que paraliza la motivación para seguir esforzándose.

- Control de la situación: cuanto mayor control sobre la causa tenga el sujeto, mayor expectativa de éxito y motivación para seguir esforzándose.
- Origen: las causas internas del fracaso producen humillación y vergüenza, mientras que las causas externas provocarían rebeldía y enfado.

El Modelo de la Teoría de la Atribución transcurre en paralelo con el de Goffman (3) de señal, estereotipo y conducta discriminatoria. Profundiza en el componente emocional, en cuanto que explica el nexo entre el estereotipo, la emoción y la conducta. Así, un estímulo funciona como señal que activa unos mediadores cognitivos (estereotipos). Estos desencadenan una reacción emocional que es desde donde se realiza la atribución que media en el comportamiento (48).

Patrick Corrigan y David Penn (55), desde el “National Consortium on Stigma and Empowerment” (NCSE) en Chicago, han profundizado en los diferentes aspectos de la Teoría de la Atribución Social, investigando la relación entre los componentes nucleares del proceso de estigmatización (estereotipo, prejuicio y discriminación). La ventaja del modelo es que permite analizar cómo diferentes tipos de intervenciones anti-estigma modifican los distintos componente (56), ofreciendo un marco teórico y metodológico de referencia. Los autores han diseñado diversos programas anti-estigma y de rehabilitación psicosocial. Además han creado una completa batería de escalas de evaluación y de medida de eficacia de dichos programas (57). En los últimos años, el grupo está profundizando en el proceso de auto-estigma (58).

El siguiente paso sería analizar el papel de cada componente del proceso y la relación entre ellos.

2.2.1.1.1 Señales que provocan estigma

Ya se ha visto que algunas características condicionan el que ciertas señales sean particularmente susceptibles de desencadenar el proceso de estigmatización y que la enfermedad mental las posee todas. Puesto que no se ve, la presencia de la enfermedad ha de ser inferida a partir de otras señales, que son las que realmente desencadenan el proceso de estigmatización. La teoría del etiquetado define algunas de ellas (9):

- La etiqueta diagnóstica que en sí misma, e incluso en ausencia de enfermedad mental, puede desencadenar reacciones de estigmatización (59).
- Los síntomas psiquiátricos, tales como el afecto inapropiado, conductas bizarras o alteraciones del lenguaje (60).
- Los déficits en habilidades sociales (61).

- El efecto de la medicación (11).
- La falta de autonomía y de poder adquisitivo (62).
- La violencia ocasional (63).
- El mensaje de los medios de comunicación (62).
- La diferenciación de recursos sanitarios y la conducta de sus profesionales (11).

2.2.1.1.2 Estereotipos activados por las señales

Una vez que el sujeto se fija en una determinada señal, por ejemplo “enfermedad mental”, para comprenderla, tratará de dotarla de significado. Para ello recurre a estructuras cognitivas, los llamados estereotipos. Son representaciones colectivas que permiten categorizar la información. Ayudan a generar una impresión rápida y a crear una expectativa sobre los individuos portadores de la señal. Los estereotipos se forman sobre una base real que se exagera y distorsiona (3). Cuando la señal supone una amenaza, el estereotipo actúa también como nexo de unión entre los miembros del grupo, que colectivamente adoptan una actitud defensiva. La enfermedad confronta al ser humano con un aspecto desagradable de la realidad y le pone en contacto con la incertidumbre del dolor y de la muerte. Una forma de defenderse es tratar de racionalizar el miedo y buscar razones por las cuales el sujeto haya contraído la enfermedad (20).

Los estereotipos que más peso tienen en relación a la enfermedad son los de estabilidad, culpabilidad y peligrosidad.

- Estereotipo de estabilidad
Hace referencia al curso y evolución de la enfermedad y se asocia con la cronicidad, la posibilidad de tratamiento y con el potencial de recuperación del afectado. Distintas entidades diagnósticas pueden recibir un trato diferente, en función de la idea que se tenga de su curso (64). Parece condicionar no tanto el tipo de respuesta emocional, y el comportamiento de ella derivado, como la intensidad de ambos. Así, la esquizofrenia, tradicionalmente consideradas de mal pronóstico, puede desencadenar reacciones más enérgicas que la depresión (65).
- Estereotipo de culpabilidad
Filia el grado de responsabilidad que la volición de un individuo tiene sobre el origen o la evolución de su enfermedad. La responsabilidad en el origen cuestiona el papel del sujeto en la adquisición de su dolencia. Aquellos que padecen trastornos mentales a menudo son culpabilizados por ello, en mayor medida que quienes sufren trastornos

físicos (31). Existe un gradiente en el grado de culpa asociado, siendo especialmente alto para los trastornos por abuso de sustancias (66). Se ha analizado el impacto de educar a la población sobre la etiología orgánica de la enfermedad mental, con resultados contradictorios. Parece que la explicación excesivamente biológica puede reforzar el ya de por sí potente estereotipo de cronicidad. Además, si no hay perspectiva de curación, se puede perder la motivación para el tratamiento (65, 67). Se recomienda transmitir un mensaje de plasticidad, reforzando la idea de pluri-patogenia (factores genéticos y ambientales) y de que la evolución, lejos de estar predeterminada, responde a diversos agentes terapéuticos, no exclusivamente biológicos (68). La responsabilidad en la evolución considera cómo la persona afronta su dolencia y su tratamiento. Posturas que culpabilizan al afectado por sus decisiones en relación al tratamiento, pueden relegarlo a un rol pasivo y constituyen una barrera para la recuperación (69).

- Estereotipo de peligrosidad

La peligrosidad constituye una clave para entender una buena parte de los prejuicios y de las conductas discriminatorias, especialmente el autoritarismo y la distancia social (61). Frecuentemente se asocia al estereotipo que considera al enfermo como imprevisible y capaz de reacciones inesperadas. Por su importancia y por su papel en el desarrollo del estigma, el peso de la violencia asociada a la enfermedad mental será abordado en un capítulo aparte.

Otros estereotipos relativos a la enfermedad mental acarrearán también importantes consecuencias (4). La severidad asociada a una enfermedad se relaciona con cómo se tolera, siendo peor aceptadas las graves, entre las que se suele incluir, como un todo, a los trastornos mentales. La contagiosidad de la enfermedad pone en peligro la salud del grupo y no es infrecuente que el miedo al contagio subyazca en la evitación de personas diagnosticadas de enfermedad mental. Además, cuando se entiende el contagio como producto de la voluntad o del comportamiento, desde una perspectiva moral, se juzga al enfermo. Éstos a menudo son tildados de inmaduros, débiles de carácter, incompetentes e incapaces. Las consecuencias derivan en actitudes proteccionistas, limitación en el ejercicio de roles, derechos y deberes y en la falta de confianza en la recuperación e integración social (70).

2.2.1.1.3 Prejuicios o respuesta emocional

La estructura cognitiva se traduce en una emoción. Será esta emoción o prejuicio, y no el estereotipo, el detonante de un determinado comportamiento discriminatorio. El individuo

interpreta el estereotipo y a partir de esta interpretación explica la emoción que le produce y el porqué de su comportamiento. La interpretación que hace es la atribución causal que vincula la señal y el estereotipo con la emoción y el comportamiento.

Determinados estereotipos tienden a asociarse con respuestas emocionales específicas. Cuando se considera a la persona responsables de lo que le ocurre, se reaccionará con ira o rabia. En caso contrario, provocará compasión y pena. Si es el propio enfermo quien se considera responsable, puede experimentar vergüenza y culpabilidad (31). Peligrosidad e imprevisibilidad se asocian con miedo, lo que se traduce en conductas de evitación e incremento de la distancia social (9). Considerar imprevisibles a los enfermos mentales condiciona opiniones más restrictivas en relación a sus derechos civiles (51). Ante lecturas de incapacidad e incompetencia, surgen la benevolencia y el autoritarismo que también se asocian con incremento de distancia social (71). Se denomina benevolencia a una emoción especialmente amable respecto a los desafortunados, que deriva en comportamientos paternales y condescendientes y despoja al afectado de su capacidad de autogestión y autonomía. El autoritarismo es la necesidad de proteger a aquellos incapaces de cuidarse a sí mismos, tomando las riendas y las decisiones en lo que a ellos atañe.

En el diseño de los programas de lucha contra el estigma, es importante tener en cuenta el peso del componente emocional que, en última instancia, condiciona el comportamiento. Los estereotipos de peligrosidad e imprevisibilidad, por su peso y asociación con emociones de miedo, rabia y culpa, que a su vez derivan en conductas de evitación y segregación, constituyen uno de los principales objetivos a abordar.

2.2.1.1.4 Respuesta comportamental

En función de cómo se perciba a la persona “marcada” aparecen dos posibles respuestas: ayuda o castigo. Si la persona genera pena, se tratará de ayudarla. Si por el contrario se la considera culpable de lo que le ocurre, la rabia derivará en castigo (72). Ante el sentimiento de amenaza inherente a la peligrosidad, se evitará al enfermo (73). Corrigan (7) clasifica en cuatro los mecanismos de ayuda: instrumental, o dar soporte para realizar tareas o apoyo en la resolución de problemas; tangible, mediante la donación de bienes materiales; informativa, a través de la prestación de consejo; y emocional mediante el consuelo. Además, refiere que el castigo puede emplearse como medio para retribuir las faltas cometidas o como vía de reinserción social

En su relación con el enfermo, el sistema sanitario muestra ambos tipos de comportamiento. Por un lado presta apoyo tanto instrumental como tangible, desempeñando una actividad psicoeducativa e informativa y facilitando intervenciones psicoterapéuticas que acompañen emocionalmente. No obstante, responde también con actividades punitivas justificadas desde la rehabilitación, la protección de la sociedad y la disuasión (7). Los usuarios perciben como castigo el tratamiento e ingreso involuntario, práctica que muchos países tienen potestad de ejercer con el fin de rehabilitar a aquellos que no se encuentran en condiciones de participar de forma activa en su tratamiento. Los estereotipos de peligrosidad e incompetencia legitiman socialmente el empleo de medidas coercitivas, que se justifican desde la protección al enfermo y a la sociedad (74). Una encuesta realizada a nivel internacional, en 27 países, recoge las experiencias de discriminación referidas por 732 usuarios diagnosticados de esquizofrenia: un 47% de los entrevistados reconocía haber experimentado discriminación negativa en las relaciones interpersonales, un 43% en las familiares, un 29% en la búsqueda de empleo, otro 29% en el desempeño de la actividad laboral, y un 27% en sus relaciones sexuales. Las experiencias de discriminación positiva resultaron anecdóticas (75).

El comportamiento real sólo puede ser objetivado a través de estudios naturalistas (76), con importantes dificultades metodológicas. Por este motivo suele medirse de forma implícita, a través de la intención de comportamiento, es decir, cuestionando al participante sobre cómo cree que actuaría en determinada situación. Evidentemente la intención de comportamiento no siempre está en consonancia con el comportamiento real, ya que este tipo de medida es especialmente sensible a la deseabilidad social, lo que constituye una de sus principales limitaciones (77).

2.2.2. Sociología

La Sociología, como ciencia que estudia los fenómenos colectivos producidos por la actividad del ser humano, ha abordado también el estudio del estigma. Sus aportaciones complementan la teoría de Goffman (3), centrada en la figura del estigmatizado, analizando el papel del estigmatizador como grupo de poder (78). Se orienta el foco hacia el componente de discriminación y sus consecuencias respecto a la pérdida de derechos humanos y civiles. Además, profundiza en el papel que el proceso de estigmatización desempeña dentro del grupo como elemento de cohesión e identidad: a nivel cognitivo facilita la identificación con los iguales; emocionalmente genera seguridad, ya que resulta ventajoso formar parte del grupo mayoritario; por último, predispone hacia un comportamiento solidario del grupo frente a las amenazas externas. Confrontarse con la debilidad de los otros, incluso al denigrarlos, puede

mejorar la autoestima, lo que para determinados caracteres resulta un mecanismo extremadamente útil. Además, socialmente resulta beneficioso para justificar la estructura jerárquica que suele imperar en las asociaciones de personas (34).

2.2.2.1. Modelo De Link y Phelan

Desde una perspectiva sociológica los autores proponen un modelo (8) que desplaza el foco del proceso de estigmatización desde la marca hacia el estilo de las relaciones interpersonales que surgen como reacción a su existencia. A la triada clásica (estereotipo-prejuicio-discriminación), le añaden un cuarto elemento, el concepto de poder. Según este modelo, el proceso de etiquetado de una persona y su asociación con un estereotipo negativo (9) no siempre culminará en la discriminación del individuo. Para que esto ocurra, es imprescindible que el estigmatizador se encuentre en un contexto de poder. Si se dan estas circunstancias, el estigmatizado sufrirá una pérdida de estatus socioeconómico. Como consecuencia de la discriminación y de la pérdida de poder, surgen diferentes tipos de estigma, que diferencian en social, estructural y auto-estigma. Esta orientación social, centrada en la complejidad de los mecanismos de discriminación, parece derivar en un mayor escepticismo hacia los resultados de iniciativas anti-estigma ya que los logros a nivel individual podrían verse superados por otras formas de discriminación como la estructural. Además, este modelo ahonda en la importancia del auto-estigma y del estigma percibido.

Se definen cinco componentes necesarios e imprescindibles para que aparezca el estigma (8): etiquetado, estereotipo, separación, discriminación y pérdida de status del etiquetado, contexto de poder. Los conceptos de estereotipo, separación y pérdida de estatus y/o discriminación serían equivalentes a los conceptos de estereotipo, prejuicio y discriminación del modelo desarrollado por Patrick Corrigan (7).

- **Etiquetado**

El grupo mayoritario selecciona una característica diferencial. La selección de lo que se considera diferente viene determinada por factores sociodemográficos (79) y culturales (23). Una vez que se han identificado, las diferencias se asumen de forma categórica y simplista, “se tiene” o “no se tiene”, sin que quepan términos medios.

- **Asociación entre el etiquetado y el estereotipo**

Componente central en todas las definiciones de estigma, la asociación de la etiqueta con atributos negativos actúa como predictor de la conducta discriminatoria. Las vivencias personales condicionan la asociación y pueden ayudar a superar el

estereotipo. Se ha observado que aquellos que conocen a personas con enfermedad mental muestran menos actitudes discriminatorias hacia ellas. La familiaridad, o contacto previo con la enfermedad mental, parece constituir un factor protector frente al estigma (9). Esta observación posee un gran potencial como herramienta en las campañas de erradicación del estigma (80). También se ha postulado que el conocimiento teórico de la enfermedad mental podría facilitar la superación del estereotipo, dotando a la población de información fidedigna y basada en la evidencia. Este concepto es la base de las campañas educativas y de promoción de la salud mental (55).

- Separación

Se percibe al portador de la etiqueta negativa como alguien sustancialmente diferente de quienes no la portan. A través del mecanismo de identificación, el grupo se constituye en “nosotros” frente a “ellos”, distanciándose del afectado, quien termina por ser visto como una persona distinta del resto. Simplificando aún más, se confunde al individuo con su etiqueta, de manera que deja de poseer una característica para convertirse en ella. Una muestra de esto es el uso del lenguaje para referirse a determinadas enfermedades: una persona es “un esquizofrénico” o “un bipolar” en vez de “padecer una esquizofrenia” o un “trastorno bipolar”.

- Discriminación y pérdida de status

Este componente constituye una de las principales aportaciones del modelo, ya que la Psicología Social no lo desarrolla. El proceso de estigmatización no tendrá lugar si no existe un perjuicio para el afectado. Es preciso que el etiquetado y la exclusión se traduzcan en una pérdida de estatus y de poder. En la práctica se observará que la persona pierde oportunidades a todos los niveles y en las distintas facetas del desarrollo de una vida autónoma e independiente. En el caso de las personas con enfermedad mental las consecuencias son extensas, tal y como se detallará más adelante.

- Contexto socio-cultural de poder

Para que el estigma se consolide, es importante que el grupo mayoritario, que etiqueta y discrimina, tenga poder social, económico y político. Si no lo tiene, es difícil que la conducta discriminatoria cale en la sociedad y tenga peso. Así, si un grupo minoritario (por ejemplo los propios enfermos mentales) trata de etiquetar y discriminar a los

miembros de un grupo con más poder (los profesionales sanitarios), es previsible que a estos últimos les afecte poco o nada en su estatus social (8).

2.2.3. Psicología Evolutiva

La psicología evolutiva estudia el progreso del individuo conforme crece, proceso continuo, flexible y global. El ser humano nace con un reducido repertorio de conductas que completa por aprendizaje. Por tanto, experimentará cambios psicológicos a lo largo de la vida, accediendo a estados más complejos conforme gana en edad y experiencia (5).

Aunque el proceso de etiquetado sea universal y cumpla una función social, la persona puede alejarse de él desde una reflexión consciente. Así, se han descrito diferencias individuales: personalidades más autoritarias estarían más predispuestas a aceptar la jerarquización y a mostrar prejuicios raciales y actitudes estigmatizadoras (81). La capacidad de aprendizaje está condicionada por rasgos personales. La respuesta del individuo frente a la enfermedad también vendrá mediada por sus rasgos individuales, sus mecanismos de afrontamiento y su capacidad de resiliencia. Por lo tanto, ya sea emisor o receptor de estigma, su comportamiento será diferente del de cualquier otro individuo (20).

El proceso de estigmatización resulta adaptativo y cumple una función protectora para el grupo, que funciona a partir de relaciones de intercambio y cooperación entre sus miembros. Esta última consiste en el trabajo conjunto para conseguir un objetivo. En el intercambio se da a la espera de ser retribuido. Se buscan colaboradores complementarios, que posean las habilidades que al otro le faltan. Los compañeros que, bien por falta de habilidades bien por escasa motivación, no puedan aportar su parte serán evitados. Tres señales identifican a compañeros poco útiles: bajos recursos socioeconómicos, comportamiento imprevisible y potencialidad de engaño (82). La enfermedad mental, abanderada de atributos como la debilidad de carácter, imprevisibilidad y agresividad, junto con el escaso estatus socioeconómico que acarrea, se convierte en una compañera poco apetecible.

Otro aspecto importante desde el punto de vista evolutivo es el concepto de la “evitación del parásito”. Los vectores de enfermedad, y cualquier sospechoso de resultar nocivo, serán evitados en la medida en que ponen en riesgo la salud. Se teme al contagio y el grupo permanecerá alerta ante señales que hagan sospechar de eventuales transmisores. Aspectos estéticos o manifestaciones externas de discapacidad, que corresponderían a las abominaciones corporales de Goffman (3), activarán el deseo de distanciamiento (20).

También es importante la influencia del contexto, cómo éste interacciona con el individuo y el individuo lo modula a él. Esta dimensión resulta significativa en cómo el individuo interioriza los estereotipos. Puede que, como miembro de la sociedad, conozca los estereotipos pero no los comparta. Reaccionará entonces con indiferencia. Puede que los comparta y los acepte, volviéndolos contra él, en lo que constituye la base del auto-estigma. Por último, puede que conociéndolos y compartiéndolos, se rebele contra ellos y luche por cambiarlo en lo que sería el germen de asociacionismo (12). En gran medida este tipo de respuestas estará condicionado por cómo haya sido el desarrollo evolutivo del sujeto.

2.2.4. Perspectiva Integradora de los diferentes modelos

Para concluir el estudio de los diferentes modelos de estigmatización, se recoge el planteamiento de Arboleda-Flórez (1) quien, desde una perspectiva integradora, señala que aunque con ligeras diferencias en metodología, resultado e interpretación de los estudios, los modelos descritos no sólo son compatibles sino también complementarios. Del complejo entramado de relaciones que supone el modelo de estigmatización, destaca tres aspectos. Por un lado, la doble perspectiva del estigma, según se analice desde el punto de vista del estigmatizado o del estigmatizador. Para el primero representa una pérdida de estatus, para el segundo un vehículo de poder. Por otro lado, el papel del concepto de identidad, como un continuo que se extiende desde la individualidad hasta la identificación como miembro del grupo. Por último, la variedad de estilos de respuesta posibles, según reaccionen estigmatizadores y estigmatizados frente al estigma, con diferentes consecuencias a nivel emocional, comportamental y cognitivo.

El proceso de estigmatización comienza con la identificación de la marca, que a su vez se define por su visibilidad, por el nivel de control que se considera tiene el portador sobre ella y por el impacto que genera en el estigmatizador. La percepción de marca actúa como un estímulo funcional, que pone en marcha el proceso. El estímulo más potente es la identificación de una amenaza, bien sea tangible o simbólica. Determinadas ideologías, creencias o valores, en según qué contextos, pueden resultar estímulos amenazadores. La percepción de peligro, que puede o no tener una base real, se distorsiona y amplifica hasta que se generaliza a todo portador de la marca. La enfermedad mental puede ser percibida como una amenaza, provocando dos temores principalmente: el de ser atacado o contaminado. Además, las personas con enfermedad mental pueden ser percibidas como perezosas e improductivas, lo que las convierte en una carga para el sistema. Esto constituye una amenaza simbólica para las creencias y valores del grupo.

Al profundizar en los mecanismos subyacentes al estigma podría concluirse que se trata de un acontecimiento inevitable en las relaciones humanas, lo que genera una actitud pesimista. No obstante, el ser humano es maleable y puede superar sus tendencias y limitaciones. La Historia muestra cómo la sociedad ha desarrollado una progresiva tolerancia hacia minorías antaño rechazadas, integrándolas en su seno y revirtiendo la desigualdad y pérdida de estatus. Para ello, es perentorio que los gobiernos se impliquen en el cambio. Sin un ajuste a nivel institucional es difícil que se afiancen los cambios a nivel personal (78). También es importante educar a la sociedad, dotarla de conocimiento y hacerle reflexionar. La asociación de una marca con un estereotipo es algo casi inconsciente, automático, integrado dentro del saber popular. El conocimiento y la comprensión de las personas portadoras de la marca, junto con la capacidad de decisión del ser humano, pueden superar este automatismo y evitar el proceso de estigmatización (30). En este sentido son importantes las campañas orientadas a erradicar el estigma. Este tipo de campañas ayudan a sensibilizar a la población sobre la importancia de la salud y de la enfermedad mental (34), sacándola de los muros de silencio y dándole voz.

2.3. ENFERMEDAD MENTAL Y VIOLENCIA

La idea de peligrosidad asociada a la enfermedad mental es una constante que se aprecia a todos los niveles, ya sea en las actitudes individuales, en las sociales, en los medios de comunicación o a nivel estructural. La violencia constituye un factor predictor de distancia social (10), con gran peso en el proceso de estigmatización.

En la revisión sistemática publicada en el año 2003, Stuart (83) analiza tres dimensiones. Primero, es importante determinar si realmente los enfermos mentales son más violentos. Segundo, se requiere conocer cuáles son los factores que predisponen a la violencia y el papel que entre ellos desempeña la enfermedad mental. Por último, sería interesante contextualizar el miedo del público dentro del riesgo real que supone la enfermedad mental.

2.3.1. Incidencia de la Violencia asociada a la enfermedad mental

A pesar de la generalización del estereotipo de peligrosidad, la enfermedad mental no es necesariamente sinónimo de violencia, ni causa suficiente de la misma. Tampoco todo acto violento cometido por una persona diagnosticada es producto de su enfermedad. Muchos han sido los estudios que han tratado de esclarecer el vínculo entre ambas entidades. Una de sus principales limitaciones radica en que, al ser complicado medir explícitamente la violencia, se recurre a fuentes indirectas, como informes oficiales o testimonios personales, lo que sesga la información recogida. Además, a menudo las muestras estudiadas no son representativas de la

población enferma sino de aquellos con un mayor riesgo de ser agresivos, como personas hospitalizadas o presas (83).

Sería un error afirmar que no existe una mínima relación entre ambas entidades (83) tal como se desprende de los datos que muestran una modesta asociación entre enfermedad mental y la violencia, incluso cuando se controlan los factores de riesgo aplicados a población general (52). Así pues, padecer un trastorno mental grave puede conllevar un incremento en la propensión a la violencia, aunque esta afirmación merece ser puntualizada.

2.3.2. Factores Sociodemográficos asociados a la Violencia

La primera cuestión es determinar el peso de la enfermedad mental dentro de la prevalencia total de violencia en la sociedad: qué porcentaje del total de la violencia se eliminaría si se eliminara la enfermedad mental. Aunque sea clara la relación estadística entre esquizofrenia y violencia, sólo una pequeña proporción del total de violencia social es atribuible a las personas con esta enfermedad (84). Así, de entre 1151 detenidos canadienses que entraban en contacto por vez primera con el sistema penitenciario tras haber cometido crímenes violentos, sólo el 3% padecía un trastorno mental como esquizofrenia o depresión (85). La segunda cuestión es analizar los factores de riesgo para violencia en población general. El perfil de mayor riesgo es el de varón joven, soltero y con un nivel socioeconómico bajo.

Otros factores importantes son los antecedentes de violencia, la comorbilidad con el consumo de sustancias, y la relación causal con el episodio de agresividad (86). De entre estos factores, se analizan algunos que pueden resultar relevantes en la relación enfermedad mental y violencia.

2.3.2.1. Género

En la población con enfermedad mental se pierde la diferencia por género, igualándose la tasa de violencia entre hombres y mujeres. Sin embargo, varía el tipo de comportamiento violento. Las mujeres muestran mayor agresividad verbal mientras que los varones prefieren la confrontación física (87). Además, las mujeres tienden a dirigir la violencia hacia personas del entorno. Por su parte, los varones muestran casi el doble de predisposición a atacar a extraños (88).

2.3.2.2. Nivel socioeconómico

Es una realidad que la precariedad y la desigualdad social constituyen los principales factores de riesgo para el desarrollo de actitudes violentas (86). También es aceptado el hecho de que la enfermedad mental y el estigma a ella asociado acarrearán una pérdida de estatus socioeconómico significativo (8). Además la enfermedad mental se asocia con una alta tasa de desempleo (89). Los enfermos acaban por residir en barrios perjudicados y peligrosos, lo que incrementa el riesgo a ser victimizado (90). El descenso del sujeto enfermo en la escala social incrementa la posibilidad de que se encuadre en situaciones marginales y por ende en la violencia. Parece pues que puede ser la interacción de diversos factores, y no la enfermedad en sí misma, lo que incrementa el riesgo.

2.3.2.3. Diagnóstico

Asumiendo que existe un ligero incremento del riesgo de violencia asociado a la enfermedad mental, es importante ahondar en las diferencias por diagnóstico. En contra de la extendida creencia que asocia la psicosis con peligrosidad, la esquizofrenia no parece ser la patología más peligrosa. La tasa de violencia asociada al trastorno bipolar es, al menos, similar a la de la esquizofrenia, tal y como se desprende de una revisión sistemática publicada por Volavka (91) en el 2013. En ambas entidades aumenta el riesgo en la comorbilidad con el abuso de sustancias.

2.3.2.4. Abuso de sustancias

El trastorno por abuso de sustancias, ya sea primario o en comorbilidad con otro trastorno mental, constituye en sí mismo un factor de riesgo para la violencia. Alcohol y cocaína son las sustancias más relacionadas con los crímenes violentos (92). En el citado estudio canadiense, la tasa de enfermedad mental entre población presa se incrementaba del 3% hasta el 7% al incluir el trastorno por abuso de sustancias. Parece que la opinión pública es consciente del papel del abuso de sustancias en el incremento de estas tasas. Analizando la opinión de los estadounidenses (n=1444), Pescosolido et al. (74) muestran cómo asocian violencia con trastornos por dependencia de sustancias (87.3%), alcoholismo (70.9%), esquizofrenia (60.9%) y depresión (33.3%). Dada la alta prevalencia del trastorno por abuso de sustancias, su identificación precoz y un correcto abordaje terapéutico constituyen un importante factor de protección frente a las conductas violentas (52).

2.3.2.5. Sintomatología no tratada

La presencia de clínica de descompensación es un factor de riesgo para la aparición de episodios de violencia. La violencia en la esquizofrenia sigue dos patrones diferentes, uno asociado a la conducta antisocial y el otro a los síntomas de la fase aguda (91). Los síntomas psicóticos, en sus dimensiones de control y amenaza, se asociarían con un incremento del comportamiento violento (93). Parece que los pensamientos violentos incrementan el riesgo de violencia si se mantienen de forma reiterada y persistente. Ante la presencia de alucinaciones, sólo constituyen un riesgo las de comando que explícitamente ordenen la comisión de un acto violento. También la rabia (94), la irritabilidad, la impaciencia, la ausencia de insight y la falta de colaboración pueden facilitar la aparición de conducta violenta (91). Así, cuando aparece, la violencia en el trastorno bipolar se asocia a la fase maniaca (91). Son algunos síntomas de la enfermedad mental, y no la enfermedad mental en sí misma, los que pueden condicionar la violencia. Transmitir este mensaje a la población puede ayudar a minimizar el estigma asociado al trastorno mental (52). Además puede concienciar a la población para solicitar ayuda de forma precoz (95). Vincularse de forma regular al centro de referencia actúa como factor protector contra la violencia (88).

2.3.3. Impacto de la Violencia en la población general

La población general tiende a sobreestimar las tasas de violencia asociadas a la enfermedad mental y perciben un riesgo superior al real. En el estudio de Pescosolido et al. antes referido, un 17% de los participantes asociaban la violencia incluso con el mero hecho de tener problemas de índole emocional. En relación al potencial nocivo para con uno mismo, las cifras también eran elevadas: depresión (74.9%), esquizofrenia (86.5%), abuso de alcohol (82.1%) y de sustancias (92.2%), problemas emocionales (25.9%) (74).

Los medios de comunicación constituyen una de las vías más potentes para la transmisión de mensajes negativos, frecuentemente asociados con la violencia, sobre los trastornos mentales. Familiares de usuarios identifican este mensaje como uno de los principales elementos de estigmatización (96). Lo que el público teme de la violencia es su aleatoriedad e imprevisibilidad, características que asocia con la enfermedad mental grave (9). Este miedo es difícil de erradicar, probablemente por su asociación con un factor emocional. El conocimiento sobre las causas de la esquizofrenia y las ventajas del tratamiento no evitan su asociación con el estereotipo de peligrosidad (97). La opinión pública es especialmente sensible a noticias relativas a actos violentos. Cuando se tiene constancia de un acto violento perpetrado por una persona con enfermedad mental, incrementa la distancia social hacia los diagnosticados. Se

refuerzan las atribuciones de imprevisibilidad y peligrosidad, y recuperar el nivel previo puede demorarse incluso más de dos años (63).

Un aspecto importante a analizar es hacia dónde va dirigida la agresividad, las circunstancias que la desencadenan y el contexto en el que se producen. Parece que las principales víctimas de la violencia proveniente de enfermos diagnosticados son personas del entorno cercano y que esta violencia está en relación con circunstancias vitales y sociales. En un estudio en el que evaluaron los actos violentos cometidos por usuarios (n=169) durante un periodo de 30 meses (88), se encontró que el 84% de los destinatarios eran personas conocidas por el agresor. De entre ellos, prácticamente todos (95%) eran familiares del enfermo. El riesgo disminuye según incrementa el grado de proximidad. Las madres de hijos varones, con patología dual y dependientes económicamente, son quienes más fácilmente se convierten en víctimas. Los antecedentes de victimización y exposición a violencia en la comunidad pueden predisponer hacia reacciones violentas (98). También la tensión y la hostilidad en las relaciones familiares facilitan la agresividad (88).

Las personas con enfermedad mental son más frecuentemente víctimas que verdugos, ya que a menudo se convierten en objeto de malos tratos. La prevalencia de victimización entre diagnosticados de trastorno mental grave llega a ser de entre 2.3-140.4 veces superior que la de la población general (90). Un estudio realizado entre usuarios ingresados en un Hospital de Día navarro (n=66) (99) puso en evidencia que la mitad de los participantes había padecido maltrato en sus relaciones significativas, frente al 15% que había ejercido de maltratador. Curiosamente, la población enferma mental maltratada, contribuía de forma importante al sustento económico de la unidad familiar; en un alto porcentaje eran la principal fuente de ingresos y contribuía también al trabajo reproductivo, siendo incluso los cuidadores principales de la unidad. Las variables de género femenino, discapacidad, y diagnóstico social correlacionaron significativamente con el hecho de ser o no maltratado. Puede concluirse que aunque las personas con enfermedad mental poseen un mayor riesgo de violencia, la prevalencia total de la misma es baja. Es más, estas personas son más frecuentemente víctimas que victimarios. En todo caso, no se corresponde con el estrecho vínculo asumido por el público general y el miedo que genera. Esta sobredimensión en la percepción social puede derivar en la estigmatización y redonda de forma negativa en el bienestar de los afectados.

2.4. CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA

El estigma es uno de los principales obstáculos para la provisión de cuidados de salud mental a aquellos que lo necesitan, y para el avance de la Psiquiatría y otras disciplinas relacionadas

(1). Genera un importante sufrimiento en aquel que lo experimenta, condicionando el desarrollo de su autonomía y de sus derechos a todos los niveles. Repercute directamente en la calidad de vida, relaciones sociales y en el desempeño de los diferentes roles de la vida adulta (100). Condiciona la relación con el propio trastorno, su reconocimiento, aceptación y la búsqueda de ayuda (101). Tras el acceso a los servicios sanitarios, el estigma se encarna en los propios (102) profesionales, sujetos a los mismos prejuicios que la sociedad a la que representan. Todo ello puede traducirse en un perjuicio para la salud física y mental de los afectados (103). La discriminación se traduce directamente en cuatro tipos básicos de comportamiento: la negación de ayuda, la distancia social, el tratamiento coercitivo y la segregación de las instituciones. Además, su efecto puede dejarse sentir de forma indirecta, como consecuencia de políticas gubernamentales que, sin pretenderlo, perjudiquen a los afectados (104). La sociedad elabora leyes y organiza estructuras que, de forma más o menos intencionada, discriminan a determinados grupos y condicionan los derechos y las obligaciones de sus miembros (8). El ser humano representa un pedazo de la sociedad en la que vive, cuyos valores interioriza. Cuando adquiere una etiqueta, como el diagnóstico de una enfermedad mental, le surgen los mismos estereotipos y prejuicios que tiene el resto de grupo. Si los asume y los dirige contra sí mismo se inicia el mecanismo de auto-estigmatización, que puede llegar a ser el componente más nocivo del proceso (12).

Estos tres niveles de discriminación (directa, estructural y auto-estigma) (8) se interrelacionan, de manera que la interacción actúa como un cuarto factor, multiplicando el efecto individual (100). Dado que puede manifestarse de muchas maneras y a diferentes niveles, la erradicación del estigma es una labor compleja que debe dirigirse de forma coordinada hacia los diferentes frentes. La World Psychiatrist Association (WPA) (15) establece como premisa que cualquier programa debe tener una orientación multinivel.

2.4.1. Estigma Público

La estigmatización de la enfermedad mental es un hecho extendido. La mayoría de la sociedad manifiesta actitudes discriminatorias hacia las personas con enfermedad mental grave (10, 105) y esto ocurre en prácticamente todas las culturas (23, 106). La discriminación directa deviene del impacto de estas conductas discriminatorias en las relaciones interpersonales. A nivel individual, se aprecia en las interacciones establecidas por el individuo con otros sujetos. A nivel social, en el acceso a los servicios en desigualdad de condiciones respecto al resto de la población, lo que deviene en una pérdida de oportunidades y de derechos fundamentales, con un alto impacto en la autonomía personal y en la calidad de vida.

Mediatizada por los prejuicios, la sociedad tiende a evitar establecer nexos con el enfermo, interponiendo la denominada distancia social. Más de la mitad de la población reconoce su escasa predisposición a socializarse, trabajar o integrar en la familia a una persona diagnosticada de enfermedad mental (61). Los afectados perciben las actitudes peyorativas. Wahl (62) encontró que personas con enfermedad mental (n=1301) frecuentemente habían escuchado comentarios ofensivos sobre quienes la padecen (80%), destacando el nocivo papel de los medios de comunicación (77%). Siete de cada diez entrevistados habían sido tratados como incompetentes, y a un 27% le habían recomendado que ajustara sus expectativas y aceptara empleos por debajo de su cualificación. Además, un 60% se había sentido rechazados en las relaciones interpersonales. Menos del 47% disfrutaba de amigos que les habían apoyado al conocer la enfermedad mientras que el 16% nunca había recibido ayuda. Por ello, el 74% ocultaba su enfermedad ya que el 79% recelaba de las consecuencias en caso de ser descubierto. La discriminación experimentada, especialmente manifiesta en las relaciones interpersonales, condiciona el estigma percibido, siendo la más temida la discriminación en el acceso al trabajo y en las relaciones de pareja (107).

El perjuicio en el acceso a los servicios puede coartar la autonomía del afectado y su recuperación a distintos niveles. La dificultad de acceder a la actividad laboral y de mantenerla frena el desarrollo de una vida autónoma y merma el estatus socioeconómico (108). La falta de recursos económicos condiciona el acceso a un alojamiento digno (109), perpetuando el rol de la familia como garante de cuidados y habitación. La demora o dificultad para acceder a los servicios sanitarios repercute en la salud física y mental de los diagnosticados de enfermedad mental (101, 103).

2.4.1.1. Estigma y empleo

Aunque tanto los investigadores como los interesados parecen coincidir en que el estigma repercute de manera negativa en el desarrollo laboral de los afectados por la enfermedad mental, no existe mucha literatura que analice esta relación (108). Trabajar se vincula, además de con mejores condiciones económicas, con incremento del bienestar emocional (110), la autoestima y la calidad de vida (89). El carecer de empleo frena la adquisición de autonomía, acceso a vivienda y ocio. Desempleo y pobreza se han asociado con persistencia de síntomas en el trastorno mental común (111). Por su parte, el trabajo remunerado constituye un elemento decisivo en la recuperación del trastorno mental, entendida ésta no sólo como el control de los síntomas, sino como la reintegración en la vida social activa. El trabajo se convierte así en un elemento terapéutico, por lo que debería constituirse en objetivo prioritario del plan de

tratamiento (112). Sin embargo, las personas con enfermedad mental tienen menos posibilidades de ser contratadas (62, 76) y mayor riesgo de perder su empleo (113) cuando se conoce su enfermedad, lo que condiciona el secretismo en relación a la misma (114). El propio afectado por la enfermedad mental puede boicotear su integración laboral desde un efecto inconsciente del auto-estigma, el denominado “why to try” (115). Al pensar que no es valiosa ni capaz de desarrollar un trabajo de forma autónoma, y anticipar el rechazo (70), la persona deja de esforzarse por conseguirlo, en un intento de evitar confrontarse con la veracidad del estereotipo. Si el estigma público se asocia con la historia laboral previa, el auto-estigma lo hace con la situación laboral actual (108).

En el marco de campañas gubernamentales para combatir el estigma, como la “Time to Change” (116), se están implementando medidas de soporte laboral, a disposición de afectados y empleadores. En el análisis a los tres años, se aprecia que se introdujeron cambios sencillos para facilitar la actividad laboral de las personas enfermas y que la plantilla se mostraba proactiva en el aprendizaje de tópicos relativos a la enfermedad mental grave. Sin embargo, no varía el número de empresas poseedoras de una auténtica política de protección de la enfermedad mental. Además, directivos y personal de recursos humanos continúan convencidos de que es preciso informar sobre el diagnóstico ya durante el proceso de selección (113). Los autores resaltan la influencia de la campaña, a pesar haber sido implantada en un contexto socio económico complicado, lo que hablaría a favor de facilitar este tipo de programas formativos a empresas y empleadores.

También la Shaw Trust, organización no gubernamental que promueve la integración laboral de personas con enfermedad mental, encuentra datos en la misma dirección. En un estudio (117) realizado con la participación de 500 directivos, observaron que, si bien el conocimiento sobre la enfermedad mental había mejorado entre los años 2006 y 2010, aún existen barreras importantes para la búsqueda de trabajo: un 40% de los empleadores consideran a los trabajadores con enfermedad mental como de alto riesgo; el 42% aún subestiman la prevalencia de la salud mental entre la plantilla; 72% de las empresas aún no tienen políticas formales de salud mental. Dada las percepciones negativas de los empleadores, personas en búsqueda de empleo prefieren ocultar la enfermedad.

2.4.1.2. Estigma y alojamiento

La mayoría de los pacientes con trastorno mental grave ya no residen en centros institucionales, pero la integración comunitaria dista de ser una realidad (118). La dificultad de acceder a un alojamiento constituye otra de las principales preocupaciones de las personas

diagnosticadas de enfermedad mental (109). Ante la ausencia de recursos habitacionales que permitan a los usuarios residir de forma autónoma o semi-tutelada, a menudo las familias se han visto obligadas a desempeñar un papel crucial en la asistencia a estas personas. La situación actual en las sociedades mediterráneas, con cambios en los modelos de familias, está desplazando de nuevo esta responsabilidad hacia el estado, lo que agrava la necesidad previa de creación de recursos que den respuesta a esta demanda, con un alto requerimiento económico (119).

La pérdida de estatus socioeconómico y de habilidades sociales y cognitivas, junto con el estigma, pueden agravar las dificultades de acceso a la vivienda. De hecho, la tasa de personas con enfermedad mental entre la población europea de personas sin hogar es alta. Los trastornos asociados al consumo del alcohol afectan al 25-40% de esta población (120). Este dato puede alcanzar casi el 50% si se añade el consumo de otras sustancias, y la prevalencia vital de otros trastornos mentales se sitúa en torno al 35%. La mayoría de las personas sin hogar, sufren sus primeras crisis de salud mental, incluidos los problemas de consumo de alcohol, antes de su llegada a la situación de pérdida de vivienda (121). Además la discapacidad parece actuar como un factor que dificulta la salida de esta situación. En un estudio realizado con población madrileña de personas sin hogar, se objetivó que uno de cada tres participantes que llevaban más de cinco años en esta situación tenía algún tipo de discapacidad (122). Sin embargo, el disponer de un alojamiento digno constituye un factor importante en la recuperación (112) y el empoderamiento del afectado (123).

2.4.1.3. Estigma y salud

La manera en la que el estigma asociado a la enfermedad mental repercute en el tratamiento de quienes la padecen es multidimensional y compleja. Para evaluar la calidad del tratamiento se exploran tres dominios (103): la evolución del estado de salud como resultado de la prestación de cuidados; la facilidad de acceso al tratamiento adecuado en el momento necesario; y la percepción del usuario sobre su participación en el tratamiento. Un cuarto dominio sería el correspondiente a la estructura y organización de los servicios en lo que constituye el estigma estructural, tal como se verá más adelante.

2.4.1.3.1 Evolución del estado de salud como resultado de la prestación de cuidados

Las tasas de mortalidad entre la población con enfermedad mental son superiores a las de población general. La diferencia se sitúa en torno a los 20 años para varones y a los 15 para mujeres. Este incremento deviene del cúmulo de factores de riesgo: mayor incidencia de

enfermedades crónicas; efectos iatrogénicos de algunos fármacos psiquiátricos; tasas de suicidio y muertes accidentales o violentas superiores; y mayor dificultades de acceso al tratamiento físico que la población general (124), a las que se añade la comorbilidad con el abuso de sustancias como la cocaína (125). Más de la mitad de personas con enfermedad mental sufren comorbilidad con patología orgánica, especialmente la población de más edad. A ello contribuye la alta incidencia en esta población del hábito tabáquico, estilo de vida poco activo y hábitos dietéticos escasamente saludables. La comorbilidad se traduce en un incremento de la discapacidad funcional y laboral, peor calidad de vida, peores tratamientos y mayor mortalidad (126).

Según los datos, cuando una persona procura tratamiento para su patología orgánica, el diagnóstico psiquiátrico limita el acceso a los servicios sanitarios y disminuye la posibilidad de recibir una atención eficaz (127). A su vez, el sufrimiento que comportan la patología física, frecuente (128) y a menudo cronificada, se añade al propio de la enfermedad mental, contribuyendo a agravarla y a prolongar su duración (129). En una revisión sistemática del año 2008, de 31 publicaciones, Mitchell et al. (103) encontraron asociación positiva entre el diagnóstico y una peor calidad del cuidado, relación que se incrementaba si se añadía comorbilidad con abuso de sustancias. Especialmente relevantes resultaron los datos relativos a las desigualdades en la provisión de servicios para patología cardíaca y diabetes, dato que resulta preocupante si se tiene en cuenta el efecto iatrogénico de los fármacos sobre ambas áreas. Para la primera, de diez estudios, siete detectaron diferencias significativas, con un tamaño del efecto variable pero potente, en la calidad de cuidados ofrecidos a población con enfermedad mental, y seis en los dirigidos a población con abuso de sustancia. Los tres estudios que no encontraron diferencias adolecían de poca potencia estadística. En diabetes también se encontraron desigualdades en la calidad de la prestación de cuidados con un tamaño del efecto moderado. De once estudios, seis mostraron un inferior cuidado o educación para aquellos con enfermedad mental, y un estudio mostró inferior cuidado para los de consumo de sustancias. Dos de ellos encontraron diferencias en aspectos parciales para algunos diagnósticos, como el hecho de que las personas con esquizofrenia reciben tratamiento con fármacos más antiguos.

2.4.1.3.2 Facilidad de acceso al tratamiento adecuado en el momento necesario

A pesar de la alta prevalencia de los trastornos mentales, existe un retraso importante en el inicio del tratamiento. Se ha estimado que el porcentaje de personas no tratado es del 32.2% para la psicosis, 56.3% en depresión; 56.0% para distimia; 50.2% en el trastorno bipolar; 55.9%

para el de pánico y 57.3% en el obsesivo compulsivo. El abuso y dependencia de alcohol y de otras sustancias se dispara hasta el 78.1% (46), con importantes consecuencias y complejos mecanismos neurobiológicos subyacentes (130). En el acceso a los servicios sanitarios interfiere la falta de información sobre la enfermedad, las vías de entrada y el tratamiento. El conocimiento sobre la enfermedad mental se ha asociado con mayor predisposición a solicitar ayuda y a hacer partícipe de la situación a la familia (101). El hecho de no hablar públicamente de la enfermedad, y los prejuicios sobre ella son consecuencias del estigma que favorecen el retraso del acceso al tratamiento (11). El miedo a las consecuencias del etiquetado diagnóstico interfiere en la búsqueda de ayuda (131) y en el incremento del malestar y agravamiento de los síntomas (132). La edad de inicio del tratamiento se demora con respecto a la del debut de la enfermedad, ya que una mayoría sólo acceden a los servicios cuando ya han experimentado síntomas durante un tiempo considerable, con la consecuente repercusión funcional (133). A su vez, pasar más tiempo en fase de descompensación facilitaría el vivir situaciones estigmatizadoras, con consecuencias difíciles de revertir (134).

2.4.1.3.3 Percepción del usuario sobre la calidad del servicio recibido

La percepción positiva del usuario en relación al tratamiento y la calidad de los servicios sanitarios mejora la adherencia a los mismos (135). Sin embargo, aquellos que perciben estigma retrasan el tratamiento y lo abandonan prematuramente (136). Algunos factores socio-demográficos pudieran condicionar esta asociación. El estigma percibido en población de más edad se ha relacionado con abandono de tratamiento (137); y la edad comprendida entre los 25 y los 34 años, con menor actitud de búsqueda de ayuda (116). Se ha encontrado correlación positiva entre el sexo femenino y la búsqueda de ayuda, y entre el sexo femenino y la predisposición a abrirse al entorno (116).

Los trastornos psicóticos se asocian a niveles más altos de estigmatización que otros, por su vínculo con violencia e imprevisibilidad (74) Ello puede generar que el que los padece anticipe y perciba el estigma en mayor medida (101). Aunque el miedo al estigma puede variar en función del tipo de diagnóstico y de las expectativas de rechazo a él asociadas, se ha observado que también afecta a quienes padecen patología depresiva (138). En pacientes con enfermedad mental crónica y grave, el auto-estigma constituye también una barrera importante para la provisión de cuidados, bloqueando el acceso a los servicios sanitarios, independientemente de su psicopatología, diagnóstico y del nivel de estigma percibido (139). También la experiencia negativa con el tratamiento previo, especialmente la de coerción, puede influir de forma significativa en el acceso a los servicios y en la adhesión al tratamiento (140).

Sin embargo, quienes detectan actitudes de tolerancia y soporte por parte de los profesionales de Atención Primaria se implican más en su tratamiento, lo que sugiere que la presencia de actitudes positivas por parte de la plantilla puede resultar más relevante en la solicitud de ayuda que la ausencia de actitudes negativas (101).

Finalmente, el estigma acaba afectando a los propios técnicos y sanitarios (141), llegándose a una desvalorización de la Psiquiatría como rama de la Medicina (142), aspecto que se abordará en más detalle.

2.4.2. Discriminación Estructural

La discriminación estructural resulta de una estratificación y jerarquización social en la que subyace un trato desigual a grupos minoritarios. Como consecuencia de un sistema social organizado a partir de premisas estigmatizadoras, puede que no se reciban conductas discriminatorias de forma directa e intencionada pero sí de forma implícita, o no intencionada. Con diferentes formas, este tipo de discriminación se aprecia en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo. A pesar de su importancia, no ha sido aún bien estudiada. Algunos trabajos antiguos, como el libro "Internados" (26), de carácter etnográfico, analizaron cómo la organización de estructuras institucionales, en este caso el hospital psiquiátrico, reflejaba el proceso de estigmatización.

Corrigan et al. (104) describen dos niveles en tipo de estigma que interaccionan entre sí: el estigma proveniente de las macro estructuras que soportan a la comunidad impacta, a un micro nivel, en la vida del ciudadano, deteriorando la calidad de los servicios que se le ofrecen y minimizando sus derechos. Los autores han clasificado la discriminación estructural en intencionada y no intencionada.

2.4.2.1. Discriminación intencionada

Comprende el conjunto de reglas y normas específicamente establecidas por los grupos de poder para privar de sus derechos a una minoría (por ejemplo, las leyes que en el pasado restringían el acceso al trasportes o a la educación a personas de color). Los derechos civiles de las personas diagnosticadas de enfermedad mental a menudo son vulnerados, fundamentalmente los correspondientes al voto, el matrimonio, el ejercicio de la paternidad, el trabajo y la justicia. Durante décadas, la restricción de dichos derechos se basó más en la etiqueta diagnóstica que en la medida de la discapacidad devenida de la enfermedad. Son muchas las voces que se han alzado, con éxito, para que la abolición de un derecho se limite

específicamente a aquellos aspectos, medidos de forma precisa, afectados por la discapacidad. Además, el derecho perdido debería ser reinstituído en cuanto la discapacidad remita o permita el ejercicio de los mismos con apoyo (104).

2.4.2.2. Discriminación no intencionada

Es la consecuencia indirecta de normas que, en principio, no pretenden limitar los derechos de una minoría. Este tipo de discriminación se aprecia en la agenda política y social a diferentes niveles. Así por ejemplo, el sistema sanitario americano, fundamentalmente privado, no ofrece las mismas condiciones para enfermedad mental y física, con tasas más altas de contratación o con limitación de prestaciones para la primera (8). Fallan las instituciones cuando no consiguen dar respuesta ni prevenir la pérdida de vivienda y de relaciones sociales frecuentemente derivada de la enfermedad mental (121). Se aprecia en la menor calidad de los servicios públicos y en diferencias en la retribución de los profesionales detectadas en muchos países (8). La mayor parte de los países africanos carecen de políticas de salud mental activas y las condiciones laborales de los profesionales son precarias (143). Los centros sanitarios destinados a la Psiquiatría a menudo están separados del resto de las especialidades, en zonas poco prósperas (137). La presencia de guardias de seguridad, el uso de espacios cerrados con llave y las intervenciones involuntarias, no sólo se justifican por la naturaleza de la enfermedad sino también por el estigma asociado, particularmente por las atribuciones de violencia y peligrosidad (74). Se hace también evidente en la desigualdad presupuestaria, con un montante proporcionalmente menor para la enfermedad mental que para la física (144). En Canadá, por ejemplo, la partida económica destinada a investigación en salud mental es menor del 5% del total, a pesar de que la enfermedad mental afecta directamente al 20% de los canadienses (143). Las diferencias presupuestarias se agravan en momentos de crisis económica, cuando los gobiernos reducen las partidas destinadas a salud mental y a los sistemas de protección social, a pesar de que precisamente en periodos de crisis se incrementa la demanda de atención de trastornos inespecíficos de adaptación y puede, aunque no siempre (145), observarse un repunte en las tasas de suicidio (146).

Sin cambios estructurales y políticas gubernamentales que los apoyen es difícil erradicar el estigma asociado a la enfermedad mental. Así parecen entenderlo los países miembros de la WHO que firmaron la Declaración de Helsinki, en la que cinco de sus principales recomendaciones reforzaron la importancia de la lucha colectiva contra el estigma (47).

2.4.3. Auto-Estigma

Auto-estigma es el proceso por el cual el afectado de enfermedad mental dirige los estereotipos contra sí mismo y asume la ruptura de su identidad como miembro de pleno derecho del grupo. Se trata de un proceso complejo, mediado por diferentes factores, en el que el hecho de que la enfermedad mental sea un atributo “desacreditable” juega un papel esencial.

Es importante diferenciar los conceptos de estigma experimentado, estigma percibido, y auto-estigma. El estigma experimentado, constituido por experiencias de discriminación a las que se ha visto sometido el sujeto en virtud a su diagnóstico (62), afecta a cuatro áreas fundamentalmente: interacción personal; imagen pública ofrecida por los medios de comunicación; barreras para acceder a los roles sociales; y estigma estructural (147). Estigma percibido y auto-estigma ponen el foco en la percepción del individuo. El estigma percibido lo conforman el conjunto de creencias que la persona achaca al grupo y en virtud de las cuales anticipa conductas discriminatorias (13, 59). El estigma percibido no siempre concuerda con el experimentado. Usuarios diagnosticados de depresión y de esquizofrenia referían el mismo grado de estigma percibido, mientras que el experimentado era significativamente menor para la depresión (107). El estigma percibido equivaldría a ser consciente de la presencia de estereotipos en la sociedad, mientras que sólo el que los asume y dirige contra sí mismo sufrirá de auto-estigma (148) o estigma interiorizado.

El interés por la dimensión del auto-estigma ha sido creciente durante la última década. Comienzan a publicarse resultados de su repercusión en diferentes áreas y algunos programas terapéuticos que lo abordan comienzan a ser evaluados (149).

2.4.3.1. Marco teórico del concepto de auto-estigma

Corrigan y Rao (12) han desarrollado un modelo conceptual que permite comprender el proceso del auto-estigma que transcurre en tres pasos sucesivos:

- Interiorización de los estereotipos: antes de ser etiquetado con el diagnóstico, el individuo ha interiorizado los estereotipos del grupo al que pertenece.
- Conformidad con los estereotipos: tras el diagnóstico, puede concordar con ellos, asumirlos y aceptar la idea de que el enfermo es diferente y menos valioso, lo que puede devenir en disminución de la autoestima y la confianza en el futuro (13).
- Aplicación de los estereotipos: según lo que se ha denominado la “paradoja” del modelo, la reacción frente a los estereotipos es variable. Si no los asume, el afectado

puede reaccionar contra la injusticia, enfrentándose a ellos. Esta reacción facilita el empoderamiento y la implicación activa en el tratamiento y en la lucha por la mejora de la calidad de los servicios (100). Un tercer grupo estará constituido por aquellos cuyo sentido de la identidad no se ve ni dañado ni estimulado por el estigma social, por lo que reaccionarán con indiferencia.

En la elección del estilo de respuesta influyen variables de índole personal como la percepción de legitimidad, el grado de identificación con el grupo de iguales y las estrategias de afrontamiento particulares. Otras variables no dependen del individuo, tales como la representación colectiva del atributo negativo y el grado de soporte social e institucional que tenga el individuo (139).

Desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces y promover un contexto social donde impere el respeto hacia la enfermedad mental constituyen dos estrategias en la minimización del auto-estigma (150). Como se verá, esta premisa resulta de especial interés en relación a la población joven. El aprendizaje de los estereotipos comienza en la infancia (151) por lo que, si en el futuro es diagnosticado, el adulto esperará ser tratado conforme a ellos. Cuando precisan ayuda, los jóvenes se dirigen a sus iguales. Facilitar información certera y promover un ambiente sano contribuyen al reconocimiento del problema, a la búsqueda de ayuda y a una respuesta positiva por parte del grupo (152).

2.4.3.2. Consecuencias del auto-estigma

El auto-estigma tiene importantes consecuencias en la forma en la que el afectado se relaciona con la enfermedad. El aceptar la imagen social negativa disminuye la autoestima y hace surgir sentimientos de desesperanza (13), desvalorización y falta de confianza en la propia capacidad (148). El auto-estigma facilita la asunción de estrategias poco adaptativas, tales como las de mantener en secreto la enfermedad, y conductas de evitación o aislamiento social (62) que pueden agravar el efecto de los síntomas y el estrés de lidiar con la enfermedad (59). Este estilo de afrontamiento puede estar en relación con los datos que muestran que quienes perciben y anticipan estigma acaban por tener realmente más probabilidades de experimentar rechazo social de forma prospectiva (50). También los cuidadores emplean frecuentemente la estrategia de ocultación (153), de manera que un mayor grado de visibilidad de los síntomas se asocia con niveles más alto de auto-estigma (154). Por otro lado, las familias reconocen que el contacto con otras familias en similares circunstancias podría ser una herramienta de ayuda útil (155).

Una reciente revisión (156) analiza resultados de estudios que usan 47 versiones, en diferentes lenguas y adaptadas por patologías, de la “Internalized Stigma of Mental Illness” (ISMI). Los resultados más frecuentes son los que asocian auto-estigma con mayores niveles de depresión (15 de 21 estudios), baja autoestima (14 de 21 estudios) y mayor severidad sintomática. Además de los cuatros estudios que encontraron relación con el nivel de severidad sintomática, tres lo vincularon con síntomas positivos; dos con los negativos; un par con el número de hospitalizaciones; y otro con la puntuación en la Global Assessment of Functioning.

El auto-estigma puede condicionar el reconocimiento de la enfermedad. La combinación de un buen nivel de insight y mínimo auto-estigma correlaciona con menos limitaciones en la función social. Sin embargo, el mismo nivel de insight en personas con moderado auto-estigma se traduce en niveles bajos de autoestima y en desesperanza (157). Por su parte, la resiliencia al estigma, en sus dimensiones de no reconocer la legitimidad del estereotipo e identificarse con el grupo de personas con enfermedad mental, facilita el acceso a los servicios sanitarios, contrarrestando la interferencia del estigma percibido en la búsqueda de ayuda (139). Se ha encontrado relación directa entre el auto-estigma y la falta de adhesión al tratamiento psicosocial, mientras que indirectamente también contribuye mediante la repercusión a nivel de insight (158). También se ha vinculado con la evolución del trastorno. Altos niveles de auto-estigma a nivel basal predicen hospitalización psiquiátrica, independientemente del estigma percibido y de la psicopatología (139).

En relación al estigma percibido, paso previo para la internalización del estigma, los hallazgos destacan la repercusión en la relación del afectado con su enfermedad. En usuarios en fase aguda de su trastorno bipolar, el estigma percibido correlacionaba con un peor ajuste social a los siete meses de seguimiento (159). Las consecuencias del estigma percibido no son lineales y en su efecto pueden mediar factores como la edad. Así, entre diagnosticados de trastorno depresivo recurrente mayores de 65 años, aquellos con un mayor nivel de estigma percibido mostraban 1.7 más probabilidades de abandonar el tratamiento, relación no detectada entre la población adulta por debajo de esta edad (135). En el otro extremo, se ha encontrado que un menor nivel de estigma percibido correlaciona positivamente con la adherencia a la medicación en el tratamiento de la depresión (135). Parece que el auto-estigma se delinea como una importante barrera para la recuperación (135) mientras que su opuesto, el empoderamiento, constituye, como se verá, una estrategia para combatirlo (160).

2.5. VARIABLES SIGNIFICATIVAS EN RELACIÓN AL ESTIGMA

El proceso de estigmatización no es lineal y es susceptible de ser modulado por diferentes variables. La cultura media en la elección de los elementos significativos en la identidad del grupo. Cada cultura tendrá un estilo propio de relación con la enfermedad mental. Como señal, no todas las manifestaciones de la enfermedad mental poseerán el mismo peso, de manera que el diagnóstico puede condicionar el rol del enfermo en el grupo. Por último, el conocer a la persona puede ayudar a superar el efecto de la etiqueta, por lo que la familiaridad con la enfermedad mental será otro factor a tener en cuenta.

2.5.1. Cultura

Cada cultura se aproxima a la enfermedad mental conforme a su acervo. La Religión, la Filosofía y los valores tradicionales determinan las creencias y sirven de base para explicar el libre albedrío y la toma de decisiones. La atribución al origen de la enfermedad y el patrón de comportamiento que el grupo considere adecuado influirán en su relación con ella (20). Como se ha visto, la dimensión de responsabilidad tiene un gran peso en la enfermedad mental (7). Conceptos como el pecado católico, el karma hindú o las ideas de vergüenza y culpa del dharma asiático, pueden influir en la lectura que se hace del proceso patológico (23). Atribuciones mágico-religiosas al origen de la enfermedad se han asociado con actitudes menos tolerantes y más estigmatizadoras (29). Quienes pertenecen a minorías, sensibilizados por sus propias experiencias de estigmatización, manifiestan menos prejuicios hacia la enfermedad mental (6). Integrantes de etnias minoritarias refieren menos autoritarismo y mayor benevolencia, prejuicios que correlacionan positivamente con la distancia social (71).

El desarrollo histórico del concepto de locura es una muestra de hasta qué punto la cultura pesa en el trato facilitado a la enfermedad mental. La occidental, influenciada por la corriente galénica, ha modelado fundamentalmente una visión médica de la enfermedad mental (21). Desde antiguo, también la cultura islámica adoptó la visión médica, influenciada por las aportaciones del médico persa Ibn Sina (Avizena). No obstante, la sociedad islámica ha tolerado un mayor abanico de comportamientos anormales por parte de los “locos” no peligrosos, lo que en cierta medida ha facilitado su integración en la comunidad (161). Puede que a ello haya influido el hecho de que en esta cultura no haya tenido tanto peso el miedo al contagio ni la condena moral de la enfermedad (23). La Medicina Tradicional China se enraíza en el respeto a cuerpo y mente. Factores comportamentales, psicológicos y somáticos se integran como un todo. Sin embargo, junto a esta corriente, el país posee un amplio acervo de tradiciones y folclore, con gran peso popular, y una visión completamente diferente de la

enfermedad. Así pues, en la sociedad china, conviven puntos de vista contrapuestos (23). La comparación de las diferentes aproximaciones conceptuales hacia la enfermedad mental y su impacto en la vida de los afectados resulta de sumo interés.

2.5.1.1. Diferencias culturales

El nivel de tolerancia hacia la enfermedad mental varía enormemente entre diferentes sociedades. Algunas variables parecen asociarse con un mayor grado de aceptación, tales como no diferenciar entre enfermedad física y mental; un menor grado de exigencia social; y evolución reversible frente a crónica, ya que esta última puede interpretarse como el castigo de fuerzas superiores (23).

También en culturas no occidentales el estigma de la enfermedad mental constituye un problema para afectados y familias. Los estudios que ahondan en actitudes de sociedades no occidentales a menudo adolecen de la limitación metodológica inherente al uso de instrumentos de evaluación occidentales, que no siempre recogerán las manifestaciones culturales autóctonas (49).

En África predomina la creencia de que la enfermedad mental se debe a causas sobrenaturales. En un estudio etíope, un 27% de los entrevistados así lo creían, mientras que para un 65% la oración constituía el método terapéutico adecuado (155). En relación a la situación en este país, la WHO (162) alerta de que la atribución sobrenatural, asociada con incurabilidad, está en el germen de políticas socio-sanitarias que descuidan a la enfermedad mental y relegan al entorno familiar el cuidado de los afectados. El fotoperiodista R. Hammond (163) muestra en su obra "Condemned" la dramática situación de los enfermos mentales en el continente.

El papel del estigma viene determinado por los valores imperantes en el grupo y la medida en la que la enfermedad mental los contraría. Un reciente y amplio estudio indio (164) encuentra que entre enfermos de esquizofrenia y sus cuidadores, tiene mayor peso el componente internalizado del estigma (alienación personal reconocida por un 79% de los participantes y estigma anticipado por el 52%) frente al estigma experimentado (42%). Por otra parte, los niveles de discriminación experimentada son menores entre los indios (42%) que entre sus homólogos británicos (91%) (116). El dharma, según el cual cumplir con la responsabilidad en vida es un requisito moral, constituye un valor fundamental en la sociedad india. Se espera que cada género atienda a su rol: las mujeres, como madres de familias, y los varones como garantes de la economía. Los autores sugieren que el miedo a ser considerados incapaces y

contrariar el dharma llevaría a la internalización del estigma y a ocultar la enfermedad. En la India no sería tan importante el bienestar del enfermo sino el estatus del linaje familiar y de las generaciones venideras.

Otra fuente de interés es el análisis del lenguaje. Cada lengua posee constructos semánticos que funcionan como vectores de transmisión cultural. En China conviven numerosos dialectos. Todos tienen vocablos corrientes para nominar alteraciones del comportamiento, lo que les confiere normalidad y las desvincula de la enfermedad (p.ej. “exceso de pensamiento”, “no poder dejar escapar los pensamientos negativos”). El vocablo “exceso de pensamiento” contraría la norma tradicional de actuar de forma moderada y contenida. Un estudio chino detectó que emplear la palabra esquizofrenia incrementaba la distancia social mientras que el uso de otros vocablos indígenas no la modificaba (165). El mismo trabajo estudia la figura del “tío” que representa a la persona con experiencia en la familia, enlazando con el respeto a los mayores de la cultura china. Cuando es el “tío” quien diagnostica utilizando el constructo semántico, la distancia social es menor que cuando diagnostica el psiquiatra utilizando la palabra esquizofrenia. Curiosamente es cuando el “tío” diagnostica de esquizofrenia cuando la distancia social es aún mayor, lo que se justificaría en función del peso de su rol social.

Los estudios comparativos contribuyen a comprender el peso de los valores culturales. Japón y Taiwán sufrieron, con cuatro años de diferencia (1995 y 1999 respectivamente), sendos terremotos. En ambos países se realizó un programa de formación del profesorado sobre la importancia de la salud mental en la infancia (166). En el análisis de las atribuciones causales se apreciaban diferencias entre ellos, que parecen traducir un factor cultural. Aunque ambos escogían al psiquiatra como fuente de referencia, la influencia de la medicina china en Taiwán se observa en la mayor tendencia a recurrir a ella y en la importancia que sus habitantes conceden al ejercicio físico. Los japoneses mostraron niveles superiores de actitudes estigmatizadoras (36,3% vs. 25,4%, $p=0.044$). Los autores lo relacionan con el hecho de que los niveles de institucionalización de los pacientes con enfermedad mental en Japón son los más altos del mundo. Es por ello que la población prácticamente no tiene contacto con dicha patología a nivel comunitario.

En otro estudio comparativo, cuando fueron cuestionados sobre el origen de la depresión y la esquizofrenia, australianos ($n=3998$) y japoneses concedían diferente importancia a las posibles causas. A modo de ejemplo, los australianos resaltaban como factores etiopatogénicos de la depresión la infección (50.5% vs 6.2% de los japoneses), alergia (44.9% vs 10.2%) y genética (68% vs 34.6%), mientras que los japoneses ($n=2000$) la atribuyen

fundamentalmente al carácter nervioso (81.4% vs 67.9% de los australianos) o débil (73.6% vs 43%) (167). Además, los japoneses se muestran más reacios al empleo de etiquetas diagnósticas y a hablar de su enfermedad fuera de la familia. Por su parte, los australianos son más proclives a buscar ayuda profesional y más optimistas en relación a la recuperación. En ambos países referían puntos de vista negativos sobre el ingreso hospitalario y el uso de TEC (168).

En el año 1997 se constituyó la Red Maristán, un espacio de cooperación académico entre universidades de América Latina y Europa. Un amplio estudio multicéntrico y multinacional (España, Inglaterra, Chile, Argentina, Brasil y Venezuela) analizó cualitativamente los testimonios de afectados y cuidadores sobre la repercusión del estigma asociado a la esquizofrenia (169). En relación al estigma proveniente del ámbito familiar, los europeos (España e Inglaterra) citan exclusivamente a los progenitores, y el carácter del estigma es menos dramático que en los países de Sudamérica, donde además atañe a los hermanos (Brasil y Chile) y resto de familia extensa (Argentina, Brasil y Chile). En Venezuela, sólo la familia extensa es citada como fuente de estigmatización. Respecto al estigma institucional, todos los países incluyen al estado mientras que los argentinos nombran además a la Iglesia y los británicos al sistema judicial. Referente al sistema sanitario, los españoles sólo nombran a los servicios hospitalarios, que es el único dispositivo del que no se quejan los ingleses. Éstos comparten opinión con los argentinos y venezolanos en relación a los médicos de atención primaria, y con los brasileños y chilenos en relación a los centros de salud mental. En todos los países se resalta la actitud estigmatizadora de los empleadores, pero sólo España y Venezuela incluyen a los compañeros de trabajo.

2.5.1.2. Evolución de las actitudes estigmatizadoras en Occidente

Parece que durante las últimas décadas, en el mundo occidental la tendencia a la estigmatización de las personas con trastornos mentales ha ido en incremento (52), lo que podría estar en relación con factores culturales y coyunturas socioeconómicas. En los EEUU se realiza de forma periódica una encuesta de salud, la llamada "General Social Survey" que cuenta con un módulo específico sobre salud mental. En el análisis comparativo de los resultados del año 1996 respecto a los del 1950 se objetivó que los estereotipos de peligrosidad, miedo e imprevisibilidad se habían incrementado 2,5 veces (10). Los datos están sujetos a limitaciones metodológicas ya que la herramienta de evaluación se había mejorado con respecto a la primera administración. También en Alemania cambian las actitudes públicas hacia la enfermedad mental entre los años 1990 y 2001. Las causas médicas adquieren

relevancia, frente a factores psicosociales. Se aprecia decremento de las atribuciones de culpa o falta de voluntad. Sin embargo, la distancia social crece con incrementos significativos entre quienes rechazan compartir vecindario (del 19% al 35%) o alojamiento (del 44% al 63%) con alguien con esquizofrenia (170). Los usuarios británicos parecen hacerse eco de esta tendencia. De forma global, entre los años 2008 y 2011 referían haber sido objeto de menor discriminación (91% vs 88%), lo que pudiera ser resultado de una ambiciosa campaña anti-estigma impulsada institucionalmente. Sin embargo, entre los años 2010 y 2011, la tendencia cambia de dirección, apreciándose el resurgir de actitudes estigmatizadoras, hecho que parece coincidir con una coyuntura económica complicada (171). Los datos corroboran el planteamiento de la complejidad de los procesos de estigmatización, la influencia de múltiples aspectos y su carácter dinámico.

2.5.2. Diagnóstico

La tendencia a estigmatizar la enfermedad mental parece universal, con pocas excepciones. La enfermedad se manifiesta a través de síntomas y signos cognitivos, afectivos y comportamentales, dimensiones que dan entidad al ser humano. Resulta complicado separar este tipo de síntomas de la persona, por lo que a menudo el enfermo acaba siendo identificado con su enfermedad (172). En el imaginario social, el concepto de enfermedad mental se asume como un todo, al margen de patologías concretas. Se le atribuyen características cercanas a las que se otorgan a conductas antisociales, a la prostitución o a la drogodependencia (100). No obstante, los problemas englobados por el concepto de enfermedad mental son muy diferentes entre sí. Esta diversidad constituye un sesgo frecuente en el diseño e interpretación de resultados de campañas anti-estigma.

Aunque el estigma asociado a la enfermedad mental es un proceso unitario, se encuentran algunas diferencias conforme a diferentes diagnósticos psiquiátricos (66). De forma general, los trastornos psicóticos son los más estigmatizados (137). Parece que la visión negativa de los trastornos mentales graves tiende a contaminar la imagen global de la enfermedad mental (172). No obstante, se constata la existencia de cierto gradiente, desde los trastornos considerados más probables y menos graves hasta los que se identifican con la locura, como la esquizofrenia. El tipo de estereotipo asociado al diagnóstico parece desempeñar un papel importante en las diferencias de percepción. Las dimensiones de responsabilidad y de peligrosidad son las dos que han mostrado más influencia, aunque la relación no siempre es lineal. Así, a pesar de que los trastornos psicóticos son más estigmatizados que otros, se culpabiliza menos a quienes padecen esta enfermedad que a quienes sufren alteraciones de la

conducta alimentaria, al entenderse que los últimos son más responsables y tienen más control sobre lo que les ocurre, aspecto que se extiende también a las adicciones (11). El fuerte vínculo existente entre violencia y distancia social, se traduce en función del grado de peligrosidad atribuido a cada patología (173).

Ya en el año 1999 Link et al. (10) describieron diferencias en cómo la población americana percibía diferentes diagnósticos (esquizofrenia, depresión mayor, dependencia de alcohol, dependencia de cocaína y problemas de la vida diaria). Para todas ellas el estrés era señalado como principal factor causal. Como segunda causa se elegían las alteraciones químicas en esquizofrenia y depresión, mientras que para el alcoholismo se destacaban los errores de crianza, y el mal carácter para la dependencia a cocaína. La alta correlación hallada entre peligrosidad y diagnóstico explicaba el 27,6% de la variabilidad. El mayor grado de peligrosidad se atribuía a la dependencia de cocaína, seguidos por dependencia de alcohol y esquizofrenia (al mismo nivel), depresión mayor y problemas de la vida. También la distancia social correlacionaba con la percepción de violencia ($p < 0.001$).

El mismo grupo analizó la evolución de la opinión pública durante una década, entre el 1996 y el 2006 (65), tratando de determinar hasta qué punto la población acepta la explicación neurobiológica y mejora la integración comunitaria. Evalúan las actitudes hacia esquizofrenia ($n=650$), depresión ($n=676$) y síndrome de dependencia al alcohol ($n=630$). La atribución causal a factores médicos aumenta (9% vs. 13%), aunque en diferente proporción conforme diagnóstico (10% esquizofrenia, 13% depresión, 9% alcoholismo). Los factores sociales disminuyen para las dos primeras entidades, mientras que se incrementa la atribución de “mal carácter” asociada al abuso de alcohol. La relación distancia social y peligrosidad permanece alta, sin cambios significativos. La población mantiene dificultades para trabajar con personas diagnosticadas de esquizofrenia (62%) o dependencia alcohólica (74%). También evitan socializar con ellos (52% esquizofrenia, 54% alcoholismo) o integrarlos en la familia vía matrimonio (69% esquizofrenia, 79% alcoholismo).

En el Reino Unido se implantó durante los años 1998 y 2003 la campaña “Changing Minds: Every Family in the Land” (66). En la evaluación basal realizada (174) midieron actitudes y opinión pública sobre los siete trastornos mentales escogidos como dianas: depresión severa, pánico, esquizofrenia, trastornos de la alimentación, demencia, alcoholismo y adicción a tóxicos. De forma general se considera que los afectados sienten de manera diferente y que resulta difícil hablar con ellos. Las personas diagnosticadas de esquizofrenia, alcoholismo y dependencia de sustancias fueron consideradas imprevisibles y peligrosas. Se atribuía un alto

grado de culpa a las adicciones (60% alcoholismo, 68% otras dependencias), moderado para los trastorno se alimentación y mínimo para la esquizofrenia. En relación al tratamiento y a la evolución, la mayoría de los participantes se mostraron optimistas excepto en lo concerniente a demencia. Al finalizar la campaña se repitió la evaluación siguiendo la misma metodología (66), objetivándose una reducción del porcentaje global de las opiniones estigmatizadoras, con un patrón similar al anterior por diagnóstico. El número de personas que reconocían contacto previo con afectados se incrementó desde 44% hasta el 77%. Basalmente la familiaridad no correlacionaba con mejores actitudes mientras que si lo hacía, en el seguimiento, para depresión, de pánico y fobias.

No existe mucha literatura sobre la relación el estigma asociado al trastorno bipolar. Una revisión sistemática de 25 artículos publicada en el año 2013 por Ellison et al. (64) ahondan en la repercusión del estigma público y del internalizado en este trastorno. De forma general parece que los datos sugieren que en el colectivo social se ven de manera más positiva que la esquizofrenia y peor que la depresión, aunque el impacto del estigma internalizado y del anticipado es alto para la población con este diagnóstico. Curiosamente, en otra revisión (91) del mismo año se concluye que el riesgo de peligrosidad asociado a este trastorno es mayor que la de la esquizofrenia, hecho del que, según se desprende de sus actitudes, no parece consciente la sociedad.

Las diferencias en la percepción de los diagnósticos se aprecian ya en edades tempranas. Entre los niños y jóvenes no parece influir tanto el estereotipo de peligrosidad como el de responsabilidad. Así, toleran peor el TDAH que la depresión al considerar más responsables de su dolencia a los primeros (151). Para un diagnóstico poco asociado con peligrosidad, como es la fobia social, los niños referían mayor nivel de estigma en la dimensión “debilidad de carácter”, que refleja la idea de la responsabilidad (173).

El diagnóstico influye también en el estigma anticipado por parte de los usuarios. Pacientes diagnosticados de esquizofrenia refieren el doble de estigma experimentado que los diagnosticados de depresión. Además, se ven más limitados en el acceso a los roles sociales y son más frecuentemente víctimas de discriminación estructural (107). Los diagnosticados de trastorno bipolar reconocen niveles moderados y altos de auto-estigma (64), al tiempo que el estigma percibido correlaciona con peor ajuste a nivel social en la fase de recuperación (159).

Si la expresión de la estigmatización no es igual para diferentes trastornos, las campañas para combatir el estigma deberían tener estas diferencias en cuenta, por lo que se ha sugerido que el diseño de éstas se dirija hacia diagnósticos concretos (175).

2.5.3. Género

La relación entre el género y las actitudes estigmatizadoras o la distancia social no es lineal. Parece además que el papel del género es diferente en función del componente del proceso de estigmatización, de los diferentes tipos de estigma y de las consecuencias para el afectado. En su revisión sistemática sobre la cuestión, realizada en el año 2012, Holzinger et al. (79) concluyen que el género parece influir en las actitudes públicas respecto a la enfermedad mental, aunque los datos no son del todo consistentes y es necesario profundizar en la cuestión. Aunque algunos estudios no encuentran diferencias por género (174), tradicionalmente se ha asociado el género masculino (66) con mayor tendencia a mostrar conductas estigmatizadoras. Supuestamente, y según la teoría del contacto (176), se esperaría mayor tolerancia entre las mujeres ya que ellas sufren más frecuentemente trastornos mentales y están más familiarizadas. Por otro lado, de acuerdo con Link y Phelan (8), las mujeres, por pertenecer a un grupo con menos poder, estarían en mayor riesgo de sufrir estigmatización. Según Holzinger et al. (79), en realidad no parece que las mujeres, salvo excepciones, muestren actitudes más positivas hacia la enfermedad mental que los varones. Sin embargo, cuando ella es la que enferma, recibe menos rechazo público que los varones.

En relación a la búsqueda de tratamiento no se aprecian diferencias respecto al informal (no médico) aunque sí en relación al especializado, que buscan más fácilmente las mujeres. También parece que ellas valoran de forma más favorable los resultados terapéuticos y que conceden más importancia al aspecto psicosocial de la enfermedad, por lo que son más partidarias de la psicoterapia.

También se han detectado diferencias por género en relación a las actitudes mostradas por psiquiatras. Las mujeres tenderían a mostrar actitudes “más liberales” que sus colegas varones, aunque se mostraban más pesimistas sobre la recuperación de las personas con esquizofrenia (177). Por su parte, los varones son más proclives a mostrar conductas estigmatizadoras y distancia social (102).

Parece que las diferencias por género comienzan en la infancia (151). Jorm y Wright (173), tras años de trabajo e investigación con jóvenes en Australia, plantean que estas diferencias se traducen de forma compleja en la población adolescente. Los autores consideran que, de forma general, las actitudes estigmatizadoras están más presentes entre los varones pero que ellos son menos proclives a percibir estigma procedente de otros, aunque se ha postulado que este hecho pudiera estar en relación con un menor nivel conocimiento de los tópicos relativos a la salud mental. Los autores han encontrado estas diferencias de forma constante y repetida en

sus trabajos, y el hallazgo se mantiene tras la exposición a campañas de sensibilización, por lo que consideran que además del conocimiento existen otros factores. Entre adolescentes andaluces (178) el patrón de respuesta tras la conclusión de un programa anti-estigma fue diferente entre los varones, quienes mostraban menor intención de segregar a personas con diagnóstico de trastorno afectivo, y las mujeres, quienes referían mayor intención de evitar a dichas personas. Sin embargo, a la hora de enamorarse las mujeres apuntaban como factor relevante la personalidad, relegando el padecimiento de la enfermedad mental a un segundo plano, a diferencia de lo que hacían los chicos.

En una reciente publicación, Pedersen y Paves (179) profundizan en el papel del género en función del aspecto del estigma analizado. Analizan las diferencias entre el estigma percibido y el estigma personal (n= 386 estudiantes). En general los participantes referían un mayor nivel de estigma percibido que personal, efecto especialmente significativo en las mujeres, en línea con lo referido por Jorm y Wright (173). Por otro lado, encontraron un mayor grado de actitudes negativas en relación con el tratamiento, asociadas al estigma público y al género masculino, lo que parece confirmar las conclusiones de Holzinger et al. (79).

2.5.4. Familiaridad

Se define familiaridad (o contacto previo) como el conocimiento de la enfermedad mental a través de experiencias directas con personas diagnosticadas. Se han propuesto dos teorías como marco conceptual para entender el papel del contacto en la disminución del estigma: la ya descrita Teoría de la Atribución Causal (7) y la Teoría de la Re-categorización (55). La Teoría de la Re-categorización proviene de las aportaciones de Allport (6) a propósito del contacto inter-grupo. Al entrar en contacto con un miembro externo, a través de la interacción social, se producen cambios en cómo se le clasifica, dejando el “ellos” para incluirlo en el “nosotros”. La interacción puede poner en marcha procesos de re-categorización de las personas y el desarrollo de nuevas ideas y actitudes. En las condiciones adecuadas (180) de igual estatus, objetivos comunes, cooperación dentro del grupo y apoyo institucional, el contacto puede redundar en la disminución de prejuicios, es decir, en el componente emocional del proceso de estigmatización. Los hallazgos de Pettigrew y Tropp (176) publicados en el 2006 apoyan esta teoría. En su metaanálisis analizan 515 estudios de interacción realizados con distintos grupos sociales y en diferentes contextos. Concluyen que la teoría del contacto, desarrollada inicialmente para explicar la integración racial y étnica, puede ser extendida a otros grupos. También ellos encuentran que si bien las condiciones óptimas referidas por

Allport no son imprescindibles sí que contribuyen a optimizar los resultados de la interacción y disminuyen en mayor grado el prejuicio.

Parece que la re-categorización basada en la experiencia podría actuar predominantemente sobre las atribuciones de responsabilidad, disminuyendo la reacción de culpa y generando simpatía (34). También se ha señalado a la empatía como un factor mediador en el contacto directo (181). El contacto se relaciona a la inversa con el estigma y contribuye a mejorar el conocimiento sobre la enfermedad mental, reducir actitudes negativas (66) y minimizar la distancia social (71). A su vez, esta distancia social correlaciona con posturas autoritarias y benevolentes (71). Personas con contacto previo se muestran más predispuestas a integrar al afectado en la comunidad y a emplearle (182).

La familiaridad puede actuar tanto retrospectiva como prospectivamente en la reducción de puntos de vista estigmatizadores (183). Constituye un elemento importante en la definición de las estrategias de intervención (55) basadas en el contacto directo. El testimonio de los usuarios ha mostrado ser el factor con un mayor y más duradero impacto en términos de reducción del estigma (184).

2.6. GRUPOS DE ESPECIAL RELEVANCIA EN LA GESTIÓN DEL ESTIGMA

Cuando se habla del estigma, se habla de la necesidad de erradicarlo. Diferentes grupos van a resultar especialmente significativos en relación al proceso de estigmatización, bien por su relación directa con los afectados bien por ser vehículos de transmisión del estigma. Los profesionales de la salud, especialmente los de la salud mental, constituyen la puerta de entrada al tratamiento por lo que forman un grupo con alto potencial desestigmatizador. Cuidadores, familiares y amigos son salpicados por el “estigma de cortesía” y sufren el mismo tipo de discriminación que sus allegados. Además, como miembros del grupo deben confrontarse con sus propios estereotipos ante el diagnóstico del ser querido, lo que condiciona la relación y los convierte a menudo en víctimas del auto-estigma. Los medios de comunicación y las redes sociales ayudan a promover o condenar cualquier concepto. Hasta la fecha se identifican como potentes enemigos en la lucha contra el estigma por su papel de difusores de estereotipos negativos y vendedores de un sensacionalismo fácil, que asocia la enfermedad mental con la violencia y la peligrosidad. No obstante, poseen un potencial de apoyo que puede ser optimizado. Los jóvenes son especialmente permeables al aprendizaje. Concienciarlos de lo erróneo de ciertos estereotipos contribuye a que desarrollen como adultos actitudes más tolerantes hacia las minorías. Además, cuando lo necesita, el joven se apoya en su grupo de

referencia, por lo que sensibilizar al medio para acoger al que demanda ayuda se convierte en una herramienta con posibilidades preventivas.

2.6.1. Profesionales Sanitarios

Goffman describe en su libro “Internados” (26) las relaciones entre los residentes en una institución manicomial y los técnicos como la propia entre dos grupos diferenciados (“nosotros” vs “ellos”). El distanciamiento genera tensión entre médico y paciente, lo que interfiere en los intereses comunes de facilitar la recuperación del afectado. La percepción que los usuarios tengan de los profesionales puede condicionar el acceso a los servicios. Los profesionales sanitarios pueden ser emisores de conductas estigmatizadoras, al tiempo que se ven afectados por el denominado estigma de cortesía (141).

2.6.1.1. Estigma percibido por los usuarios y cuidadores

Los usuarios se quejan de recibir conductas estigmatizadoras por parte de los profesionales que los atienden, siendo despojados de su identidad. Perciben castigo, bajo la amenaza encubierta de coerción y tratamiento involuntario. Además, consideran que no se les informa sobre la enfermedad y el tratamiento, que se les trata con condescendencia y se les excluye en la toma de decisiones, al tiempo que se les trasmite falta de confianza en el pronóstico, lo que redundaría en desmoralización (171). El estigma percibido por los usuarios puede traducirse en reticencia hacia el tratamiento (179). Ya en los años sesenta Phillips (185) encontró que en función al estigma percibido los usuarios procuraban ayuda entre distintos profesionales. Acudían preferentemente al sacerdote y sólo en última instancia consultaban con el psiquiatra. Además, los usuarios de servicios de salud identifican a los médicos como un grupo necesitado de programas formativos dirigidos a contrarrestar el estigma, aunque no siempre este tipo de intervenciones revierte en la relación terapéutica (186).

También las familias han mostrado una percepción negativa en relación a los profesionales y a la atención psiquiátrica que reciben (96). Schulze y Angermeyer resumen los resultados de los grupos focales realizados con personas con enfermedad mental y sus familias (147). Los tópicos más reseñados son la percepción de falta de interés en ellos como personas; el pronóstico negativo; el peso de la medicación en el tratamiento; y los efectos secundarios, que repercuten en la calidad de vida, socialización y autoestima del enfermo. Refieren sentirse reducidos a la enfermedad y a sus déficits, desalentados por el mensaje subliminal de no recuperación y riesgo de suicidio que se les trasmite.

2.6.1.2. Actitudes de profesionales sanitarios

La WHO (14) y otras instituciones como la Mental Health Commission de Canadá (187) también señalan a los profesionales como objetivo prioritario de los programas anti-estigma por su potencial como vehículos de transmisión de estereotipos positivos. Para ello, es importante que los profesionales, y los psiquiatras especialmente, sean conscientes de los aspectos identificados como críticos en el refuerzo de la discriminación: el empleo de etiquetas diagnósticas por encima de la persona, el lenguaje empleado, el refuerzo de actitudes negativas, y la falta de implicación en la defensa de los derechos civiles de las personas a las que tratan (127). Al mismo tiempo, los profesionales pueden colaborar de forma activa en la erradicación del estigma, revisando sus propias creencias, reforzando la implicación de los usuarios en los programas de los servicios y en las campañas anti-estigma, apoyándolos en su integración en la sociedad, y protestando de forma activa ante situaciones de discriminación (141).

Durante la década de los cincuenta y los sesenta surgieron numerosos estudios sobre las actitudes hacia la enfermedad mental. Entonces Rabkin (105) planteó que un mayor grado de formación y experiencia profesional se relacionaba con actitudes más tolerantes y menos restrictivas hacia los enfermos, mayor conciencia de las fortalezas de los afectados y mayor optimismo en la evolución. Siguiendo con esta línea de trabajo, cuatro décadas después el Royal College of Psychiatrists (177) en Gran Bretaña indagó en las creencias de sus afiliados en relación a la enfermedad mental. Comparadas con las de la población general, los psiquiatras mostraban actitudes más positivas, con menor preocupación por la peligrosidad y la culpa. No obstante, aunque consideraban que los afectados mejorarían con el tratamiento, se mostraban ambivalentes en relación a la recuperación completa.

Puede que las creencias de los profesionales no se traduzcan en comportamientos reales, lo que explicaría la percepción de los usuarios. El denominado efecto “not at my backyard” consiste en verbalizar ideas abiertas y flexibles, siempre y cuando no afecten personalmente. Comparando actitudes de los psiquiatras suizos con las de población general, en relación a la psiquiatría comunitaria y a la distancia social, Lauber et al. (188) encuentran que aunque se muestran más partidarios de la primera, no muestran diferencias en relación a la distancia social, verbalizando las mismas reservas y limitando el grado de cercanía a relaciones poco próximas. Resultados similares encontraron Reavley et al. (102) recientemente en un análisis comparativo sobre las actitudes de diferentes profesionales de salud: psiquiatras (n=506), psicólogos (n=498), médicos de familia (n=518), y el público general (n=6019) hacia diferentes

trastornos mentales (depresión con y sin ideas de suicidio, esquizofrenia precoz y crónica, estrés post-traumático y fobia social). Los profesionales asumían en menor medida las atribuciones de debilidad de carácter y de peligrosidad que la población general. No obstante, los médicos de familia referían ambos estereotipos en mayor medida que los especialistas. En relación a la distancia social, los profesionales se igualaban al resto de la población.

Resulta importante determinar hasta qué punto es real que un mayor nivel de formación derive en mejores actitudes. El Royal College of Psychiatrists analizó actitudes de psiquiatras y estudiantes de medicina (n=832) hacia diferentes tipos de enfermedades (189) y sí que encontró que la experiencia mejoraba las actitudes. Ay et al (190), comparando estudiantes del segundo y último año de Medicina, también detectaron actitudes más positivas entre los mayores. Paradójicamente, la proporción de estudiantes que consideraban la esquizofrenia como incurable, crónica y peligrosa fue mayor entre los más adelantados. También enfermeras con formación especializada o con mayor experiencia mostraban actitudes más positivas hacia las personas con enfermedad mental que trataban (191). Por este motivo se ha sugerido que los programas formativos que faciliten el contacto con personas diagnosticadas y ofrezcan una visión holística de la enfermedad pueden ayudar a formar una opinión más ajustada a la realidad. Experiencias como la de Magliano (129) en Italia, que puso a estudiantes en contacto directo con personas aquejadas de enfermedad mental, pueden resultar de interés.

2.6.1.3. Estigma de cortesía

Los profesionales que trabajan en el campo de salud mental se ven afectados por el estigma de cortesía y son menos valorados que los de otras especialidades médicas. En una revisión de la literatura realizada por la WPA (142) se señala a la Psiquiatría y a los psiquiatras como víctimas del estigma que rodea a la enfermedad mental:

- Las actitudes negativas se expresan a distintos niveles: público general, usuarios, cuidadores, estudiantes de Medicina, profesional sanitario y los propios psiquiatras.
- La imagen de los profesionales de la salud mental proyectada por los medios de comunicación suele resultar poco realista. Los principales estereotipos relativos a la Psiquiatría incluyen la identificación de los servicios hospitalarios con prisiones y el carácter incompetente y manipulador de los psiquiatras.
- El bajo estatus de la Psiquiatría dentro de la profesión médica se aprecia en una menor retribución económica y en el escaso prestigio de los psiquiatras entre otros especialistas, quienes los tildan de faltos de fundamento científico.

- El estigma asociado a la Psiquiatría repercute en los usuarios y puede afectar la búsqueda de ayuda y la adhesión a los servicios.
- Algunos países encuentran dificultades para reclutar psiquiatras entre los estudiantes de Medicina.

Esta situación ha motivado el lanzamiento por parte de la WPA de una campaña para combatir el estigma asociado a la Psiquiatría y a sus profesionales. Con el fin de evaluar sus resultados se ha diseñado, y traducido a diferentes lenguas, un cuestionario de medida de actitudes estigmatizadoras hacia los profesionales de la salud mental y hacia la especialidad (192).

Por su parte, cuando son ellos quienes padecen trastorno mental, los profesionales muestran reticencia a aceptarlo, siendo el estigma una de las principales razones para hacerlo (193). El miedo al estigma entre sus colegas condiciona la demanda de tratamiento entre profesionales, por delante de factores como la confidencialidad, las implicaciones en la carrera profesional o la calidad de los cuidados (194). Reavley et al. (102) encontraron que tanto los psiquiatras como los médicos de familia recelaban igual que el resto de la población de ser estigmatizados en caso de padecer enfermedad mental, lo que parece explicar el secretismo. No obstante, algunos profesionales lo han reconocido públicamente, empleándolo como mensaje de empoderamiento (195): Kay Jamison (196) en su libro “Una Mente Inquieta: testimonio sobre afectos y locura”, Patrick Corrigan en sus ponencias públicas (197) y Robert Liberman (198) en su trabajo con los usuarios, son algunos de ellos.

2.6.2. Cuidadores y Familias

El estigma afecta al entorno del enfermo en diferentes aspectos. Por un lado deben afrontar el estrés de la enfermedad, la preocupación por su allegado y los cambios que ésta va a generar en la dinámica familiar. Además, han de lidiar con sus propios estereotipos y prejuicios en relación a la enfermedad mental. Por último, reciben el estigma de cortesía. Así, a la dificultad de asumir la enfermedad y el rol de cuidador, se superpone la sobrecarga del estigma.

2.6.2.1. Actitudes de cuidadores y familias

Al recibir el diagnóstico de una enfermedad mental se activan las creencias que afectado y familiar tienen respecto a ella. Estudios datados en la década de los 50 analizaron la relación de mujeres con sus maridos alcohólicos, caracterizadas por la atribución de culpa, la negación pública y el secretismo respecto a la dolencia. Se ha postulado que este vínculo pudiera estar en relación con la corriente psicoanalítica preponderante en la época. Sin embargo, y a pesar

del desarrollo de posturas biologicistas, el resultado de los estudios posteriores muestra que la situación continúa siendo similar en el seno de las familias (20). A semejanza de lo que ocurre en el resto de la población, los atributos de imprevisibilidad, peligrosidad y responsabilidad son los más habituales. Como respuesta, es frecuente que los afectados sean culpabilizados (199). Quienes culpan a sus allegados por padecer el trastorno mental reaccionaron con más rabia, menor actitud de ayuda y mayor tendencia a la evitación y a apoyar tratamientos coercitivos (7). A ello se suma la preocupación por las consecuencias del estigma en la vida del enfermo, principalmente a nivel de su autoestima, dificultad para hacer amigos, encontrar trabajo y aceptar la enfermedad (96).

El estigma afecta a las relaciones familiares y disminuye la autoestima de los cuidadores (96). La intensidad del sufrimiento emocional puede ser tal que llegue a afectar a los pensamientos de muerte, tanto en relación con el familiar afectado como con uno mismo (199). Magliano et al. (200) observaron que los familiares tenían más dificultades para reconocer la competencia del enfermo y adoptaban posturas más restrictivas en relación al ejercicio de sus derechos civiles que los profesionales y que la población general. Esta actitud pudiera estar en relación con el peso de la sobrecarga familiar derivada de facilitar los cuidados (199). Un 77% de las familias considera que el peso del cuidado recae principalmente en ellos, mientras que sólo un 29% de los profesionales y un 47% del público comparten esta percepción. La hostilidad familiar puede tener consecuencias en el curso evolutivo de la enfermedad y se ha relacionado con mayor incidencia de actos violentos (88). La sobrecarga del cuidador predice peor evolución en pacientes con trastorno bipolar. En la fase de recaída incrementa el riesgo de aparición de otro episodio mayor a los siete meses de evolución. En fase de estabilización, la presencia de síntomas leves correlacionaba con riesgo de recaída a los quince meses de seguimiento (153).

2.6.2.2. Estigma percibido

El estigma percibido o anticipado es el que parece impactar más en el bienestar de los familiares. Los cuidadores esperan rechazo social. Struening et al. (134) objetivaron que el 70% de los cuidadores anticipaban el rechazo de su allegado, y el 43% esperaba que la discriminación se extendiera al núcleo familiar. Este estigma percibido se ha asociado positivamente con el nivel educativo de la familia, que a su vez correlaciona con un nivel más alto de expectativas previas al diagnóstico (201). Es mayor entre familiares de mujeres y en las primeras fases de la enfermedad (201, 202). También entre familiares que no conviven con el afectado, en cuadros de menor severidad sintomática (201) y entre quienes residen en zonas urbanas (155).

El miedo al estigma puede condicionar las estrategias de afrontamiento empleadas por la familia (155), quienes fácilmente recurren a la ocultación total o parcial de la enfermedad (201). Entre un cuarto y la mitad de los cuidadores prefieren ocultar su relación con el enfermo como medio de evitar la vergüenza de la familia (31). En lo que sería un proceso de auto-estigmatización, vergüenza y culpa se asocian con actitudes de aislamiento y de evitación social por parte de los familiares, que empobrecen la red de relaciones interpersonales (199). En su estudio, Magliano et al. (200) hallaron diferencias significativas en la proporción de familiares que sostenían la atribución psicosocial (68%) frente a profesionales (20%) y público general (34%). Los autores plantean que la minimización de los factores biológicos pudiera ser un intento de escapar de la culpa asociada a la trasmisión hereditaria de la enfermedad.

No sólo se espera rechazo por parte del medio. Una queja frecuente es a propósito de los mensajes ambivalentes emitidos por parte de los profesionales: por un lado son considerados elementos nocivos en la patogénesis del trastorno, culpabilizándolos; y por el otro, se da por asumido su rol de cuidadores (203). También encuentran dificultad para acceder al sistema de apoyo social. En relación a las fuentes de apoyo, los cuidadores destacan a otros miembros de la familia o del grupo de amigos; menos frecuentemente del ámbito laboral o de los servicios psiquiátricos (199). Además de facilitar el acceso a los servicios, las familias consideran que otras medidas podrían ser de ayuda. Entre ellas, ser informados de forma adecuada, el soporte de otras familias y el avance de la investigación y del conocimiento sobre la patología mental (96).

También en otras culturas el estigma percibido constituye un problema importante para afectados y familias. Un 75% de familiares de etíopes diagnosticados de trastorno mental grave referían estigma percibido. Al 42% de ellos le preocupaba las consecuencias, ya que se sentía tratado de forma diferente, por lo que un 37% ocultaba la enfermedad (155). En Nigeria, a pesar de las altas tasas de rabia y de estigma recibido, más de dos tercios de los cuidadores se alegraban de su rol y escogían el cuidado en casa frente a la hospitalización. La mayor parte de las familias referían que el cuidado del enfermo les había acercado emocionalmente (72). En China, la enfermedad mental atenta contra el honor de la familia y conlleva un alto grado de vergüenza y ocultación, hasta el punto de que su presencia invalida y desacredita a los ancestros familiares (23). A las familias indias les preocupa el rechazo social y el matrimonio del enfermo, lo que se asocia con ocultación, tristeza y depresión. Esta puede ser la razón por la que familias hindúes mostraran actitudes más estigmatizadoras que las musulmanas y las cristianas (202).

2.6.2.3. Estigma de cortesía

Tal y como temen, las familias pueden acabar siendo consideradas parte de la enfermedad mental y padecen el estigma de cortesía, hecho que probablemente no ocurra en enfermedades físicas. Corrigan et al. (31) compararon la actitud pública de la población estadounidense (n= 968) frente a familiares de enfermos con esquizofrenia, dependencia de sustancias y enfisema pulmonar. Aunque la tasa de estigmatización no era alta para ninguna de las patologías, en las dos condiciones psiquiátricas los progenitores eran más responsabilizados de la enfermedad (dependencia–esquizofrenia, $p<0.0001$; dependencia–enfisema, $p<0.001$) y recaídas de sus hijos (dependencia–esquizofrenia, $p<0.0001$; dependencia–enfisema, $p<0.001$). Por otra parte, también eran más compadecidas ($p<0.05$).

Además de con el tipo de trastorno, el estigma de cortesía se relaciona con el rol familiar. Los adultos familiares en primer grado (padres y esposos) son más responsabilizados que los hijos de enfermos (31) y tienen más dificultades para establecer relaciones sociales (199). Como puede apreciarse, el impacto del estigma en las familias incrementa el coste subjetivo de la enfermedad mental. El estrés emocional afecta al 83% de las familias, es frecuente la aparición de sentimientos de minusvalía y depresión, y hasta un 10% reconoce presencia de ideas de suicidio (199).

Dada la repercusión del estigma en el proceso de tratamiento y rehabilitación de los usuarios, parece importante desarrollar programas dirigidos a reforzar las estrategias de afrontamiento, la autoestima y el empoderamiento de los cuidadores. Además, los grupos de soporte familiar pueden resultar útiles para abordar el auto-estigma (154).

2.6.3. Medios de Comunicación

Los medios de comunicación, difusores de cultura y tendencias sociales, desempeñan un papel crucial en la lucha contra el estigma. Las intervenciones anti-estigma tratan de minimizar su papel como transmisores de ideas negativas relativas a la enfermedad mental y de reforzar la difusión de ideas positivas. Aunque se ha postulado que este tipo de intervenciones resultan útiles en la reducción de discriminación, conforme a los resultados de la revisión sistemática publicada en el 2013 por Clement et al. (204), no hay suficiente evidencia para determinar dicho efecto.

2.6.3.1. Imágenes de la enfermedad mental en los medios de comunicación

La tendencia de los medios de comunicación, salvo excepciones, es a representar los trastornos mentales de forma negativa e imprecisa, siendo escasa la presencia de noticias sobre personas diagnosticadas que realizan una vida normalizada y satisfactoria (35). El volumen de noticias referentes a la enfermedad mental en la prensa escrita es escaso en comparación con lo que sucede en los contenidos de ficción y entretenimiento de la televisión o el cine (205). Aunque puede variar conforme al medio y a la época estudiada, los estereotipos más comúnmente referidos son (206, 207) los de persona peligrosa, asociado a homicidio e imprevisibilidad; simple y añorada; socialmente improductiva; el espíritu libre y creativo que no se sujeta a normas; el seductor, que en papeles femeninos se asocia a hipersexualidad y ninfomanía; y el iluminado o el extravagante, espécimen de zoológico. De todos ellos, la peligrosidad es el estereotipo más frecuentemente encontrado en las imágenes transmitidas por los medios (208). Puede asociarse a violencia y agresividad o ser consecuencia de la incompetencia del personaje. Los programas americanos parecen otorgar más peso a la primera dimensión, mientras que en los neozelandeses predomina la segunda (207).

Longitudinalmente se viene observado un creciente interés de los medios por las noticias relacionadas con la enfermedad mental, aunque no parece que haya cambiado el abordaje de la misma. Wahl y Kaye (209) analizaron la evolución de periódicos americanos entre los años 1965 y 1988. Parece que las noticias llegan a más público, con un incremento en el volumen y en el número de medios que las publican. Conforme avanza el conocimiento, incrementa el número de artículos dedicados a trastornos específicos, desaparecen referencias a tratamientos en desuso y algunos vocablos se abandonan, reflejando las tendencias sociales. En estudio publicado en el 2013, Murphy et al. (210) revisan la evolución de los contenidos de los cuatro principales periódicos británicos durante una década (diciembre 1998-noviembre 2008). Aunque se aprecia un incremento de la tasa de artículos referentes a la salud o enfermedad mental, continúa primando el lenguaje peyorativo. Los vocablos “violencia” y “drogas” son los más comúnmente utilizados. Además, se refuerza la idea de que hay que “protegerse” de los enfermos y de que éstos son diferentes. También los medios australianos transmiten un perfil negativo. Criminalidad y peligrosidad aparecen en la mitad de las publicaciones analizadas, mientras que sólo un cuarto de ellas se hacen eco de noticias positivas (208). Algo similar ocurre en Nueva Zelanda. De entre una muestra de 600 noticias, el 61% reflejaban peligrosidad y el 47% criminalidad. A las representaciones positivas, incluyendo derechos humanos y logros de personas con enfermedad mental, sólo se destinó un 27% del espacio informativo (208). Muñoz et al. (205) analizaron la postura de los principales medios de

comunicación españoles. Detectaron un escaso seguimiento del tema, alejado del rigor informativo y con mayor presencia en secciones de Cultura y Deporte que en Salud y Sociedad. La terminología relacionada con los trastornos mentales se empleaba abusiva, incorrecta y peyorativamente. Los vocablos más usados pertenecen a la familia lingüística de la locura, seguidos de otros que describen síntomas positivos de la esquizofrenia. Una cuarta parte de las noticias incluían contenidos estigmatizadores, destacando los estereotipos de peligrosidad e imprevisibilidad. A pesar de que las diferencias entre medios de comunicación eran escasas y no significativas, los resultados apuntaban a un mejor tratamiento del tema de la enfermedad mental en la prensa escrita que en radio y televisión.

El desequilibrio en el contenido de las noticias parece ser fruto de políticas de comunicación de base economicista que deciden apostar por el sensacionalismo de la enfermedad mental (211). Sin embargo, los medios pueden convertirse en un aliado en función del tipo de mensaje que transmitan. Los nuevos soportes de comunicación como el WhatsApp y las redes sociales han adquirido un importante papel como herramienta de comunicación, especialmente entre los jóvenes, con un papel prometedor en promoción de la salud mental y en la difusión de mensajes anti-estigma (212). También el programa “Time to Change” (<http://www.time-to-change.org.uk/timetotalkday>) está empleando las nuevas tecnologías. La campaña llama a la acción a través del slogan “Time to Talk”, difundido de forma masiva a través de diferentes medios de comunicación (televisión, radio, prensa, cine, anuncios en la calle y on-line) dos veces al año. Saber de la campaña se asocia, a corto plazo, con incremento del conocimiento sobre salud mental ($B=0.80$, CI 95%; 0.52–1.08), actitudes más favorables (OR 1.37, IC95%; 1.10–1.70) menor peso del estereotipo de peligrosidad (OR 1.41, IC95%; 1.22–1.63) y cambios en la intención de comportamiento ($B=0.75$, IC95%; 0.53–0.96) (213).

2.6.3.2. Actitudes de la ciudadanía

Resulta importante determinar la repercusión de la información transmitida por los medios en la opinión pública y como modela actitudes y comportamientos. Aunque no son muchos los estudios al respecto, parece existir relación entre ambas dimensiones. Wahl y Lefkowitz (214) analizaron el impacto entre estudiantes de psicología de una película protagonizada por un asesino con enfermedad mental. Un grupo de ellos vio la película, otros la vieron acompañada de un tráiler que aclaraba que enfermedad mental y violencia no son sinónimas. Un tercer grupo asistió a una película en la que el crimen cometido no se asociaba a enfermedad mental. No se encontraron diferencias entre los espectadores de los dos primeros grupos, que verbalizaron mayor autoritarismo y distancia social, con disminución de la benevolencia, que

los del grupo control. Por su parte, Angermeyer y Matschinger (63) estudiaron el efecto de noticias de asesinatos cometidos por personas diagnosticadas de enfermedad mental en ocho muestras representativas de la población alemana. Se observó que tras cada noticia incrementaba la distancia social. Posteriormente disminuyó de forma progresiva pero dos años después aún no había regresado al nivel basal.

Desde el punto de vista de los usuarios, parece que la influencia de los medios de comunicación es relevante (62). Alemanes diagnosticados de esquizofrenia asociaban la mayor parte de sus experiencias negativas a imágenes transmitidas en medios de comunicación (147). Las familias de americanos identifican las principales fuentes emisoras de estigma: personajes de locos en las películas; noticias de tragedias protagonizadas por enfermos mentales; uso coloquial de palabras como loco; y bromas sobre la enfermedad (96).

Es de destacar el efecto estigmatizador de los medios en el público infantil. Programas dirigidos a menores de diez años transmiten de forma sostenida información sobre la enfermedad mental, focalizándose en sus características negativas, en claro desequilibrio con las positivas (215). Wilson et al. (53) ahondan en la representación de la enfermedad mental en programas infantiles, analizando el contenido de dos canales en la televisión neozelandesa: el 46% de los episodios mencionaba la enfermedad mental. Cuando se hace referencia a ella, se asocia con juicios de valor sobre acciones de los personajes, más que con el carácter o estado mental de éste. Se menciona principalmente en situaciones en las que el personaje pierde el control. Los términos más frecuentemente empleados fueron “crazy”, “mad” y “loosing your mind”. Los seis personajes identificados eran animados, de género masculino y poseían características físicas peculiares. La mitad de ellos representaban un papel cómico, fuente de diversión para el resto. Se caracterizaron como ilógicos e irracionales, hablando un lenguaje literal o anómalo. La otra mitad desempeñaba el papel de villano, representado como determinado y obsesivo, gestor de planes malévolos, secuestros y robos.

2.6.3.3. Efectividad de las campañas anti-estigma en medios de comunicación

Durante las dos últimas décadas se ha invertido considerable esfuerzo en la educación de los medios de comunicación, que han sido objeto de diferentes campañas anti-estigma. Estas campañas idealmente persiguen dos objetivos complementarios. Por un lado disminuir el peso de las historias negativas. Por el otro activar estrategias que incrementen la presencia de historias no estigmatizadoras. Clement et al. (204) publicaron en el año 2013 una revisión sistemática de 22 estudios (n= 4490 participantes), evaluando los resultados de distintos tipos de intervenciones. En 5 estudios se analiza el efecto sobre la discriminación. Los resultados

son variables y en ambas direcciones. En 19 ensayos se estudian los prejuicios, que descienden en diferente medida. El cambio a nivel de prejuicio es similar para diferentes diagnósticos (esquizofrenia y depresión). Dado que sólo tres estudios facilitaban datos al respecto, los autores no extraen conclusiones en relación al coste beneficio de las intervenciones, importante aspecto a tener en cuenta en el diseño de las mismas. Otras variables de peso que recomiendan tener en cuenta son: objetivos contruidos sobre una base científica y teórica, definición del tipo de público objetivo, intensidad de la campaña, canal empleado, creatividad, duración, tipo de mensaje emitido y contextualización dentro de una campaña social más amplia.

Aparte del valor de marketing del sensacionalismo, otras razones que justifiquen el peso de lo negativo en las noticias podría ser la falta de formación sobre salud mental de los periodistas y su falta de tiempo para profundizar en el tema. Matas (211) observó que los periodistas mostraban actitudes igual de estigmatizadoras que otros sectores de la sociedad. Por ello pueden beneficiarse de campañas educativas realizadas en el contexto laboral (216). Además, Mayer y Barry (216) proponen algunas otras medidas de soporte: facilitar a las redacciones bibliografía actualizada de fácil acceso para los periodistas; facilitar a los medios el contacto de expertos que puedan ser entrevistados cuando surgen historias relacionadas con la enfermedad mental; mantener un diálogo fluido con el editor sobre temas de salud mental; y generar líneas de información al margen de lo que se derive de sucesos específicos. Esta última propuesta iría orientada a favorecer la aparición en los medios de historias que vinculen la enfermedad mental con personas que realizan actividades exitosas en sus roles cotidianos. Se trata de una forma indirecta de contacto interpersonal o social con personas con enfermedad mental, estrategia considerada como eficaz en la reducción del estigma (176).

La mayor parte de los programas o estrategias de lucha contra el estigma en diversos países han incluido entre sus objetivos el de mejorar la imagen de la enfermedad mental y han desarrollado acciones en este sentido. En Calgary (Canadá) la campaña "Open the Doors" trabajó con uno de los periódicos locales (217). Se monitorizaron las noticias relativas a la enfermedad mental durante 24 meses, de los cuales 8 fueron previos al inicio del programa. El total de noticias positivas sobrepasaba en ambas etapas al de noticias negativas. Con todo, en el segundo periodo aumentó su número y el tiempo de cobertura, al tiempo que disminuyeron las noticias negativas. Sin embargo, desglosados por trastornos, los resultados en relación a la esquizofrenia experimentan una muy significativa inversión, con un incremento de más 100% del total de noticias y palabras negativas dedicadas. Los autores postulan que este trastorno, mediante su estrecha asociación con la violencia, pudiera llevar una tendencia independiente,

hecho a ser tenido en cuenta en el diseño de futuros programas. También en Nueva Zelanda la campaña ‘Like Minds, Like Mine’ colaboró con los medios, formándolos para potenciar imágenes positivas de la enfermedad mental. En la evaluación posterior observaron cambio en el estilo de las descripciones que realizaban, con un descenso significativo de noticias estigmatizadoras e incremento de las que no lo eran (218). “Time to Change” comparó la cobertura de la prensa hacia la enfermedad mental durante los dos años de su campaña (2009-2011), usando como referencia el año previo (2008). Detectaron un incremento significativo de los artículos anti-estigma, que no se acompañó de la reducción de los artículos estigmatizadores. Sin embargo, sí disminuyó el número de artículos mixtos o neutrales (219). También en Gran Bretaña los resultados de la campaña ‘Changing Minds’ fueron desalentadores, ya que las actitudes públicas empeoraron ligeramente (220). Durante el trascurso de la campaña hubo un incremento de noticias sobre homicidas con antecedentes de enfermedad mental, circunstancia que puede haber influido en la opinión pública. Precisamente una de las limitaciones de este tipo de estudios consiste en la dificultad de determinar hasta qué punto los resultados provienen del efecto directo de la intervención o de variables externas.

Otro recurso extendido ha sido la creación de Observatorios de Medios de Comunicación, a través de los cuales se realiza seguimiento del tipo de noticias emitidas y se promueven campañas de protesta formal contra el medio emisor. La campaña escocesa “See Me” revisa diariamente las noticias relativas a salud mental. Si la información es relevante, la organización contacta con el medio responsable: bien para felicitarle; bien para dialogar sobre las consecuencias de proyectar esa imagen negativa y sobre alternativas de uso de la información. Así, han conseguido introducir cambios en el lenguaje empleado, incrementar la presencia de artículos que recogen testimonios directos de personas afectadas, y desvincular la idea de peligrosidad y enfermedad mental (221). Además, se han creado guías de estilo para periodistas. En España algunas de estas guías han sido promovidas desde administraciones públicas y asociaciones de usuarios, como la publicada desde la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, la del Servicio Extremeño de Salud y la de la Federación Española de Asociaciones de Familiares y Usuarios de Salud Mental (FEAFES) (222). El Plan Integral de Salud Mental de la Consejería de Salud de Andalucía ha desarrollado la estrategia “1 de cada 4” (223) desde la que se ha trabajado en la sensibilización de los profesionales de la comunicación. Además, mantienen activa como herramienta comunicativa una página web (www.1decada4.es) y un Observatorio de Medios de Comunicación.

Comienza a escucharse a personajes públicos que notifican a la sociedad su enfermedad mental. En los EEUU, la asociación Substance Abuse and Mental Health Services

Administration (SAMHSA) realiza un programa Voice Awards (224) con el objetivo de reconocer aportaciones prominentes, entre ellas películas, series, escritores, actores o locutores de radio que a través de su obra hubieran caracterizado la enfermedad mental desde un punto de vista constructivo. En nuestro país recientemente ha sido publicada una novela, "Normal" (225), en la que el asesino es una persona sin diagnóstico, mientras que el inspector de policía protagonista acaba descubriendo el suyo. También en nuestro país un periodista diagnosticado de esquizofrenia, Raúl Velasco, narra en el libro "Escritofrénico" (226) la historia novelada de una persona con enfermedad mental desde la perspectiva de recuperación. Vicente Rubio (227), cineasta y diagnosticado de Esquizofrenia exhibe en la red un documental en el que graba de primera mano un viaje geográfico y mental. Sergio Saldaña, que publicó en el año 2013 su libro "Tengo Trastorno Bipolar" (228), ha realizado una interesante campaña de difusión de la que se han hecho eco los medios de comunicación, desde una perspectiva siempre positiva.

También en la red se encuentran hoy en día blogs de personas diagnosticadas de enfermedad mental que tras hacer pública su dolencia ejercen un importante papel de divulgación sobre la naturalidad de las enfermedades mentales. Entre otros:

- <https://estoycomounamaraca.wordpress.com/>
- <https://tengotrastornobipolar.wordpress.com/>
- <http://esquizoque.blogspot.com.es/>

2.7. ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL ESTIGMA

La Teoría de la Atribución (7) aplicada al proceso de estigmatización ofrece una base con evidencia, tanto conceptual como empírica, para analizar la relación entre los diferentes aspectos, identificar los constructos que deben ser abordados por un programa anti-estigma, y diseñar la evaluación del mismo. Contribuye también a identificar cuáles son los principales grupos sociales objetivo de intervención (7). Tradicionalmente se han detallado tres tipos de estrategias para combatir el estigma, clasificadas en educativas, de protesta y de contacto directo (56). A ellas, Arboleda- Flórez y Stuart (16) añadieron el abordaje del auto-estigma y una reforma estructural y legislativa, que proteja de la discriminación y facilite la incorporación al empleo, educación y alojamiento. Cualquier componente del proceso de estigmatización es susceptible de ser tratado. La mayoría de las estrategias se orientan a modificar la estructura cognitiva estereotipada. Coartando el estereotipo, se pretende abortar el prejuicio negativo y el comportamiento discriminatorio subsecuente. Dada la complejidad del proceso de estigmatización, esta relación no es siempre lineal. Los distintos componentes son resistentes

al cambio, que puede resultar transitorio. Para que se afiancen las ganancias de forma eficaz y sostenida, se recomienda articular intervenciones dirigidas a diferentes aspectos del estigma, incluido el estructural, realizadas con distintos sectores de la población. Además, es fundamental su validación empírica (8).

Durante los últimos doce años se han publicado cuatro revisiones sistemáticas de los resultados de campañas anti-estigma. De forma global, las principales limitaciones encontradas son: falta de randomización de los ensayos, ausencia de grupo control, deficiencias en la estimación del tamaño del efecto y dificultades para realizar inferencia estadística de los resultados de las intervenciones (175).

Couture y Penn (183) publicaron la primera de estas revisiones en el año 2003. Incluía 22 estudios, clasificados en retrospectivos y prospectivos. El autor concluyó que ambos tipos de programas mostraban un efecto robusto e inverso en el estigma. De entre las muchas limitaciones del trabajo, la principal sería que extrae conclusiones de la comparación de resultados de programas con diseños muy diferentes (175).

Cinco años después Holzinger publicó una revisión en alemán. Según recogen Griffiths et al. (175), en dicha revisión tanto la estrategia educativa como la de contacto arrojaron resultados positivos para el cambio de actitudes, con menor impacto a nivel comportamental. Los resultados se habían categorizado de forma dicotómica, en positivos y negativos, sin tener en cuenta el tamaño del efecto y la inferencia estadística. Tampoco incluyó algunos estudios relevantes, y el resumen de métodos y variables no fue exhaustivo, por lo que la revisión adolece de serias limitaciones.

Por su parte Corrigan et al. (229) realizaron una revisión sistemática de 72 estudios (n=38364) publicados hasta octubre del 2010, en la que incluyen programas con y sin grupo control y en diferentes lenguas. Concluyeron que tanto el contacto directo como la educación resultaban eficaces en la disminución del estigma en población adulta y adolescente. La estrategia que tuvo más impacto en adultos fue la de contacto, mientras que en adolescentes fue la educativa. El contacto directo interpersonal resultó más eficaz que a través de formato audiovisual, aun siendo las dos modalidades útiles. Las campañas de protesta no parecieron mostrar efecto significativo en la reducción del estigma. Como limitaciones de la revisión, se señala el no considerar el tamaño del efecto de forma apropiada y el investigar un único tipo de estigma y tan sólo tres tipos de estrategias (175).

La más reciente revisión sistemática ha sido publicada por Griffiths et al. (175) en el año 2014 y trata de superar limitaciones de las anteriores. Se trata de un metaanálisis de programas anti-estigma controlados y aleatorizados. En la evaluación de los mismos se diferencia entre las diferentes herramientas empleadas y los distintos tipos de estigma: 19 programas dirigidos al estigma público o distancia social (n=6318); 6 para el estigma percibido (n=3042); y 3 para auto-estigma (n=238). Los resultados muestran que, cuando se combinan los resultados de todos los estudios, las intervenciones derivan en un pequeño pero significativo cambio en la reducción del estigma personal, independientemente del tipo de enfermedad y de intervención ($p < 0.001$). Lo mismo ocurre si se restringe a entidades particulares como depresión ($p < 0.01$), psicosis ($p < 0.01$) o enfermedad mental de forma general ($p < 0.01$). En el análisis por tipo de intervención, las educativas (solas o en combinación con otra estrategia) mostraron de forma consistente reducción del estigma social para diferentes tipos de enfermedades ($p < 0.001$), con excepción de la psicosis, para la cual la intervención educativa sola no conseguía cambios. También las intervenciones que incorporaban el contacto directo resultaron útiles ($p < 0.001$) aunque, dado el pequeño número de estudios que empleaban exclusivamente esta estrategia, no puedo evaluarse el efecto del contacto por sí mismo. Los programas que empleaban el contacto a través de internet resultaron igual de eficaces que los presenciales. Aunque fueron pocos los estudios que analizaron la repercusión a nivel del estigma percibido y del auto-estigma, no se encontró evidencia de su efectividad. Se validaron las intervenciones dirigidas específicamente a depresión y psicosis. Prácticamente no se encontraron estudios dirigidos a otras entidades como la ansiedad, trastorno bipolar, trastorno de pánico, fobia social, trastorno por estrés postraumático y alteraciones de la conducta alimentar. Los autores señalan entre las limitaciones del metaanálisis la escasez de programas anti-estigma específicos para determinados trastornos, y de programas basados exclusivamente en el contacto directo. Este hecho se vio agravado por los criterios de inclusión, que restringieron el análisis a aquellos ensayos redactados en inglés y que facilitaban los datos necesarios para el cálculo del tamaño del efecto. Concluyen que, aunque los datos parecen hablar a favor del papel de estos programas para mejorar el estigma público, ésta no es consistente. Como desafíos, sugieren profundizar en el diseño de herramientas de evaluación; desarrollar intervenciones eficaces frente al estigma percibido e internalizado; y evaluar los resultados de programas dirigidos a poblaciones específicas y/o de riesgo.

2.7.1. Protesta

Esta estrategia, que ha resultado útil en otros movimientos colectivos, trata de modificar la representación negativa de la enfermedad mental, oponiéndose públicamente a situaciones en

las que personas afectadas reciben un trato inadecuado. Al promover la protesta social se pretende hacer al público consciente de la existencia de un problema. Parece tener efecto a corto plazo, aunque su escasa capacidad para promover imágenes positivas, junto con la resistencia al cambio de los estereotipos, le resta eficacia a la hora de alcanzar cambios sostenidos y reales (34). Sin embargo, pueden provocar “efecto rebote o paradójico” (230) consistente en que al llamar la atención sobre el problema, la población se hace consciente de él y lo refuerza. Además, el empleo sistemático de la queja puede generar incomodidad en la opinión pública (55).

Distintas asociaciones han realizado protestas públicas de mayor o menor envergadura. Suelen ir dirigidas contra estamentos públicos que mantienen actitudes estigmatizadoras o contra determinados mensajes transmitidos por los medios de comunicación. De forma inmediata han conseguido la supresión temporal de conductas de discriminación institucional o la suspensión de programas televisivos (180). Los observatorios de los medios de comunicación creados por algunas asociaciones resultan útiles como impulsores de este tipo de acciones. La Paramounts Pictures cambió su estrategia de marketing de algunas películas en la secuencia de campañas de este tipo. La serie Wonderland fue retirada de la parrilla tras la presión realizada por la asociación de usuarios “National Alliance of the Mentally Ill” (NAMI) cuando se emitió un capítulo en el que una persona con enfermedad mental atacaba a una psiquiatra (57).

Esta estrategia puede contribuir a mejorar la autopercepción y la sensación de poder de los usuarios que participan en movimientos de reivindicación y protesta, en línea con la, cada vez más reconocida, importancia de la autoafirmación y del empoderamiento (34).

2.7.2. Educación

La estrategia educativa se basa en facilitar conocimiento a propósito de la enfermedad mental. Parte de la premisa de que la información disminuye la propensión a estigmatizar (30). Trata de combatir mitos y subsanar errores conceptuales sobre la naturaleza, prevalencia y características de la enfermedad mental. Persigue sensibilizar sobre la relevancia del bienestar emocional y la identificación precoz de los síntomas, al tiempo que conciencia sobre la importancia del tratamiento (180). Se ofrece información a partir de diversos materiales didácticos (libros, videos, programas de enseñanza estructurados, etc.) que idealmente debería acompañarse de la implicación activa del auditorio, fomentando la discusión y la integración de la información (231, 232).

Aunque los resultados no son universales y a menudo no se mantienen en el tiempo, esta estrategia ha demostrado su eficacia (150, 175). Parece que funcionan mejor entre quienes ya poseían un mayor nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental y estaban menos predispuestos a estigmatizar. En esta población, la información actuaría como freno del estereotipo automatizado previamente (180). Además, resulta más efectiva en el cambio de actitudes hacia el “problema en general” que hacia las personas concretas directamente afectadas (55). Las intervenciones de corta duración, de carácter exclusivamente informativo y con contenido muy general, resultan de escasa utilidad. Se recomienda que el mensaje sea definido para cada tipo de trastorno mental (73) y precisamente dirigido hacia las creencias a modificar (180). En el caso del trastorno mental grave, por su peso como estereotipos, resultan especialmente importantes las atribuciones de responsabilidad, peligrosidad e imprevisibilidad (68). Idealmente deberían dirigirse a sectores poblacionales concretos, ya que delimitar el público objetivo mejora su eficacia. Se han realizado ensayos con estudiantes de secundaria (232, 233), de medicina (129) y personal sanitario (141) entre otros. Se ha señalado la importancia de realizar programas a nivel escolar por su gran potencial y el beneficio de realizarlos precozmente. Sería interesante el poder desarrollarlos de forma temprana (234).

En relación a la perspectiva etiológica a ofrecer, los resultados son dispares. Algunos autores han realzado los beneficios de difundir el mensaje de que la enfermedad mental es un problema neurobiológico. Esta actitud, si bien contribuye a reducir la atribución de culpa, puede exacerbar otros componentes del estigma, especialmente los de peligrosidad (235) y benevolencia (68, 74). La atribución de inmadurez puede derivar en actitudes de benevolencia y proteccionismo que, aunque intencionadas, restan autonomía y competencia al afectado (180). Además, puede reforzar la idea de cronicidad (129) y el pesimismo terapéutico (220). Por su parte, la perspectiva psicosocial se centra en la importancia de los factores ambientales, tratando de reconvertir los síntomas en algo comprensible, como reacción ante eventos vitales. Estas aproximaciones se han asociado con menor distancia social (170) y puede mejorar actitudes e incrementar la confianza en el tratamiento (29). Se recomienda realizar una aproximación equilibrada, que combata los mitos sobre la enfermedad, ofrezca información fidedigna y un abordaje multifactorial en el que se incluyan aspectos biopsicosociales en relación a la etiología, el tratamiento y la recuperación (67).

La estrategia educativa se usa frecuentemente en combinación con la de contacto directo (235). Ambas, de forma independiente, han demostrado superioridad con respecto a la protesta. Sin embargo, el contacto parece superar a la estrategia educativa en población adulta (56). Además, la combinación de ambas ha demostrado influir positivamente en la búsqueda de

ayuda (236). Los hallazgos de que intervenciones realizadas vía internet alcanzan resultados tan positivos como las realizadas presencialmente abrirían un interesante campo de intervención (175), ya que ofrecen mayor flexibilidad con menos recursos económicos y personales.

2.7.3. Contacto Directo

Esta estrategia se perfila como la vía más importante para cambiar actitudes y conductas (180, 230). Se basa en las aportaciones de las ya descritas Teoría de la Atribución Causal (7) y la Teoría de la Re-categorización (55) y en los datos que confirman el peso de la familiaridad como factor protector frente al estigma (71). Aunque menos fácil de difundir que los programas educativos, las intervenciones basadas en el contacto, cuidadosamente estructuradas y estratégicamente implantadas, pueden tener un impacto significativo (180). Los resultados de los estudios parecen señalarla entre las mejores estrategias para cambiar el estigma asociado a la enfermedad mental (183, 184, 237). Además, el testimonio de los usuarios ha mostrado ser el factor con un mayor y más duradero impacto en términos de reducción del estigma (184).

Recogiendo las aportaciones de Allport (6) sobre las condiciones óptimas para el contacto, Watson y Corrigan (180) han facilitado una serie de pautas, que a su vez coinciden con las recomendaciones de la WPA (15), para optimizar el diseño de los programas y mejorar su eficacia:

- Objetivos definidos y segmentados: mensajes diferenciados para los distintos trastornos y creencias a modificar.
- Implementación en ámbitos cotidianos (p.ej.: trabajo, escuela o vecindario).
- Perfil medio de la persona con enfermedad mental, que contradiga el estereotipo pero sea “un enfermo real”. El contacto con personas que no representen el estereotipo no resulta más eficaz y puede causar un efecto rebote (180).
- Igualdad de estatus entre los participantes.
- Interacción cooperativa, evitar intervenciones tipo ponencia.
- Soporte institucional: las intervenciones escolares resultan más eficaces si cuentan con el apoyo de la dirección del centro.

Recientemente, Corrigan et al. (238) sintetizan lo que un amplio grupo de personas con enfermedad mental y experiencia en el desarrollo de programas anti-estigma consideran las claves del contacto directo:

- Elección de grupo objetivo específico y de contenidos adaptados a sus necesidades y características.
- Contenido basado en la narrativa de las personas con enfermedad mental.
- Contacto real, cara a cara, para facilitar el diálogo con la audiencia.
- Evaluación y seguimiento longitudinal después de la intervención.

Algunos de los grupos específicos propuestos en la literatura son los que han mostrado su importancia como canalizadores del estigma: medios de comunicación, personal docente y escolares, empresarios, jueces, policías y estructuras vecinales. Existe testimonio de intervenciones dirigidas, entre otros, a estudiantes de farmacia (239), medicina (240), enfermería (241), policía (242) y escolares (231, 243). Otros programas estatales, como el canadiense “Open Minds” (187) o los implantados por la asociación americana NAMI (236), emplean esta estrategia de forma sistemática en diferentes programas dirigidos a sectores específicos de la población.

Una limitación de la estrategia del contacto directo es su dificultad para ser exportada y el balance tiempo/beneficio. Se ha postulado que las intervenciones de contacto en formato audiovisual, aunque menos eficaces que el contacto en vivo (230), pudieran seguir siendo más eficaces que la intervención meramente educativa y más efectivas a nivel de coste beneficio (241). La combinación de la estrategia educativa y la de contacto directo resulta especialmente prometedora (11). Los resultados de diferentes estudios sugieren que, en población adolescente, la educación combinada con el contacto consigue mejores resultados en el cambio de actitudes que la educación por sí misma. Además, se recomienda no comenzar directamente con el contacto directo en población adolescente (19).

2.7.4. Empoderamiento

Se entiende por empoderamiento el incremento de la fortaleza personal, a partir del desarrollo de las propias capacidades y la confianza en ellas, con el fin de conseguir que mejoren sus condiciones de vida. Esta estrategia pretende facilitar que el afectado gestione el auto-estigma de manera positiva, a través de la toma de conciencia del mismo y de su uso como punto de partida en el camino de la recuperación. Trata de que, lejos de deteriorar su identidad, se constituya en vehículo para recuperarla, superando la identificación con la enfermedad y avanzando en la búsqueda de nuevos significados personales y de roles sociales. Supone recuperar el poder y el control. A partir de la indignación legítima, promueve el activismo y optimismo. Se asocia con incremento de la autoestima, mejoría en la calidad de vida y un mayor soporte social (12). El empoderamiento trataría de paliar el denominado efecto “Why to

try” (115): partiendo de la base de que no es valiosa ni capaz, la persona deja de intentar conseguir sus objetivos vitales. Los objetivos del empoderamiento son, por un lado, modificar las creencias y actitudes estigmatizadoras del individuo y, por el otro, reforzar las habilidades de afrontamiento, la confianza, la recuperación y la procura de ayuda.

El concepto de autoafirmación (o empoderamiento) sustenta hoy en día una importante línea de investigación y tiene repercusiones a nivel terapéutico. Una estrategia prometedora señalada por los expertos sería la de buscar grupos de riesgo para trabajar con ellos desde esta perspectiva. Los profesionales de la salud mental juegan un importante rol en este proceso terapéutico con gran potencial de ayuda a los usuarios (244). Se han destacado dos estrategias para facilitar el empoderamiento: la difusión pública (o “salir del armario”) y los grupos de ayuda mutua y el apoyo del igual. Durante la última década, la investigación ha profundizado en el concepto de auto-estigma y en la relevancia de las intervenciones diseñadas para paliarlo. Estos programas, tal como señalaron Mittal et al. (150) en la revisión sistemática publicada en el año 2012, arrojan resultados prometedores aunque adolecen aún de limitaciones, como la variabilidad de definiciones de auto-estigma y de las medidas de evaluación.

2.7.4.1. Difusión pública

Una forma de empoderamiento consiste en asumir y hacer pública la condición, promoviendo un mensaje de aceptación y de naturalización. Las consecuencias de este acto pueden ser positivas, tanto para la opinión pública como para el afectado (245). Se ha asociado con mejoras en la autoestima y en la calidad de vida, al minimizarse la tensión inherente al secretismo (58). La decisión de dar la cara dependerá del contexto y de la relación de la persona con la enfermedad. No es una opción generalizable ya que no está exenta de problemas añadidos si el interesado, o el medio, no están preparados. Es posible que incrementen las experiencias de discriminación y, en caso de recaída, ésta puede resultar más estresante. Especialmente sensible resulta el reconocer la enfermedad en el ámbito laboral (12). Tampoco se trata de una estrategia dicotómica. En función del riesgo que se quiera asumir, puede comunicarse la situación de forma selectiva, escogiendo los ámbitos en los que lo hace. El extremo que se ha encontrado más positivo sería el de aquellos que eligen la apertura pública e indiscriminada y la emplean para educar a la sociedad sobre la enfermedad mental (246).

Fruto del trabajo en este campo es el manual “Coming Out Proud” (114), que facilita las claves para acompañar a los afectados en el proceso de apertura. También han comenzado a

evaluarse programas de intervención en formato grupal que abordan estrategias cognitivo-comportamentales dirigidas a facilitar el empoderamiento y fortalecer los lazos con la familia y la comunidad (12). Durante los últimos años diversos personajes más o menos públicos han dado testimonio de su enfermedad ya sea oralmente o por escrito (196, 228). La revista *Schizophrenia Bulletin* mantiene regularmente una sección que cuenta historias en primera persona "First Person Account".

2.7.4.2. Grupos de Ayuda Mutua y la Ayuda del Igual

El que las personas hablen abiertamente de su enfermedad conlleva consecuencias positivas para otros diagnosticados. Conocer a personas diagnosticadas predice con mayor fuerza que cualquier otro factor la predisposición a solicitar atención (171). Se ha objetivado que un menor grado de acuerdo con la legitimidad de la discriminación se asocia con un mayor acceso a servicios sanitarios "menos estigmatizadores", como la terapia y los grupos de ayuda mutua (139). La identificación con el grupo de iguales y el apoyo mutuo son elementos terapéuticos que constituyen la base de los grupos de ayuda mutua y de la figura del igual (peer support) (247). Ambas estrategias constituyen una importante vía para promover el empoderamiento de los usuarios (12). Una ventaja de estos grupos es que las relaciones entre los iguales carecen de jerarquía, nadie es subordinado y todos pueden participar en igualdad de condiciones para alcanzar beneficios comunes (248), a diferencia de lo que ocurre con los profesionales.

En los grupos de ayuda mutua personas con enfermedad mental ponen al servicio del grupo su experiencia, estrategias y recursos desarrollados para conseguir sus objetivos e impedir la interferencia de la enfermedad. Este tipo de experiencias promueven la sensación de autoeficacia, la persona se hace consciente de su competencia y se ensalza el valor de lo vivido (115). La satisfacción con la participación en grupos de ayuda mutua y bajo auto-estigma repercuten en la calidad de vida (247).

La figura del igual es la de aquel que a partir de su experiencia presta servicio de asesoramiento y apoyo a otras personas diagnosticadas. En algunos países esta figura se integra dentro de los servicios de atención comunitarios, formando parte del equipo de técnicos, con reconocimiento profesional. Este rol se ha asociado con nueve de diez factores generados por instrumentos de recuperación y empoderamiento (160). En una revisión sistemática publicada en el año 2014 que incluye 18 ensayos (n=5597), se analiza el efecto de cuatro programas de ayuda mutua, once servicios de apoyo al igual y tres programas liderados por la figura del igual. La extensa variabilidad en las características de los participantes y en el contenido constituye un riesgo de sesgo. No se encontró que la ayuda del igual se asociara con

efectos positivos a nivel sintomático, en la hospitalización o en relación con la satisfacción con los servicios. Sin embargo, parece estar asociado con beneficios a nivel de esperanza, recuperación y empoderamiento durante y después de la intervención, dentro de que existían diferencias entre los distintos programas (249).

2.8. INSTRUMENTOS DE EVALUACION DEL PROCESO DE ESTIGMATIZACIÓN

A partir de 1940 comienzan a cobrar peso las investigaciones sobre las actitudes públicas hacia la enfermedad mental, en una época en la que se quería facilitar la integración de los pacientes institucionalizados en la comunidad (185, 250). Desde entonces y de manera progresiva se han implementado programas para erradicar el estigma. Un aspecto clave para la consecución de sus objetivos es que sean diseñados con rigor metodológico y correctamente evaluados. La limitación principal para la creación de instrumentos de evaluación radica en la dificultad de reunir en una única escala los diferentes componentes del proceso de estigmatización. Por este motivo, suelen emplearse medidas parciales y centradas en aspectos concretos del proceso. Tradicionalmente se ha abordado la medición del estigma desde tres estrategias: a través de viñetas, a partir de la observación directa del comportamiento y mediante medidas cualitativas.

Link et al. (49) publicaron en el año 2004 una revisión de los instrumentos empleados para medir el estigma asociado a la enfermedad mental. Dividió los 109 estudios en no experimentales, experimentales, cualitativos y revisiones de la literatura. Los primeros fueron los más frecuentes (60.1%), seguidos de estudios cualitativos (13.8%) y trabajos experimentales que usaban viñetas (7.3%). Los estudios se habían realizado en población general (46.8%), entre usuarios (22.0%), grupos profesionales (18.3%) o familiares (10.1%). Sólo un pequeño porcentaje (3.7%) se realizaron entre niños o adolescentes. La mayoría provienen de Norte América (50.4%), seguidos de Europa (25.2%), Asia (9.7%) y Eurasia (9.7%). Se miden con más frecuencia estereotipos (62.4%). Cuando se mide discriminación, se determina con más frecuencia de forma indirecta (58.7%) que directa (13.8%).

Los estudios que emplean viñetas utilizan pequeñas historias que retratan a una persona con enfermedad mental. Las primeras viñetas fueron diseñadas por Shirley Star (251), del National Opinions Reserch Center. En cada una de ellas describía un tipo diferente de patrón de comportamiento alterado, sin incluir información sobre el diagnóstico. En el estudio clásico de esta autora se representaron dos tipos de esquizofrenia, alcoholismo, depresión, alteración de la conducta y ansiedad grave. Se evaluaban aspectos como el conocimiento de los cuadros representados, las reacciones provocadas, las actitudes y el deseo de distancia social. A partir

de una muestra de más de 3500 entrevistados, descubrió que el público no identificaba las enfermedades mentales como tales, exceptuando los cuadros psicóticos floridos. El trabajo de Star sentó la base de numerosos estudios posteriores que fueron modificando las viñetas, adaptándolas a diferentes situaciones (10, 252). Una de las ventajas de emplear viñetas es que puede ser empleada en estudios randomizados y con diferentes tipos de población, lo que facilita testar su validez externa. El problema es que son representaciones de la realidad, no la realidad. Cuando la persona las observa no recibe la misma información que obtendría de la interacción real. En el contacto con la viñeta se estimulan esquemas cognitivos que pueden ser diferentes de los que se activarían en el contacto interpersonal. Otra limitación es que con la viñeta se mide la atribución que el participante realiza. Al tratarse de reacciones emocionales resulta complicado establecer el punto de corte a partir del cual una determinada actitud se considere positiva. Se ha propuesto que la medida se realice comparando las actitudes frente a dos situaciones: la estudiada y otra. Así, por ejemplo, sería cuestión de comparar las actitudes frente a la enfermedad mental y la física (49).

En la década de los 70 se realizaron ensayos experimentales en los que se observaba y medía el comportamiento del participante en situaciones reales. Estos estudios han constituido una base importante para la investigación en estigma. Farina y Felner (76) evaluaron la respuesta de los participantes en la interacción real con personas a las que presentaba como portadoras de enfermedad mental. Los autores replicaron los ensayos en distintos contextos y encontraron que siempre que se introducía la etiqueta diagnóstica, o se hacía referencia al historial psiquiátrico, los resultados empeoraban. En un conocido estudio, Rosenhan (253) muestra cómo son tratados voluntarios sanos cuando acuden al servicio de urgencias de un hospital e informan de que, además de las razones por las que acuden, son portadores de historial psiquiátrico. Los resultados también destacan el papel de la etiqueta como mediador de las reacciones negativas. En el año 1986 Sibicky y Dovidio (254) reprodujeron el diseño de Farina y Felner. Emparejaron a estudiantes y les informaron de si su compañero estaba o no en tratamiento psicoterapéutico. Sólo con esta información se aprecia que los compañeros en tratamientos son puntuados peor que los etiquetados de sanos. Durante tres décadas, Page (109) analizó a través de una serie de encuestas telefónicas el comportamiento de la sociedad frente a la enfermedad mental. En una de ellas los encuestadores llamaron en respuesta a anuncios de alquiler de pisos disponibles. Cuando informaban de que estaban en tratamiento psiquiátrico, disminuía la disposición de los caseros a alquilar sus propiedades.

La medida del comportamiento directo en condiciones naturales resulta difícil y, en ocasiones, se escapa a los requisitos éticos. Por este motivo, la tendencia es al empleo de medidas de

comportamiento referido, que son una determinación indirecta de la conducta, lo que no deja de constituir una limitación. La mayoría de las escalas cuantitativas empleadas en la evaluación del estigma utilizan este tipo de aproximación, determinando indirectamente la discriminación en lo que se ha denominado distancia social. La principal limitación de este tipo de evaluación es la llamada deseabilidad social: la intención de actuar de determinada manera puede estar mediatizada por lo que la persona cree que se espera de ella. Así podría dar la respuesta que considera correcta, por delante de la real. Las escalas de evaluación que se responden de forma anónima y auto-aplicada son menos sensible a la deseabilidad social que las entrevistas personales (77) . Podría resultar más fiable preguntar sobre lo que se cree que haría una persona en determinada circunstancia, en vez de preguntar directamente por lo que haría el entrevistado. La deseabilidad social resulta especialmente problemática en estudios que incluyen una evaluación pre y post intervención. Los participantes pueden imaginar que, con la repetición de las medidas, el investigador está esperando una disminución de los estereotipos tras la intervención. Ello puede condicionar la respuesta, hecho que se interpretaría erróneamente como resultado de la eficacia o efectividad del programa realizado. El diseño de un estudio controlado randomizado multifactor puede ayudar a minimizar el impacto de la deseabilidad social. En su manera más simple, se trataría de un diseño dos (grupo anti-estigma versus grupo intervención control) por dos (pre y post). En este modelo, en consonancia con el efecto de la deseabilidad social, las respuestas de los participantes en el grupo control también pueden mejorar significativamente (57). Finalmente, se han diseñado instrumentos que miden el tiempo de latencia utilizado en la emisión de la respuesta. Si la persona trata de frenar la respuesta inmediata por efecto de la deseabilidad social, el tiempo de latencia aumenta (255).

Además de las escalas cuantitativas resulta útil el uso de aproximaciones cualitativas a través de entrevistas semiestructuradas (178), de grupos focales (147) o de análisis semánticos (232), entre otros.

A continuación se revisan algunas de las principales escalas de evaluación empleadas en la evaluación de diferentes aspectos del proceso de estigmatización.

2.8.1. Medidas de Conocimiento

Se utilizan para determinar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad mental, basándose en la premisa de que el nivel de información repercute en las actitudes frente a ella (30).

- *Knowledge Test About Mental Illness (256)*
Contiene catorce preguntas relevantes en relación a la enfermedad mental grave y a la rehabilitación, que se responden dicotómicamente: verdadero/falso.
- *In Our Own Voice Knowledge Measure (257)*
Instrumento creado y empleado en la campaña que le da nombre. Consta de doce ítems que enfatizan aspectos importantes del conocimiento sobre la enfermedad mental. Según el grado de acuerdo con el enunciado, se puntúa en una escala Likert 1-7, correspondiendo la mayor puntuación a un mayor grado de conocimiento.
- *The Mental Health Knowledge Scale (258)*
Instrumento rápido, requiere sólo dos minutos para ser respondido. Analiza seis áreas de conocimiento: búsqueda de ayuda, reconocimiento de la enfermedad, soporte, empleo, tratamiento y recuperación.

2.8.2. Medidas del Nivel de Contacto Previo

Indagan en el grado de intimidad previo que ha alcanzado el entrevistado con personas diagnosticadas, ya que la familiaridad se ha asociado con cambios en las actitudes estigmatizadoras (237).

- *Level of Contact Report (73)*
Listado de doce situaciones que representan un gradiente en el nivel de intimidad que puede tenerse con personas diagnosticadas de enfermedad mental grave, desde ninguno hasta convivencia íntima. Se responde dicotómicamente (sí/no) y la puntuación final es la del apartado que representa el mayor grado de intimidad.
- *The Level of Familiarity Scale (256)*
Similar a la anterior, consta de once ítems que se diferencian en el grado de familiaridad con la persona con enfermedad mental.

2.8.3. Medidas de Actitudes y Opinión

Estas escalas cuantifican diferentes componentes del proceso de estigmatización, desde el etiquetado hasta la conducta discriminatoria, ya sea positiva o negativa.

- *Opinion About Mental Illness Questionnaire (OMI) (259)*

Desarrollada en los años sesenta por Cohen y Struening (259), quienes analizaron las respuestas de 1194 trabajadores de dos hospitales psiquiátricos. La versión definitiva consta de cincuenta y un ítems que se agrupan en cinco dimensiones representativas de las actitudes hacia la enfermedad mental: autoritarismo, benevolencia, restricción de derechos civiles, cuestiones etiológicas y similitud con otras enfermedades. Ha sido utilizada en diferentes contextos culturales ya que resulta útil por la amplitud de cuestiones que explora y porque abarca todo el espectro del proceso de estigmatización. El uso extendido a lo largo del tiempo ha permitido estudios comparativos longitudinales. Su principal desventaja es que no recoge cuestiones surgidas desde su creación, tales como las consecuencias de la desinstitucionalización y el creciente peso de los factores genéticos (49).
- *Community Attitudes Towards The Mentally Ill (CAMI) (260)*

Desarrollada por Taylor et al. (260), pretende dar respuesta a las limitaciones de la OMI, escala en la que se basa. Mantiene tres de los factores de ésta (autoritarismo, benevolencia y restricción social) a los que añade un cuarto, que mide la ideología sobre la enfermedad mental. Aunque se modificó el lenguaje empleado en la redacción original, ha sido criticada porque algunos de los enunciados pueden ser estigmatizadores por sí mismos (220). Su fuerza, con respecto a la OMI, radica en que explora actitudes hacia los tratamientos comunitarios.
- *Emotional Reaction To Mental Illness Scale (261)*

Esta escala introdujo por primera vez la posibilidad de medir experiencias afectivas en el estigmatizador. Analiza reacciones emocionales hacia personas con enfermedad mental. Los autores utilizaron la escala para evaluar dos muestras representativas de adultos en Alemania. En la primera encuesta (1990) la escala contaba con dieciocho ítems que medían diferentes tipos de respuestas emocionales. Se agruparon en tres dimensiones: emociones agresivas (furia, irritación, etc.), reacciones pro-sociales (deseo de ayuda, simpatía, etc.) y reacciones ansiosas (incomodidad, ansiedad, etc.). En la escala definitiva se incluyeron los cuatro ítems que más significativos en cada dimensión.
- *Revised Attribution Questionnaire to Measure Mental Illness Stigma in Adults (256)*

El instrumento (r-AQ 27) desarrollado por P. Corrigan fue elaborado conforme al modelo desarrollado por el autor (7) a partir de la Teoría de la Atribución Causal de Weiner (4)

con el objetivo de medir los diferentes componentes clave del proceso de estigmatización: estereotipos, respuestas emocionales e intención de comportamiento referida por los entrevistados. Se le da a leer al participante una viñeta y se realizan veintisiete preguntas. Las respuestas se agrupan en nueve constructos, constituidos por tres ítems cada uno de ellos: Culpa, Ira, Pena, Miedo, Evitación, Ayuda, Segregación y Coacción. Se puntúa siguiendo una escala Likert de 1-9, de manera que cuanto mayor es la puntuación mayor respaldo ofrece el sujeto al factor analizado. El AQ-27 ha mostrado alta fiabilidad (48) y adecuado factor estructural (68). A partir del AQ-27, los autores elaboraron una versión abreviada, con sólo nueve ítems (AQ-9), que incluía los mismos dominios, escogiendo el ítem más representativo en cada dimensión.

- *Revised Attribution Questionnaire to Measure Mental Illness Stigma in Adolescents (r-AQ8C)* (234)

A partir del AQ-9, los autores realizaron modificaciones, entre ellas del lenguaje, para adaptarlo a población adolescente. El cuestionario mostró consistencia interna en el estudio realizado con adolescentes en contexto escolar. Posteriormente Pinto et al. (262) confirmaron su validez y consistencia interna en otro estudio con adolescentes. Consta de ocho ítems puntuados según una escala Likert de 1-9 de manera que a mayor puntuación mayor es la tendencia estigmatizadora, excepto para el ítem ayuda que puntúa de manera inversa. Este cuestionario ha sido empleado por diversos estudios en población joven (243, 252, 263) y fue traducido y validado al castellano por Bono et al. (178).

2.8.4. Medidas de Comportamiento y Distancia Social

Tal y como se ha planteado previamente, la mayoría de las escalas cuantitativas determinan el comportamiento de manera indirecta, a partir de la intención de actuar de determinada manera referida por el entrevistado.

- *Social Distance Scale (SDS)* (131)

Se trata del instrumento de medida más antiguo, empleada desde su creación por muchos autores. Desarrollado por Bogardus en 1925, determina el grado de intimidad tolerable por un grupo de personas para con otras. Consiste en una serie de afirmaciones ordenadas conforme al grado de intimidad permitida, en la que se solicita a los participantes que puntúen cuál es su aceptación de determinados supuestos: si permitiría que una persona con enfermedad mental trabajara; se casara con la hija del

entrevistado; cuidara a sus hijos, etc. (49). Comprende siete ítems puntuables en una escala de 0 a 3. La suma total representa la distancia social, con puntuaciones mayores expresando mayor deseo de distancia con respecto a las personas con enfermedad mental.

- *The Reported & Intended Behaviour Scale (RIBS) (264)*
Instrumento de evaluación informatizado y rápido, que se aplica en menos de dos minutos. Infiere la medida del comportamiento a partir de la predisposición a mantener contacto con personas diagnosticadas de enfermedad mental, al tiempo que mide el nivel de familiaridad previo. (por ejemplo: en el futuro ¿viviría con alguien con enfermedad mental?, ¿está viviendo o ha vivido con alguien que tenga enfermedad mental?). En la actualidad se está realizando la adaptación de la escala para población adolescente (265).
- *Implicit Association Test (IAT) (266) y Brief Implicit Association Test (255)*
Con este test informatizado, los autores trataron de superar el problema de la deseabilidad social. El instrumento mide el tiempo de latencia de la respuesta que se emite cuando el participante asocia pares de concepto relacionados con el estímulo de interés. Al tratar de reprimir el primer impulso, en un intento de dar una respuesta más socialmente correcta, se incrementa el tiempo de latencia respecto al tiempo de la respuesta implícita. Actualmente se dispone de una versión abreviada del anterior, cuyo uso se ha extendido frente al original.

2.8.5. Medidas de Estigma Percibido

Este tipo de instrumentos analiza lo que el afectado cree que el resto de las personas opinan respecto a diferentes aspectos, tratando de examinar la anticipación de conductas estigmatizadoras.

- *Perceived Stigma Scale (49)*
Creada en el año 1987, se ha usado fundamentalmente entre personas con enfermedad mental, pero también puede ser aplicada al público general. A través de doce ítems, con formato Likert de seis puntos, se le pregunta hasta qué punto considera que las personas devalúan a los enfermos, en distintas áreas como el trabajo, la amistad o las relaciones amorosas.

- *Mental Health Consumers' Experience Of Stigma* (62)

Este cuestionario auto-administrado, publicado en 1999, incluye nueve estamentos relativos a preocupaciones o experiencias de discriminación en las relaciones interpersonales (ser tratado como incompetente, ser aconsejado que se bajen las expectativas, haber escuchado hablar mal de las personas con enfermedad mental, etc.) y otros doce ítems que miden experiencias de discriminación a diferentes niveles (negación de empleo, de pasaporte, de oportunidades educativas, de alojamiento, etc.). Los ítems se presentan en afirmaciones que se contestan como “nunca”, “raramente”, “a veces”, “a menudo” y “muy a menudo”.

2.8.6. Medidas de Auto-Estigma

Desarrolladas para la evaluación del grado de internalización del estigma respecto a uno mismo, siguiendo el modelo del proceso de auto-estigma (12).

- *Self-Stigma of Mental Illness Scale* (SSMIS) (256)

Contiene veintinueve ítems que se puntúan en escala Likert de cuatro puntos. Consta de cinco sub-escalas: alienación, acuerdo con los estereotipos, experiencia de discriminación, evitación social y resistencia al estigma. La versión abreviada, SSMIS-SF (267), trata de superar las críticas recibidas por la original por ser demasiado extensa y contener algunos términos potencialmente ofensivos que podían desanimar al entrevistado.

2.8.7. Otras Medidas

Durante las dos últimas décadas varios autores han desarrollado un importante esfuerzo para crear escalas que cubran distintos aspectos del proceso de estigmatización. Fruto de su trabajo en la línea de la recuperación y el empoderamiento de los usuarios, Corrigan et al. han publicado instrumentos de evaluación para ambas dimensiones (268, 269), junto con otras medidas de reconocimiento de la enfermedad y de autodeterminación. Estas medidas se recogen en un volumen (256) en el que también se facilitan instrumentos de evaluación y seguimiento de calidad de programas anti-estigma (57). También se han desarrollado escalas de evaluación de estrategias de afrontamiento y se han adaptado algunos de los instrumentos para realizar la medida de los diferentes tipos de estigma entre cuidadores y familiares. El estigma al que se somete a la Psiquiatría y a los psiquiatras (192) ha sido objeto de interés, así como el que muestran los proveedores de servicios sanitarios hacia sus clientes (270). El repertorio de instrumentos dirigidos a población adolescente es limitado. Exceptuando la

mencionada AQ-8, creada específicamente para adolescentes, a menudo se han empleado adaptaciones de diferentes instrumentos de evaluación para la evaluación de programas específicos.

2.9. CAMPAÑAS PARA COMBATIR EL ESTIGMA

El trabajo de Star (251) sirvió, en los años cincuenta del siglo pasado, como punto de partida para el desarrollo de políticas estatales de promoción de la salud mental. Con el desarrollo del conocimiento y los resultados de diferentes estudios, el estigma pasa a ser considerado como una de las principales barreras para el tratamiento y la recuperación de la patología mental (59). La reducción del estigma se convierte en un objetivo primario, se repiten las llamadas a la acción (143) y se invierte tiempo y esfuerzo en el desarrollo de intervenciones sostenidas en el tiempo basadas en la evidencia científica (47), de manera que en algunos países ya se mantienen en activo programas evaluados sistemáticamente. Tratando de recopilar las acciones anti-estigma que estuvieran desarrollándose en Europa, cuyos datos a menudo no están disponibles por falta de publicación o por dificultades de acceso idiomáticas, se solicitó a expertos de diferentes países que actualizaran la información al respecto. La información se encuentra disponible en un artículo publicado por Beldie et al. (271) que incluye datos de catorce países (Austria, Bélgica, Croacia, República Checa, Holanda, Noruega, Polonia, Portugal, Rumanía, Eslovaquia, Eslovenia, Suiza, Suecia y Turquía), lo que contribuye a dar una idea del amplio número de iniciativas existentes. Sin pretender ser exhaustivos, tarea por otro parte difícil dado su volumen, se señalan algunas iniciativas a nivel mundial.

En el año 1996 la WPA puso en marcha el “International Programme to Fight the Stigma and Discrimination because of Schizophrenia: Open the Doors” (15) dirigido a erradicar el estigma asociado a la esquizofrenia. La organización elaboró un completo documento guía que recoge las indicaciones para el diseño, planificación e implantación de programas. Diversos países lo secundaron implementando, según sus directrices, programas adaptados a la realidad nacional. Así, en Alemania se sumaron a la campaña siete proyectos independientes, tanto en el diseño como en la evaluación. Uno de ellos, el Bavarian Antistigma Action (BASTA), se basa en la realización de campañas de protesta y es liderado por una asociación de usuarios, familiares y profesionales. Otros, abordan a nivel educativo a diferentes sectores poblacionales, entre ellos la policía y profesionales sanitarios. Los proyectos de Hamburgo y Leipzig se dirigen a población joven y utilizan el contacto directo. La exitosa campaña implementada por BASTA, ha conseguido cambio en las políticas de algunos medios de comunicación y a nivel institucional. Sin embargo, otro de los proyectos, la creación de una película basada en la vida

de un usuario con el objetivo de concienciar sobre la esquizofrenia, consiguió el efecto contrario y acabó por reforzar los estereotipos entre el público asistente. La experiencia permitió aprender que un mensaje orientado a transmitir la idea de recuperación es más eficaz que aquellos centrados en los síntomas de la enfermedad (272). Una de las campañas escolares, "Crazy? So what!" (231), será analizada posteriormente. A partir de la propuesta inicial, el programa se implantó en todos los colegios de la ciudad de Leipzig y forma parte del currículo académico.

Gran Bretaña e Irlanda se sumaron a la campaña "Changing Minds. Every Family in the Land" impulsada por iniciativa del Royal College of Psychiatrists (66) y desarrollada entre los años 1998 y el 2003. Dirigida específicamente a abordar seis de los problemas mentales más frecuentes, consiguió mejorar el conocimiento de los trastornos mentales. Así, por ejemplo, se incrementó el porcentaje de personas capaz de reconocer la enfermedad, de manera que un 77% (vs 52%) de los entrevistados aseguraba conocer a algún afectado. En relación a las actitudes también se objetivó mejoría, aunque variable en función del diagnóstico. En relación a la esquizofrenia, por ejemplo, disminuyeron los estereotipos de peligrosidad ($p < 0.005$), imprevisibilidad ($p < 0.05$), culpa ($p < 0.05$) y la idea de que se trata de personas diferentes ($p < 0.005$) con las que resulta difícil hablar ($p < 0.005$). Curiosamente, el grupo de entre 16-19 años fue el que mostraba peores actitudes lo que hizo pensar en que tal vez la campaña no había llegado a este sector de población.

Cinco instituciones escocesas de salud mental impulsaron en el 2002 el proyecto "See Me", ambiciosa campaña difundida a través de mensajes específicos emitidos en todos los formatos audiovisuales y en distintos nichos, como prisiones, colegios y grupos de jóvenes. En la evaluación periódica de actitudes realizada en Inglaterra y en Escocia, se observó tendencia al empeoramiento entre los años 1994 y 2003, agravado en el periodo comprendido entre los 2000 y 2003. La marcada diferencia entre ambos países (17/25 ítems en Inglaterra frente 4/25 ítems en Escocia) se consideró fruto del efecto positivo precoz de la campaña "See Me", iniciada en aquella altura en Escocia (220). Según un informe publicado en el 2009 (221) las encuestas nacionales correspondientes al periodo 2002-2006 revelan mejoría en las actitudes públicas, una mayor toma de conciencia sobre la enfermedad mental y un progresivo reconocimiento de la campaña, cuyo impacto ha sido especialmente significativo entre los afectados. El programa tuvo importante repercusión en los medios de comunicación y ha conseguido disminuir el uso de términos despectivos y la trasmisión de historias negativas. Se ha conseguido que los usuarios se conviertan en las voces de la campaña y la implicación de instituciones a nivel local a partir de lo que llama una estrategia de "puerta a puerta" que parece

más efectiva para acceder a aquellos previamente sensibilizados, por lo que el desafío es la implicación de los sectores más resistentes. Actualmente se encuentra en curso otra evaluación prevista para finales del año 2015.

Recientemente se evaluó en Inglaterra la campaña “Time to Change”, que comenzó en el año 2009 y que se ha mantenido a nivel institucional desde entonces. La evaluación se realiza a través de la encuesta Viewpoint que analiza anualmente la opinión pública en relación a aspectos de salud. Los resultados de la primera fase de la campaña muestran un patrón consistente y positivo de pequeños cambios durante el transcurso de la misma: conocimiento, actitudes y comportamiento (273), en la cobertura mediática (219), actitudes de los empleadores (113) y en el impacto del marketing social (213), aunque algunas intervenciones locales no lograron sus objetivos, como la realizada para reducir el estigma en los estudiantes de medicina (240).

En Canadá se impulsó institucionalmente en el año 2009 la campaña “Opening Minds” (187). Su primera acción consistió en una intervención breve de sensibilización a través de los medios de comunicación, dirigida a concienciar sobre la posibilidad de recuperación en la enfermedad mental, a través del testimonio de diagnosticados. Sólo el 1.1% de la población pareció captar el mensaje por lo que se reorientó la estrategia hacia intervenciones específicamente dirigidas a sectores de población concretos. Entre ellos, fueron escogidos los jóvenes, los medios de comunicación y los proveedores de salud y empleo. Se realizó una recogida a nivel nacional de todos los proyectos de intervención en curso, con la intención de seleccionar para cada sector los más representativos y viables, para su evaluación y posterior generalización. De entre los candidatos, se eligió entre aquellos basados en la estrategia del contacto directo. Se elaboraron y validaron instrumentos de evaluación específicamente dirigidos a cada sector profesional. En el grupo de jóvenes, hasta octubre del 2014 se había completado la evaluación de 27 proyectos con la participación de más de 10000 estudiantes. La mayoría de los programas fueron eficaces y mejoraron las actitudes estereotipadas (hasta el 30%) aunque en general tuvieron dificultades para modificar la distancia social. A falta de constatar la estabilidad de las ganancias con más tiempo de seguimiento, se apreció que los programas en formato breve resultaron eficaces cuando fueron realizados en grupos pequeños, mientras que se diluyen los logros frente a una audiencia mayor. Los ponentes que parten de la motivación docente resultan más eficaces que aquellos que lo hacen desde un objetivo terapéutico, lo que acarrea un importante esfuerzo de formación y supervisión. A partir de la experiencia se ha elaborado un listado que contiene 37 criterios de referencia para este tipo de programas. Se han evaluado 24 programas de los dirigidos a profesionales sanitarios y tres están en curso.

Dirigidos a diferentes disciplinas (médicos de familia, enfermería, servicio de urgencias, personal administrativo, etc.), la naturaleza y duración del contacto directo fue variable. En general todos resultaron efectivos aunque el cambio se atenúa con el tiempo, especialmente para en aquellas intervenciones menos intensivas. En las tres que introdujeron una sesión breve de refuerzo, ésta era suficiente para mantener los cambios. Los programas que entrenan al profesional en la adquisición de habilidades parecen tener resultados más consistentes e incluso se mantienen los cambios de forma duradera sin necesidad de una sesión de refuerzo. La herramienta terapéutica del empoderamiento del usuario y el modelo de recuperación parecen ser un elemento facilitador del cambio. A nivel laboral se realizaron programas con distintas instituciones. La evaluación más completa fue la realizada con el gobierno de Ontario. Inicialmente participaron 500 supervisores quienes progresivamente mostraron actitudes menos estigmatizadoras, por lo que se extendió a 5000 empleados más, cuya evaluación está en curso. El Departamento de Defensa también ha desarrollado un programa para promover la resiliencia y la salud mental de su plantilla, que es entrenada en el reconocimiento de síntomas y en la búsqueda de tratamiento. Se ha adaptado el programa para público general, reforzándolo con material basado en el contacto directo. Se han creado tres versiones (para directivos, trabajadores y formadores) que están siendo evaluadas en diferentes contextos laborales y académicos. El reclutamiento en este área ha resultado más difícil y los autores lo justifican desde el desconocimiento sobre la importancia del bienestar emocional y sobre el potencial impacto del estigma asociado a la enfermedad mental. Además, se ha visto que a nivel laboral las intervenciones voluntarias llegan a tener la mitad de asistentes que aquellas ofrecidas como parte del programa formativo de la empresa. En relación a los medios de comunicación, la primera acción consistió en una monitorización de las noticias aparecidas en prensa sobre la enfermedad mental, con el fin de disponer de material sobre el que enseñar en los talleres posteriormente realizados con periodistas. Actualmente se está elaborando un programa on-line para ser implementado en las facultades de periodismo (274).

Nueva Zelanda mantiene en activo el programa “Like Minds, Like Mine” desde el año 1997, lo que convierte en uno de los primeros países en apostar por este tipo de iniciativas. Impulsado desde la implicación activa de los usuarios, cuenta con un vasto repertorio de recursos on-line y material audiovisual así como de actividades dirigidas a nivel comunitario en las que se han involucrado figuras públicas con enfermedad mental. Para asegurar su efectividad, realizan periódicamente una evaluación externa del impacto de sus acciones. Hasta la fecha se ha constatado la mejoría en actitudes y comportamiento a nivel del público general. Recientemente han sido publicados los resultados de una encuesta de opinión realizada entre los usuarios (n=1135) de los servicios de salud mental con el fin de objetivar el impacto de la

campaña en sus experiencias de discriminación. Más de la mitad de los entrevistados refería disminución de sus experiencias de discriminación durante los cinco años previos y un 48% consideró como relevante el papel de la campaña. No obstante, una amplia mayoría (80%) refería haber experimentado al menos un “tratamiento injusto” durante los doce meses anteriores. El impacto de la discriminación aparece fundamentalmente entre la familia, amigos y la vida social. La fuente primaria de comportamientos tanto positivos (40%) como negativos (30%) fue la familia. Un 57% de los participantes se preocupaba o escondía su enfermedad mental y un 33% evitaba acudir a entrevistas de trabajo, anticipando discriminación. Las quejas respecto a conductas procedentes del personal sanitario fueron del 16%, aunque se incrementan hasta el 26% entre los usuarios con uso frecuente de los servicios, pasando a ocupar entre ellos el quinto puesto en el origen de discriminación (275).

La organización Sane Australia, en activo desde hace más de veinte años, prima entre sus objetivos la formación de especialistas de la comunicación y dispone de un observatorio de prensa que sigue las noticias estigmatizadoras publicadas. De forma global, en el análisis del comportamiento de los medios de comunicación entre los años 2008-2012 se aprecia que el total de notificaciones recibidas se incrementó desde los 82 del año 2002 hasta los 402 del 2008. Desde entonces el número ha descendido situándose en una media anual de 250. La proporción de las notificaciones relativas al contenido de la información se incrementó desde el 33% (2008), alcanzando un pico de 60% (2010) y manteniéndose estable con posterioridad en un 40% (2011-2012). Entre los años 2008 y 2010 disminuyeron en un 10% las quejas respecto a la depresión, lo que parece reflejar la mejoría en la cobertura de esta patología en los medios. Desde entonces siguen bajando a razón de un 5% anual. Sin embargo, en relación al trato que recibe el suicidio las quejas se han incrementado desde el 21% (2008) al 47% (2012) (276).

Consciente del impacto de ambas entidades, el programa australiano “Beyond the blue” promueve la sensibilización pública sobre la depresión, ansiedad y el suicidio desde una perspectiva de empoderamiento de los afectados y de refuerzo de la búsqueda de tratamiento. Los datos correspondientes a las encuestas realizadas en el periodo 2012-2014 (277) indican que el conocimiento de los australianos sobre dichas entidades mejora de forma progresiva: se tiene conciencia de que se trata de entidades comunes tratables, se identifican signos y síntomas, se conoce su impacto funcional y la existencia de grupos de riesgo. También se objetiva mejoría de las actitudes estigmatizadoras, que son menos frecuentes, al tiempo que un mayor porcentaje de la población se muestra dispuesto a socializar y a trabajar con personas enfermas. Destaca además el dato de que en los últimos dos años se ha incrementado el

número de personas que realiza acciones positivas frente a la depresión: un 44% busca información sobre la enfermedad (frente al 35% previo); un 65% (vs 35%) recurre a los allegados; un 65% (vs 47%) apoyaría a un familiar o amigo enfermo. También subió (del 81% al 88%) la proporción de personas que reconoce que él, o alguien de su entorno, han recibido ayuda para superar la depresión. El impacto del programa se aprecia en que quienes lo conocían sabían más sobre la clínica depresiva, tenían actitudes menos estigmatizadoras, identificaban más alternativas terapéuticas, criticaban mejor las no válidas y obtenían más ayuda.

En España también se desarrollan campañas de sensibilización promovidas a nivel de diferentes comunidades autónomas. La de Madrid se sumó a la campaña “Open the Doors”, realizando seminarios formativos y una importante campaña de prensa. En la actualidad en la Comunidad se mantienen diferentes líneas de trabajo, desarrolladas desde los centros y la Red de Atención Sanitaria y Social de la Comunidad (278). En el marco del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, la Junta de Andalucía lanzó en el año 2007 la campaña “1 de cada 4”. Disponen de una página web (<http://www.1decada4.es/>) con contenido estructurado sobre tópicos relativos al estigma dirigidos al público en general y a profesionales de distintos ámbitos. Han realizado diferentes actividades tanto a nivel publicitario, con la muestra itinerante “No decidas por la cara”, como a nivel local y con diferentes sectores. Desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, en colaboración con el Departamento de Educación, se implantó el programa “Lo Hablamos”, dirigido a población adolescente (<http://www.1decada4.es/adolescenciayestigma/lohablamos/>). En Cataluña, el colectivo Radio Nikosia (<http://www.radionikosia.org/>), integrado por personas con enfermedad mental, realiza de forma regular un programa radiofónico y en el año 2007 inundó Barcelona con carteles de sensibilización de su campaña ‘Las etiquetas sólo son para la ropa’. La plataforma catalana Obertament (<http://obertament.org/es>), creada en el año 2010 para la lucha contra el estigma, desarrolla acciones en diferentes campos, con repercusión pública. Recientemente ha impulsado la campaña “Da la cara”, en la que personajes anónimos y públicos hablan de las consecuencias de afrontar públicamente la enfermedad mental. La Federación Española de Asociaciones de Familias de Personas con Enfermedad Mental (<https://feafes.org/>) desarrolla campañas, a diferentes niveles, concediendo especial importancia a la erradicación del estigma. Entre ellas destacan algunas como: “Queremos Ser Felices”, proyecto en colaboración del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad dirigido a difundir la idea de igualdad; la creación audiovisual “La Primera Etiqueta”, estrenada con motivo del Día Mundial de la Salud Mental del año 2012; y la campaña “Cuídate, la Salud Mental También Va Contigo”, difundida a través de la radio. Además, participan en la convocatoria del concurso

que premia el trabajo por la integración social de personas con enfermedad mental, y han publicado una serie de guías informativas sobre aspectos relevantes de la salud mental.

2.10. ESTIGMA Y ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa crucial del desarrollo, en la que a menudo surgen los primeros síntomas de enfermedad mental. La detección precoz y un adecuado abordaje terapéutico son herramientas útiles en la minimización del impacto funcional de la enfermedad en el bienestar emocional y en la calidad de vida de los jóvenes. A esta edad, el grupo constituye una de las principales referencias cuando el joven precisa de ayuda, por lo que su papel como figura de apoyo es determinante. Ser diagnosticado de enfermedad mental puede desencadenar conductas de discriminación, pero también puede resultar un factor protector si facilita el acceso temprano al tratamiento y el empoderamiento de los jóvenes y de sus familias.

2.10.1. Datos Sociodemográficos

Se estima que en los países desarrollados el 5%-20% de los jóvenes y adolescentes necesitarán de los servicios de salud mental, aunque no todos acceden al tratamiento. En Europa la proporción de quienes lo hace se sitúa, conforme al país, en torno al 20% (14). La prevalencia global de los trastornos mentales en niños y adolescentes en España, similar a la observada en otros países, se sitúa entre un 10%-20%. De ellos sólo una quinta parte son correctamente diagnosticados (279).

La edad modula las características clínicas de los trastornos mentales. Los trastornos generalizados del desarrollo se manifiestan ya en los primeros meses de vida; las alteraciones del control de impulsos a partir de los 4-5 años. Fobias y ansiedad de separación son también de inicio temprano (133). Los jóvenes se inician en el consumo de sustancias desde los 11-12 años, y pueden surgir síntomas depresivos ya desde los 5-6 años (279). Las tasas de prevalencia de los trastornos psicóticos se incrementan a partir de los 15-17 años. La edad de inicio temprana correlaciona con mayor severidad, persistencia y resistencia al tratamiento, y mayor comorbilidad (133). Más de dos tercios de los adultos refieren que el debut de la enfermedad data de la adolescencia o primera juventud; sin embargo, sólo un 30% de los afectados acceden al tratamiento (280). Estigma y falta de información sobre la enfermedad mental se asocian con abandono prematuro del mismo (137). La enfermedad no tratada incrementa las tasas de comorbilidad y dificulta las relaciones interpersonales. Sin embargo, existen medidas terapéuticas que pueden mejorar y en muchos casos curar la enfermedad (14).

2.10.2. Estigmatización en Edades Tempranas

El conocimiento sobre los problemas mentales se adquiere desde la infancia. La idea de que la enfermedad mental corresponde a debilidad de carácter, y el menosprecio hacia aquellos que requieren tratamiento psicológico, se aprende ya en la niñez (174). Las actitudes estigmatizadoras comienzan en edad temprana (151), son comunes entre jóvenes (252) y se difunden rápidamente. Se ha observado que con la edad las actitudes estigmatizadoras se igualan a la de los adultos (263).

Aunque el conocimiento que poseen los adolescentes sobre las características de la enfermedad mental es limitado, manifiestan más prejuicios frente a ella que respecto a otro tipo de patología o discapacidad (252). Las creencias sobre peligrosidad e imprevisibilidad, asociadas con actitudes estigmatizadoras (10), aumentan con la edad (173). Su efecto se aprecia ya en adolescentes (252, 263) y se relaciona con incremento de la distancia social (68). Por otro lado, la atribución de debilidad también correlaciona con distancia social; además tiene mayor peso en jóvenes que en adultos, lo que puede condicionar la integración del adolescente enfermo en el grupo (173).

El conocer a personas con enfermedad mental disminuye la tendencia a la estigmatización en jóvenes y adultos (16, 181), aunque algún estudio en el primer grupo ha detectado una relación inversa (252). La experiencia personal de haber padecido enfermedad mental reduce las actitudes estigmatizadoras en jóvenes pero incrementa el estigma percibido (173). Además, constituye un importante factor predictivo de cambio a actitudes menos estigmatizadoras (231). En adultos, de forma general, el género femenino se ha asociado con menor tendencia estigmatizadora (79). Aunque no todos los estudios lo confirman (263), se detecta mayor predisposición al estigma social en los adolescentes varones mientras que las chicas refieren mayores niveles de estigma percibido (173).

2.10.3. Estigmatización y Acceso al Tratamiento

Durante la adolescencia se gesta la identidad personal y se produce el primer intento de separación de las figuras parentales (5). Constituye la fase de la observación, interiorización y vinculación con los iguales. Las relaciones sociales resultan relevantes para el desarrollo del auto-concepto del adolescente y median en su comportamiento (18). Además de por las propias creencias del joven, la búsqueda de ayuda está influenciada de forma patente por la opinión de los iguales y la influencia de los adultos en su ámbito social (19). Si el grupo mantiene conductas de evitación hacia la persona enferma, la repercusión en la consolidación

de su identidad puede ser devastadora. Los adolescentes perciben las actitudes estigmatizadoras y se defienden de ellas, a menudo a través de la ocultación (263). En los jóvenes, el estigma percibido se asocia con actitudes negativas hacia el tratamiento. El miedo a ser rechazado puede condicionar la búsqueda de ayuda: es posible que surjan sentimientos de culpa y vergüenza que deriven en negación de los síntomas y en rechazo al tratamiento, con importantes consecuencias (179).

Cuando los jóvenes necesitan apoyo recurren a fuentes informales (amigos, libros de autoayuda, páginas web, etc.) o formales (padres, educadores, médicos, etc.) siendo frecuente el uso de las primeras (281). Los diferentes componentes del estigma se han asociado con el tipo de soporte procurado. En un estudio (n=3746) (95) con jóvenes australianos de entre 12 y 25 años se encontró que el estereotipo de debilidad se asocia con búsqueda de ayuda en fuentes informales, evitando el acudir a un médico. Sin embargo, quienes relacionan enfermedad mental y peligrosidad muestran mayor predisposición a consultar con un psiquiatra y confianza en recibir ayuda. Los adolescentes que tienden a distanciarse de aquellos con enfermedad mental son los menos inclinados a solicitar cualquier tipo de ayuda.

Dada la importancia del grupo de iguales, éste constituye un componente clave en las intervenciones anti-estigma. Modificar la actitud del grupo hacia la enfermedad mental, creando un ambiente propicio para el diálogo y la acogida del enfermo, puede facilitar en última instancia la petición de ayuda (19). Por ello, es recomendable que en este tipo de iniciativas prime la orientación universal: resulta preferible dirigirlas hacia el conjunto de adolescentes a centrarlas en el grupo específico de los portadores de enfermedad mental. Además, es importante incluir a los padres en los programas educativos. Por un lado, los adultos pueden trivializar los problemas de los jóvenes, confundiéndolos con rasgos de la adolescencia. Por el otro, se ha encontrado correlación entre las actitudes estigmatizadoras de los progenitores y las de sus hijos (173). También el trabajo con docentes resulta de utilidad para los jóvenes. La experiencia australiana, “The Youth Mental Health First Aid Course” (152), en la que se forma a profesores, muestra cómo mejora el reconocimiento de la enfermedad mental por parte del adulto, disminuyen sus conductas estigmatizadoras y refuerza su seguridad como figura de referencia y apoyo. La campaña británica “Time To Change”, comparte esta filosofía, con resultados similares (282).

2.10.4. Sensibilización frente al Estigma en la Adolescencia

La adolescencia, además de ser la etapa de afianzamiento de la identidad, es un periodo de rápido desarrollo de las habilidades cognitivas. En ella se adquiere gran parte de la información

que establece las bases de la vida productiva adulta, por lo que es permeable al aprendizaje. Existe consenso sobre la importancia de abordar el estigma asociado a la enfermedad mental a esta edad (246), aunque la evidencia sobre las iniciativas realizadas es mixta (220). Se ha señalado la relevancia de los programas de sensibilización en dos aspectos. Por un lado, la intervención temprana podría incrementar la búsqueda de tratamiento por parte de aquellos adolescentes que lo necesiten, favoreciendo la intervención precoz (prevención primaria). Por el otro, puede reforzar la adherencia de aquellos jóvenes que ya estén en tratamiento (prevención secundaria) y evitar conductas disruptivas por parte de los compañeros (19).

Una recomendación importante para el diseño de este tipo de programas es que sean factibles de implantar, mantener y evaluar. Es conveniente realizar estudios piloto, que recojan sus potenciales problemas y beneficios, antes de ser difundidos a mayor escala. Además, es preferible sensibilizar sobre la importancia de la salud mental y del bienestar emocional, más allá que centrarse en la enfermedad (181). Las estrategias utilizadas con mayor frecuencia han sido la educativa y la de contacto directo. Aunque ésta última no ha sido usada de forma frecuente en intervenciones escolares (8, 17), los resultados obtenidos parecen prometedores (184, 232). La interacción interpersonal, además de facilitar la identificación con el otro, estimula aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales del aprendizaje, lo que incrementa el impacto de las intervenciones (181). Frecuentemente los programas escolares utilizan una combinación de ambas estrategias. El interés de la población estudiantil por la enfermedad mental surgirá si entra en contacto con sus propios intereses (231). En el trabajo con adolescentes es recomendable comenzar con una sesión didáctica, en la que se establezcan lazos entre la enfermedad mental y sus propias necesidades de bienestar y desarrollo personal. Partiendo de sus experiencias previas, se les puede guiar hasta la sensibilización con el otro. Sólo entonces estará el joven preparado para pasar al contacto directo (231, 232).

En el diseño de las intervenciones debería contemplarse la relación entre estigma y factores sociodemográficos, culturales y religiosos. Otras variables a tener en cuenta son: la presencia en el aula de personas con enfermedad mental; los antecedentes personales de trastorno mental o de haber sido discriminado; y la familiaridad con personas diagnosticadas. También influirá la capacidad cognitiva, afectiva y de empatía del joven, su nivel de conocimiento y las actitudes previas (181). En la evaluación de los resultados es conviene recordar que la adquisición de conocimiento y la modificación de estereotipos no se traducen en cambios fácticos del comportamiento, por lo que este tipo de medidas son especialmente sensibles a la deseabilidad social (77). Para evitar este sesgo, puede preguntarse al participante lo que cree

que otra persona haría en determinada situación, en vez de anticipar su propia conducta (181). Esta hipótesis se sustenta en las aportaciones de la Teoría de la Mente, que explica cómo se activan diferentes mecanismos de respuesta según se emitan juicios personales o impersonales (283).

2.10.5. Estrategias de Sensibilización para Población Adolescente

Tal y como se ha visto, durante las últimas dos décadas se han implantado programas anti-estigma en diferentes contextos. Por su importancia, la población joven ha sido tenida en consideración en muchos de ellos. El diseño de las campañas ha sido ecléctico. Entre las diferentes estrategias, las más frecuentes han sido la educativa y la de contacto directo, solas o en combinación (181, 284). El contenido de los programas escolares se ha orientado fundamentalmente al abordaje del estigma frente a la enfermedad mental grave. La depresión y la esquizofrenia han sido los dos trastornos más trabajados (17). Se trata habitualmente de intervenciones relativamente cortas aunque hay constancia de programas de varios meses de duración (17, 181). Algunos como el Programa “Crazy? So What?” (231), diseñado en un principio en formato breve, han acabado siendo integrados dentro del currículo académico.

El volumen de participantes es variable, con un tamaño muestral que se extiende desde el centenar hasta más de millar y medio (234). Algunos programas trabajan directamente con los jóvenes. Otros escogen formar al profesorado, a partir del contacto directo con personas afectadas, para que sean ellos quienes posteriormente mantengan de forma sostenida el trabajo de sensibilización en el centro educativo (282). Entre los jóvenes, el grupo objetivo más frecuentemente escogido ha sido el de estudiantes de secundaria, con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, aunque se han realizado intervenciones en población más joven, incluso con niños hasta de cinco años (17, 284).

Aunque se ha señalado la utilidad de este tipo de programas, los datos al respecto son ambivalentes y no puede hablarse de evidencia consistente. Importantes limitaciones a la hora de consensuar resultados son: la heterogeneidad de las intervenciones; la pobreza metodológica; la escasa presencia de ensayos clínicos randomizados; la falta de grupo control adecuado; los resultados inconsistentes o nulos; y el empleo de diferentes herramientas de evaluación.

Así se señala en una revisión sistemática, publicada en el año 2008 por Schachter et al. (181), tras analizar el efecto de cuarenta intervenciones dirigidas a estudiantes de hasta 18 años. Los autores reconocen que los datos no permiten identificar la utilidad de una determinada

estrategia o componente de los programas. A pesar de ello, y a tenor de los resultados obtenidos y de su nivel de evidencia, recomendaron la implementación y evaluación de nuevas intervenciones de promoción del conocimiento y prevención de la enfermedad mental. Basándose en su propia experiencia, y en el consenso de expertos, destacaban como herramienta prometedora el contacto directo, especialmente en aquellas intervenciones dirigidas a jóvenes de más edad. Además, recomendaron el uso de otros contenidos que pudieran reforzar el beneficio del contacto directo.

Tres años después, Yamaguchi et al. (285) evaluaron la eficacia de otros 40 programas anti-estigma para jóvenes. Los clasificaron en virtud a la estrategia empleada (divulgativa, contacto directo físico o en soporte audiovisual) y compararon los resultados. El contacto directo se perfila también como la clave para reducir la estigmatización, mientras que el componente divulgativo y el formato audiovisual resultaban discutibles. Como limitaciones señalaron la incapacidad de las herramientas de medida para detectar cambios reales en el comportamiento y la atenuación del efecto a largo plazo.

También en el año 2011 se publicó otra revisión, de Sakellari et al. (284), en la que analizan doce estudios dirigidos a jóvenes entre 12 y 18 años. De nuevo, se encuentra el problema de la variabilidad en el diseño y en las medidas, lo que dificulta la generalización de los resultados. De entre los estudios analizados, sólo cuatro utilizaban el contacto directo; de entre los que sólo dos realizaron medidas de seguimiento (a los seis y siete meses respectivamente). Las herramientas de evaluación empleadas eran dispares: varios estudios las diseñaron específicamente para la intervención, dos utilizaban el cuestionario de la WPA (232, 286) y otros dos el Attribution Questionnaire-Short Form for Children (234, 243). Aunque los autores no pueden extraer conclusiones globales, resaltan el hecho de que todos los programas refirieron, en mayor o menor medida, resultados positivos por lo que parece pertinente ahondar en su papel en la promoción del conocimiento hacia la enfermedad mental.

En el año 2014 Mellor (17) publicó una nueva revisión sobre la efectividad de programas anti-estigma realizados dirigidos a escolares de primaria o secundaria y realizados en el aula. Tampoco ella encontró evidencia de la eficacia de los mismos, hecho que en parte atribuye al peso de los sesgos metodológicos. Incluye diecisiete trabajos que comprenden ensayos controlados con y sin randomización, y estudios controlados pre-post. Sólo uno de los programas se diseñó como ensayo clínico randomizado (287) aunque algunos realizaron la randomización por cluster, bien a nivel de centro escolar (288) o por clase/año dentro de cada centro (236, 289, 290). Se empleó en nueve ocasiones la estrategia educativa y en 8 la de

contacto, bien directa o indirectamente. El estudio que realizó un mayor tiempo de seguimiento lo hizo durante doce meses. Excepto en uno que comparaba intervenciones entre sí (290), el resto empleó grupo control. Este grupo no recibió intervención activa en catorce de ellos. De los que sí la recibieron, uno asistió a una charla sobre estilo de vida saludable impartida por un ponente externo (184) y un segundo recibió una ponencia sobre tabaquismo (287). Un total de cuatro programas realizaron la intervención en un centro diferente al usado para el grupo control, lo que los convierte en los únicos protegidos contra la contaminación. Todos los programas se evalúan a través de escalas auto-aplicadas, sin que ninguna de las herramientas resulte objetiva. Sólo en una ocasión (287) se recurre a la Implicit Association Test, medida de respuesta implícita con menor riesgo de sesgo, a pesar de ser también auto-aplicada. De los catorce instrumentos de evaluación diferentes utilizados, seis fueron específicamente diseñados para los programas. Para reforzar la consistencia de las intervenciones de contacto directo en dos estudios se entrenó a los presentadores de forma estructurada y se monitorizaron las sesiones para garantizar la fidelidad a los objetivos (233, 236). Cinco intervenciones mencionan haber formado a los presentadores (231, 287, 288, 290), otra lo hizo a través de un programa informático y el resto les facilitó material escrito. De los doce estudios que realizaron medidas de seguimiento, siete recogen cambios positivos. Cuatro trabajos mencionaron el poder estadístico. A pesar de que son varios los estudios que se muestran eficaces, tanto inmediatamente después de la intervención como en el seguimiento longitudinal, los resultados se ven limitados por el riesgo de sesgo. El de selección fue alto para todos excepto para los randomizados por centro escolar. Todos presentan sesgo de abandono ya que, salvo uno (289), el resto no analiza el perfil de los estudiantes que no completan el estudio. Como conclusión la autora plantea que la medición de los cambios en las diferentes variables de estigma es de calidad suficiente como para confiar en ellos. No obstante, los resultados de los programas anti-estigma en jóvenes no avalan la idea extendida en la literatura en referencia a su eficacia. Además, hasta la fecha no ha sido posible determinar qué componentes condicionan el éxito de las intervenciones. Aunque el contacto directo ha mostrado su idoneidad como estrategia, los resultados no pueden extrapolarse. El programa “In Our Own Voice” (IOOV) (236) no replicó los resultados obtenidos con adultos en población adolescente. Corrigan (229) sugiere que, si bien contacto se perfila como la estrategia más útil para los adultos, en jóvenes lo hace la educativa. Entre las limitaciones señaladas se incluyen: variabilidad metodológica, que complica la comparabilidad; empleo de herramientas auto-aplicadas; y alto riesgo de sesgo, tanto de selección como de abandono. Como desafío para futuras investigaciones la autora insta a resolver los problemas detectados (falta de eficacia de las intervenciones; fallo en la combinación de estrategias; o error de diseño) y propone la

evaluación y comparación de los contenidos de cada programa, con el fin de profundizar en el papel desempeñado por cada uno de ellos.

2.10.6. Modelo Conceptual de Intervención Anti-Estigma en Adolescentes

A partir de su experiencia en el desarrollo del Programa IOOV, llevado a cabo en EEUU, Pinto-Foltz et al. (19) propusieron un modelo conceptual, fácilmente replicable, que pudiera servir de guía en el diseño de intervenciones comunitarias dirigidas a adolescentes. A continuación se describe el modelo (19), que se completará con las aportaciones y sugerencias de Schachter et al. (181) y de Mellor (17).

2.10.6.1. Modelo In Our Own Voice

Este programa fue implantado por la asociación de usuarios americana NAMI. Se trata de una intervención protocolizada, de 90 minutos de duración. Es impartida por dos personas mayores de edad, pero con un perfil joven, con experiencia de enfermedad mental, en situación de recuperación. Como elementos de trabajo utiliza una presentación de video, la narrativa de los ponentes y la interacción con el auditorio. La sesión comienza con la emisión del video, en el que los protagonistas recogen su experiencia. Después, los ponentes ofrecen su testimonio, a través de una narrativa orientada a reformular el concepto de la enfermedad mental, desde una perspectiva psicobiosocial. Se trabajan los conceptos de culpa y responsabilidad, y se enfatiza el nexo entre tratamiento y recuperación. Los ponentes reciben formación y son entrenados para que en su testimonio aborden cinco aspectos: la experiencia personal; la aceptación; tipo de terapias que le han resultado de utilidad; recursos personales empleados para manejar la enfermedad mental; y estrategias de superación para la consecución de objetivos personales.

El modelo se asienta en diferentes aportaciones del campo de la educación, la comunicación y el desarrollo evolutivo. Los autores lo desarrollan sobre tres constructos que denominan Aprendizaje, Persuasión y Estadio del Desarrollo. Para cada constructo se ofrece la justificación teórica e indicadores empíricos, medidos a partir de herramientas de evaluación disponibles para población adolescente.

El constructo del Aprendizaje se sustenta en la Teoría Dual de Paivio, según la cual el aprendizaje es más efectivo cuando la información llega a través de dos vías de entrada diferentes. Si se emplean la visual y la auditiva, se activan los subsistemas cognitivos de la imagen y del lenguaje. El programa IOOV emplea ambos soportes: visual a través del video y

lingüístico en la narrativa personal. Como indicadores proponen la “In Our Own Voice Knowledge Scale” (257).

El constructo de la Persuasión se sustenta en la Teoría del Paradigma Narrativo (NPT), propuesta por Fisher (291). Se parte de la idea de que los seres humanos experimentan y comprenden la vida traduciéndola como una serie de continuas narrativas. Las personas se explican y justifican su comportamiento relatándose una historia creíble, al margen de que ésta tenga evidencia. En otras palabras, convence más una buena historia que un buen argumento. A su vez, la teoría se basa en cinco asunciones teóricas:

- El ser humano es un historiador nato que aprehende el mundo a partir de escuchar y narrar historias.
- Los seres humanos utilizan diversas historias para construir y reconstruir de forma dinámica la realidad social.
- Se juzga la verosimilitud de una historia a partir de su probabilidad y fiabilidad, es decir, de las posibilidades de que sea cierta, evaluando su coherencia y consistencia con respecto a historias previas.
- La racionalidad de la historia viene determinada por la experiencia personal: se asumirá como razonable lo que es comparable con la propia experiencia.
- La verosimilitud atribuida a la historia estará condicionada por la cultura, la experiencia, el carácter y los valores del receptor. Una historia irracional puede que sea aceptada, o una racional rechazada, en virtud a estos condicionantes.

Esta teoría es congruente con el estilo comunicativo de los adolescentes en sus relaciones sociales y en el intercambio verbal que realizan sobre sus experiencias de vida. El componente narrativo de la intervención tratará de cumplir las premisas que faciliten la identificación del auditorio con el ponente. Como indicadores de medida sugieren la r-AQ8C (234), acompañado de una escala de búsqueda de ayuda (“Attitude Towards Seeking Professional Psychological Help”) y otra de interferencia del estigma en la misma (“Stigma Scale for Receiving Psychological Help”)

El constructo Estadio del Desarrollo explica como la maduración cognitiva se gesta a partir de la información recibida del medio. Cada nueva experiencia se va incorporando al esquema previamente construido por el niño. A partir de esta constante revisión de los esquemas se facilita la comprensión del mundo. Piaget (5) subrayó la importancia de las primeras historias, que se asumen como verdaderas y sirven de referencia y punto de comparación con las sucesivas. Hinshaw (20) resalta la importancia de que el niño recoja historias sensatas y

veraces en relación a la enfermedad mental desde etapas tempranas, como herramienta para mejorar el estigma y promover conductas positivas frente a la salud mental. Durante la adolescencia se forma el pensamiento sistemático, lógico y abstracto. El joven desarrolla introspección y comienza a preocuparse por cómo el presente afectará al futuro (5). Los indicadores de medidas son la edad en años, el nivel de contacto previo y la naturaleza del mismo.

2.10.6.2. Líneas para el diseño de programas anti-estigma dirigidos a adolescentes

Otra forma de asegurar la calidad del diseño de un programa de investigación es aprender de la experiencia y errores de estudios previos. Tras sus meticulosas revisiones, Schachter et al. (181) y Mellor (17) ofrecen pautas para el diseño y la metodología de las intervenciones, a fin de permitir la generalización de los resultados:

1. Realizar intervenciones precoces, orientadas tanto a la prevención primaria como secundaria.
2. Sopesar el dirigirse a población adolescente general o específicamente a grupos de mayor riesgo de mantener actitudes estigmatizadoras.
3. Determinar la edad idónea para recibir la formación, en virtud de la receptividad inherente a cada etapa cronológica.
4. Garantizar el diseño de intervenciones con una intensidad y extensión temporal suficiente para obtener efecto a largo plazo.
5. Implementar los programas de forma repetida y continuada a lo largo de los años: a mayor precocidad de inicio, mayor número de exposiciones y posibilidades de recibir la formación en diferentes etapas madurativas.
6. Determinar cuánto tiempo de intervención sería necesario y suficiente.
7. Incluir actividades experienciales e interactivas, procurando la implicación a nivel cognitivo, emocional y comportamental.
8. Adaptar contenido y materiales al estado del neurodesarrollo de los participantes: para los más jóvenes utilizar juegos que focalicen en la inclusión/exclusión del igual que es percibido diferente.
9. Envolver a los jóvenes y adolescentes en la definición, creación y pilotaje del currículo.
10. Procurar que los facilitadores de las sesiones sean personas con quienes los jóvenes puedan identificarse.
11. Implicar a docentes, miembros de la plantilla del colegio y a los padres.
12. Realizar pilotaje de los programas, antes de su implementación.

13. Evitar sesgos de selección garantizando diseños aleatorizados.
14. Utilizar grupos de control activos, en los que los participantes reciban algún tipo de intervención externa.
15. Priorizar estudios de comparación de dos tipos de intervención, con el fin de valorar el peso de cada componente. Las medidas de conocimiento, actitudes y estereotipos pueden resultar útiles para identificar posibles causas o correlatos en el cambio observado.
16. Diseñar herramientas que superen la limitación de los cuestionarios auto-aplicados referente a la deseabilidad social, especialmente después de la intervención anti-estigma. Para ello puede resultar útil preguntar sobre la conducta anticipada en los otros, más que sobre la propia.
17. Monitorizar los efectos adversos de la intervención, a partir del análisis del perfil del grupo de participantes que abandona.

2.10.7. Programas Anti-Estigma dirigidos a Adolescentes

En los EEUU se han desarrollado más de una docena de programas dirigidos a disminuir el estigma y mejorar el conocimiento entre niños y adolescentes (181). No todos poseen evidencia que soporte su generalización y pocos han sido evaluados. Algunos estudios han empleado de forma exitosa una aproximación basada en la estrategia educativa y de contacto, integrándola dentro del currículo escolar (234).

Pinto-Foltz et al. (236) implementaron el programa "IOOV", basado en el contacto directo, adaptado del programa de adultos jóvenes. Los resultados de su estudio, realizado en dos institutos americanos con chicas (n=156) de entre 13 y 17 años no replican los logros del original. La medida de las actitudes estigmatizadoras no cambió en ninguna de las dimensiones ni tras la intervención ni a las cuatro y ocho semanas de seguimiento ($p=0.19$).

Watson et al. (234) evaluaron el programa educativo, "The Science of Mental Illness", en una amplia muestra de estudiantes (n=1566) de enseñanza secundaria. Se impartieron ocho sesiones, de 45 minutos cada una de ellas, en las que desarrollan actividades basadas en una aplicación web (situaciones, simulación, animaciones y videos). En las medidas inmediatamente después de la intervención detectan cambio positivo de actitudes ($p=0.005$) medido a través de r-AQ8C, además de mejoría en el conocimiento ($p=0.000$). La principal limitación de este estudio es que no emplea grupo control ni tampoco seguimiento.

Spagnolo et al. (243) examinaron el efecto inmediato de un programa educativo, liderado por americanos con enfermedad mental, que realizaron sesiones informativas (60–90 minutos) cuyo contenido incluía aspectos sobre mitos y realidades de la enfermedad, síntomas, testimonios personales y estrategias de recuperación. Participaron adolescentes y alumnos de enseñanza superior (n= 426) sobre quienes no ofrece datos sociodemográficos. También fue evaluado a través de la r-AQ8C. Tras la sesión, los estudiantes reportan puntos de vista menos estigmatizadores de forma global ($p<0.000$) y en seis de los ocho ítems de la escala, siendo los de Culpa e Ira, con baja puntuación basal, los que no experimentaron cambios.

Wahl et al. (292) también analizaron el impacto de un programa educativo, “Breaking the Silence”. En este caso el material, elaborado por profesores que a su vez son padres de individuos con enfermedad mental, también resulta eficaz en la promoción del conocimiento ($p<0.001$), las actitudes ($p=0.012$) y la distancia social ($p=0.013$). Los cambios se mantiene a las seis semanas de seguimiento aunque con tendencia a la atenuación tanto en conocimiento como actitudes y distancia social ($p<0.05$).

Fuera de los EEUU se están realizando cada vez más intervenciones en este campo, utilizando diferentes estrategias (232). Se detallan a continuación algunas de las más relevantes.

La experiencia alemana del programa “Crazy? So What?” (231) se realiza con 240 alumnos de enseñanza secundaria de entre 14 y 15 años de edad. Utilizan diversos materiales (taller artístico, juegos) y el contacto directo con una persona diagnosticada de esquizofrenia. A través de un cuestionario de evaluación auto-aplicado, específicamente creado para el programa, se detecta mejoría en las actitudes ($p=0.01$) hacia la esquizofrenia aunque no en la distancia social ($p=0.11$). Los cambios en actitudes se mantuvieron al mes de seguimiento pero se perdió la tendencia a la significación estadística alcanzada en la dimensión de distancia social.

Los británicos Naylor et al. (233) optaron por un diseño dirigido a la formación del profesorado, a quienes entrenan para que después sean ellos quienes trabajen con jóvenes de 14-15 años. Los docentes reciben seis lecciones, de 50 min cada una de ellas, en las que se abordan tópicos como estrés, depresión, suicidio, alteraciones de la conducta alimentaria, acoso escolar y retraso mental. En el estudio participan dos centros escolares, uno de los cuales funcionaba como grupo control. Se objetivó mejoría, a los seis meses de seguimiento, en el conocimiento de los alumnos en aspectos como identificar enfermedades ($p=0.01$), el porqué de la depresión ($p=0.03$) y el acoso ($p=0.013$) así como disminución del uso peyorativo del lenguaje ($p=0.0001$),

al tiempo que incrementaron las conductas positivas con disminución de problemas de conducta auto-referidos ($p=0.0008$) y mejoría del comportamiento pro social ($p=0.006$).

También en Gran Bretaña, Pinfold et al. (232) lideraron un estudio dirigido a adolescentes ($n=472$) de entre 14–15 años en el que no emplean grupo control. El programa consiste en talleres, de dos sesiones de una hora de duración, diseñados a partir de ejercicios de grupo, video y diálogo con una persona con enfermedad mental. Se realiza una evaluación basal, otra una semana después de finalizar la segunda sesión y una tercera a los seis meses de seguimiento. Los estudiantes ganan conocimiento sobre la enfermedad mental y se incrementa el número de quienes critican los estereotipos (desde el 1% al 24%, $p<0.0001$) al tiempo que sube el porcentaje de quienes verbalizaban actitudes poco estigmatizadoras ($p<0.0001$). El cambio en distancia social no resultó significativo, excepto para un ítem ($p<0.0001$). La mejoría en las actitudes se atenúa aunque respecto al nivel basal continúa siendo significativa ($p<0.0001$). Sin embargo, no se asientan los cambios a nivel de conocimiento ni en la distancia social.

Stuart (286), en Canadá, analiza el impacto de un programa de contacto a través de soporte audiovisual, en el que se refleja la experiencia de personas diagnosticadas de esquizofrenia ($n= 571$). En una medición pre-post del conocimiento y de la distancia social se encuentra que el primero incrementa ($p<0.001$), al tiempo que disminuye la segunda ($p=0.02$).

Las dos últimas autoras, la británica Pinfold y la canadiense Stuart, comparan los resultados de sus programas si bien el primero va dirigido a la enfermedad mental en general y el segundo es específico sobre esquizofrenia (293). Se observa que los canadienses poseían mayor conocimiento previo en relación a que la enfermedad no se debe a un problema personal, de que es prevalente y de que no se asocia necesariamente con la violencia. El programa canadiense fue más eficaz entre varones mientras que el británico lo fue entre las chicas. Ambos mostraron una mayor eficacia entre los participantes de mayor edad que entre los jóvenes. También resultaron eficaces para modificar las actitudes y distancia social aunque con diferencias a nivel de los ítems individuales.

El estudio de Chan et al. (290), en China, destaca por ser el único que analiza qué aspectos de una intervención acarrea más beneficios. Se trata de un estudio controlado y aleatorizado en el que se examinan tres tipos de intervenciones: educativa ($n=88$), educativa seguida de contacto a partir de un video ($n=94$) y contacto seguida de educativa ($n=73$). Un grupo recibe una charla de 30 minutos; otro la misma charla seguida de un video (contacto indirecto) de 15 minutos; el tercero el video seguido de la charla. Se observa que la combinación charla-video es más

eficaz que la charla para conseguir un cambio de actitudes ($p < 0.05$) y de distancia social ($p < 0.001$). Además, resulta más eficaz que la combinación video-charla en relación a la distancia social ($p < 0.05$). El efecto remite al mes de seguimiento aunque se mantiene un ligero cambio en distancia social ($p < 0.05$) y sigue apreciándose la superioridad de la combinación charla-video respecto a educación ($p < 0.05$), pero pierde efecto respecto a la combinación video-charla ($p > 0.05$).

Economou et al. (289) publicaron los resultados de otro estudio aleatorizado en el que las actitudes de los jóvenes griegos hacia la esquizofrenia mejoran de forma significativa ($p < 0.01$), al igual que la distancia social ($p < 0.01$). Gran parte de los cambios en creencias y actitudes se mantuvieron al año de seguimiento ($p < 0.01$), mientras que remitieron las ganancias en distancia social. Los resultados de este estudio ganan en potencia ya que el grupo control recibió una intervención activa.

Rahman et al. (288) evaluaron en el Pakistán rural la eficacia de un programa educativo implantado durante cuatro meses en centros escolares, analizando el impacto en los participantes, en sus amigos, en sus padres y en los vecinos. Tras la conclusión del programa se objetivó que el conocimiento sobre la enfermedad mental, pobre a nivel basal, mejoraba entre los estudiantes ($p < 0.01$), sus padres ($p < 0.01$) y sus vecinos ($p < 0.01$). El resultado se interpretó como que los jóvenes comparten lo aprendido con el entorno y que el conocimiento se expande de forma proporcional al grado de cercanía con el estudiante. El grupo control mostró cambios entre los estudiantes ($p < 0.01$) y sus amigos ($p < 0.01$), aunque de menor magnitud que los experimentados por el grupo de intervención.

Saporito et al. (287) desarrollaron otro ensayo controlado, aunque no queda claro el método de aleatorización. Evalúa los cambios de actitudes tanto explícita como implícitamente, siendo el único estudio que emplea el IAT. La intervención es de tipo educativa en combinación con contacto directo, realizado a través de un video. El grupo control recibe una charla formativa sobre el tabaco. Detectan cambios en las actitudes explícitas pero no en las implícitas.

En España, el Grupo de Sensibilización sobre Salud Mental de Andalucía, en el marco de la estrategia "1decada4", diseñó y evaluó el Programa de Sensibilización "Lo Hablamos" (178). Se trata de un programa educativo en el que se forma al profesorado, que es quien imparte posteriormente la sesión, de 2,5 horas de duración. Durante la misma se proyecta un video en el que se muestra la experiencia de un joven con enfermedad mental. Algunas de las actividades y el video fueron importadas del programa "Positive Mental Attitudes", que desde el año 2005 se desarrolla en Escocia. Se realizó una intervención piloto en marzo de 2009, en el

IES Clara Campoamor de la localidad de Peligros (Granada), con veinticinco participantes de 4º de ESO, de edades comprendidas entre los 14 y 16 años. Posteriormente se realizó el estudio en once centros educativos, con la participación de un total de 186 estudiantes de tercer y cuarto curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de Institutos Públicos de Enseñanza Secundaria (IES) en Andalucía. La intervención se evaluó antes, una semana y pasado un mes después de su realización. Para ello se emplea la r-AQ8C de Corrigan. Se analizan estereotipos, actitudes e intención de comportamiento hacia la enfermedad mental, diferenciando entre trastorno psicótico y afectivo. Los resultados son diferentes conforme al trastorno estudiado. En relación a la depresión, la intervención modificó de manera negativa, incremento de la actitud estigmatizadora, el estereotipo de peligro ($p < 0.040$) y la intención de comportamiento relativas a la segregación ($p < 0.005$) y evitación ($p < 0.004$). Respecto al trastorno psicótico, la intervención no produjo modificaciones en ninguna de las dimensiones evaluadas.

También en España, Martínez-Zambrano et al. (294) encuentran, entre jóvenes de 14 y 16 años, diferencias significativas entre antes y después de la intervención para cuatro de sub-escalas: Autoritarismo ($p < 0.001$), Etiología interpersonal ($p < 0.001$), Restricción ($p < 0.001$) y Negativismo ($p < 0.001$), mientras que la Benevolencia tiende a la significación estadística ($p = 0.022$).

Chisholm et al. (295) han publicado, en el año 2012, el protocolo de un estudio de investigación cuyo diseño trata de superar algunas limitaciones de estudios previos. Pensado para ser implantado en siete centros escolares en Birmingham, trata de comparar el formato de intervención educativa con la combinación de educación y contacto directo, analizando la repercusión en conocimiento, bienestar emocional, resiliencia y procura de ayuda. Además, se analiza el papel de los rasgos esquizotípicos como factor de vulnerabilidad para desarrollar enfermedad mental. La intervención se extiende a lo largo de cuatro horas. Durante las dos primeras se abordan tópicos relacionados con la enfermedad mental y el estigma, y durante la segunda mitad se trabajan estrategias para optimizar la salud mental. Las cuatro horas se realizan seguidas. A pesar de que la literatura habla de que es preferible hacerlo de forma fraccionada, se elige este formato por facilidad de organización. Conforme refiere Mellor (17), la fuerza de este protocolo, a expensas de la publicación de resultados, está en su diseño randomizado con empleo de grupo control activo y en su potencial comparativo de los dos componentes de la intervención, tratando de esclarecer el papel del contacto directo en el conocimiento, la resiliencia y el bienestar emocional.

Puede concluirse que el estigma asociado a la enfermedad mental supone una importante carga para quienes la padecen, con repercusión a diferentes niveles. Para paliar sus consecuencias se requieren cambios a nivel individual, social e institucional. Por su permeabilidad, los adolescentes constituyen un grupo con potencial de cambio, en el que la realización de programas de sensibilización y prevención del estigma constituye además una herramienta preventiva. Hasta la fecha, la demostración empírica de este tipo de intervenciones se ha visto sesgada por las limitaciones metodológicas inherente al diseño de los programas entre las que se incluye el empleo de diseños no controlados ni aleatorizados, el efecto de la discapacidad social y cuestiones relativas al tipo de grupo control empleado. No obstante, parece sensato el planteamiento de que iniciativas adecuadamente diseñadas y evaluadas, permitirán ahondar en el papel de estos programas y en el peso de las diferentes estrategias disponibles. El presente estudio plantea el diseño y evaluación de un programa piloto de sensibilización frente al estigma dirigido a estudiantes de tercer curso de enseñanza secundaria en institutos de la Comunidad Foral de Navarra. Como estrategia se usará la combinación de educación y contacto directo con personas diagnosticadas de enfermedad mental que transmitirán su testimonio desde una perspectiva de recuperación, normalización e integración a todos los niveles, en la sociedad.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1. OBJETIVOS

El objetivo de este proyecto de investigación es diseñar y evaluar una intervención piloto de sensibilización frente al estigma asociado a la enfermedad mental, dirigida a población adolescente, basada en la combinación de la estrategia educativa y del contacto directo con personas diagnosticadas de enfermedad mental.

La intervención consta de dos sesiones, de 55 minutos cada una de ellas, y está dirigida a estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), realizándose el presente estudio piloto a nivel del tercer curso, conforme a los criterios detallados en apartado posteriores. La medida de su eficacia se valorará a través de los cambios referidos por los participantes en los estereotipos, prejuicios y en la propensión a mostrar conductas discriminatorias hacia la enfermedad mental. Como instrumento de evaluación se empleará la r-AQ8C. Con el fin de medir la sostenibilidad de los cambios en el tiempo, se realizarán medidas repetidas a través de la escala, concretamente una semana antes de la intervención (T0), inmediatamente después de su conclusión (T1) y a los seis meses de seguimiento (T2). Se empleará, dado el diseño del estudio, un grupo control para tratar de comprobar que los cambios observados se deban a la intervención, y no a otros potenciales factores de confusión.

3.1.1. Objetivo principal

Evaluar la eficacia de una intervención de sensibilización frente al estigma asociado a la enfermedad mental, empleando la combinación de estrategia educativa y de contacto directo, en una población de estudiantes de 3º de ESO, a través de la escala r-AQ8C.

3.1.2. Objetivos secundarios

1. Evaluar si la eficacia de la intervención se sostiene en el tiempo, a través de la comparación de las medidas del estigma realizadas inmediatamente después y a los seis meses de concluida la intervención.
2. Evaluar si la variable género es un factor asociado a la estigmatización de la enfermedad mental.
3. Evaluar si la variable familiaridad previa con la enfermedad mental es un factor asociado a la estigmatización de dicha enfermedad.

4. Verificar que el grupo control y el grupo de casos presenten igual estigma antes de la realización de la intervención, con el fin de desestimar la presencia de posibles factores que pudieran modificar la percepción de los participantes más allá de la propia intervención.
5. Examinar si, comparado con el grupo control, el grupo de sujetos expuesto a la intervención muestra mejores resultados en la medida de estigma repetida a los seis meses de concluida la intervención con el objetivo de comprobar que los cambios en el grupo de casos sean debidos a la intervención y no a otros potenciales factores como la maduración cognitiva/emocional.

3.2. HIPÓTESIS

Las hipótesis en las que basamos el estudio son las siguientes:

1. La intervención de sensibilización frente al estigma basada en el contacto directo y estrategia educativa es una herramienta útil, aplicada en estudiantes de 3º de ESO, como manera de reducir el estigma asociado a la enfermedad mental.
2. La intervención de sensibilización frente al estigma asociado a la enfermedad mental propuesta, basada en la combinación de estrategia educativa y de contacto directo, reduce de forma inmediata la medida del estigma entre estudiantes de 3º de ESO, cuantificada a través de la escala "Revised Attribution Questionnaire to Measure Mental Illness Stigma in Adolescents" (r-AQ8C).
3. El cambio conseguido por la intervención en la medida del estigma se mantiene a los seis meses de la intervención.
4. El factor género influye en la medida del estigma tanto a nivel basal, como inmediatamente después de la intervención y a los 6 meses de la misma, de modo que las mujeres muestran conductas menos estigmatizadoras que los varones al inicio del estudio, y se benefician más de la intervención.
5. El factor familiaridad con personas con enfermedad mental influye en la medida del estigma a nivel basal, de tal forma que aquellos con contacto previo con personas con enfermedad mental muestran conductas menos estigmatizadoras que aquellos que no han tenido contacto previo con ellas. Se espera también que quienes tenían contacto previo respondan más satisfactoriamente a la intervención con menos actitudes estigmatizadoras.

6. La maduración cognitiva de los sujetos participantes durante el periodo de seguimiento no reduce las conductas estigmatizadoras y solo aquellos que participan de la intervención propuesta muestran disminución en la medida de las mismas.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio piloto, de intervención, con seguimiento longitudinal, de tipo cuasi-experimental, con grupo control.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN A ESTUDIO

Este estudio piloto, dirigido a estudiantes de 3º de ESO (14-15 años), ha sido diseñado para implantarse en centros educativos públicos y/o concertados de Navarra. La intervención consta de dos sesiones de 55 minutos cada una de ellas, que se realizan en semanas sucesivas. Combina la estrategia educativa y el contacto directo con personas con experiencia de vida en la enfermedad mental. Como tal, es llevada a cabo por un equipo de personas diagnosticadas de enfermedad mental que ofrecen su testimonio y establecen un diálogo con los jóvenes. La intervención y los materiales empleados han sido diseñados, elaborados y/o adaptados por la investigadora ex profeso para esta intervención. Para la elaboración del material audiovisual se ha contado con la colaboración de un profesional en la materia.

4.2.1. El equipo de intervención

El equipo que llevó a cabo la intervención estuvo formado por un médico psiquiatra (la investigadora) y cuatro personas diagnosticadas de enfermedad mental.

4.2.1.1. Perfil del equipo

Se estableció como requisito para formar parte del equipo el estar diagnosticado de Trastorno Mental Grave. Todos los expertos tienen experiencia de clínica afectiva y psicótica, tres de los cuatro han requerido tratamiento hospitalario además de ambulatorio, dos de ellos han tenido experiencia de tratamientos involuntarios y todos poseían, en alguna medida, experiencia de consumo de tóxicos. Los cuatro miembros podían transmitir un mensaje de recuperación y empoderamiento. La mitad de los miembros del equipo eran varones. Dos de ellos contaban con 27 años de edad, y los otros dos con 36 y 37 años. Se procuró que los dos últimos tuvieran un perfil que permitiera a los jóvenes identificarse con ellos, a pesar de la diferencia de edad. Se entró en contacto con tres de las personas a través de la práctica clínica. La investigadora realiza actividad asistencial en el Centro de Salud Mental de Burlada, municipio limítrofe con Pamplona. Se propuso su participación en el proyecto a usuarios de la consulta que cumplieran con el perfil idóneo en relación al diagnóstico, estabilidad clínica, integración social y

habilidades de comunicación. Los miembros del equipo fueron C.G.A, G.J.E y E.R.Q. Los dos primeros están diagnosticados de Trastorno Bipolar y la tercera de Trastorno Esquizoafectivo. El cuarto miembro fue S.S.S, residente en Pamplona y autor del libro titulado “Tengo Trastorno Bipolar” (228). Tras la presentación pública del libro, la investigadora entró en contacto con él para proponerle participar en el proyecto.

Como puede observarse, existe un mayor peso de trastorno afectivo en el diagnóstico de los expertos, hecho que obedece a dos razones. Por un lado, la investigadora tuvo dificultades a la hora de encontrar a personas con diagnóstico de esquizofrenia, en situación de recuperación, que reunieran habilidades de comunicación y un perfil idóneo para la interacción con los jóvenes. La razón de esta dificultad podría hallarse en la propia naturaleza de la enfermedad psicótica. No obstante, también el perfil sociodemográfico de la población atendida en el área de referencia de la investigadora pudiera tener peso, dado que se trata de una población con un nivel educativo y cultural predominantemente medio-bajo. Ante esta dificultad, y en base a recomendaciones previas que apuntan a la conveniencia de así hacerlo, se trató de homogeneizar el perfil de los miembros del equipo y minimizar potenciales sesgos en la interpretación de los resultados inherentes al diagnóstico de los ponentes. El hecho de que todos ellos estén diagnosticados de Trastorno Bipolar pudiera condicionar la interpretación de los resultados, como más adelante se valorará.

4.2.1.2. Entrenamiento y supervisión

Antes de la realización de la intervención, los ponentes recibieron dos sesiones formativas en las que se les entrenó para que con su testimonio abordaran cinco aspectos: la experiencia personal; la aceptación; los abordajes terapéuticos de utilidad; los recursos personales empleados para afrontar la enfermedad mental; y las estrategias de superación para la consecución de objetivos personales. Además, se prestó especial atención a que todos los conceptos contenidos en los ítems de la escala de evaluación fueran trabajados con cada una de las aulas. Durante el transcurso del programa, se realizaron reuniones de seguimiento del mismo, analizando aspectos conflictivos y controlando que se cumplieran los objetivos. Siguiendo las indicaciones del manual “A Toolkit for Evaluating Programs meant to erase the Stigma of Mental Illness”(256), se monitorizó la fidelidad de cada sesión a los objetivos de la misma (Anexo 1). Además, se controló si, a nivel individual, los ponentes abordaban los diferentes ítems de la escala durante su narrativa (Anexo 2). Para facilitar la gestión de aspectos emocionales que pudieran surgir con su exposición pública, se realizó también

acompañamiento emocional a los miembros del equipo durante el tiempo de implementación del programa.

4.2.2. Estructura de la intervención a estudio

La intervención consta de dos sesiones en las que se emplean diferentes estrategias, herramientas y materiales. Tanto la intervención como los materiales en ella empleados han sido realizados en lengua castellana.

4.2.2.1. Formato de la intervención

La primera sesión es una intervención de carácter educativo, dirigida a trabajar con los alumnos cuestiones generales relativas a tópicos relacionados con la salud y la enfermedad mental, partiendo desde sus emociones, las relaciones interpersonales y las conductas positivas para su bienestar emocional. En la segunda sesión, se abordan aspectos relacionados con la enfermedad mental, desde una perspectiva integradora y facilitando el contacto directo con personas que han vivido la experiencia y pueden transmitir un mensaje de recuperación, empoderamiento y naturalización. Las escalas de evaluación se administran una semana antes de la intervención (T_0), a la conclusión de la segunda sesión (T_1) y a los seis meses de la misma (T_2).

La primera de las sesiones con cada aula fue impartida por C.G.A, junto con la investigadora. La segunda sesión contó con la presencia de ambas junto con la de un segundo miembro del equipo de “expertos”. S.S.S realizó el programa en el IESO de Berriozar, y G.J.E lo hizo en los tres institutos restantes. La asignación de los centros al segundo miembro del equipo se realizó siguiendo el criterio de compatibilidad con su horario laboral. Por este mismo motivo, E.R.Q finalmente no pudo participar en ninguna de las sesiones.

4.2.2.2. Contenido de la intervención a estudio

- Primera sesión

La primera sesión, de carácter educativo, tiene una orientación interactiva y experiencial, y procura que el participante se implique a nivel cognitivo, emocional y conductual. El peso de la sesión se reparte por igual entre ambas ponentes quienes se identifican por su nombre, sin ofrecer otro tipo de datos personales ni laborales. Previamente se había solicitado a los tutores que ofrecieran el mínimo de información posible en relación a la filiación de los miembros del equipo. Se realizan cuatro actividades a través de las cuales se contrastan los mitos relativos a

la enfermedad mental con información fidedigna. Desde una perspectiva biopsicosocial, se facilita información sobre la enfermedad mental y el tratamiento, al tiempo que se abordan los principales estereotipos relativos a ella: peligrosidad, imprevisibilidad, responsabilidad, recuperación y búsqueda de ayuda. La presentación interactiva permite la participación activa de los alumnos y da pie al diálogo entre ellos, marco en el que pueden aflorar sus experiencias personales. El vínculo entre los conceptos abstractos y sus vivencias facilita el establecimiento de empatía con los diagnosticados de enfermedad mental. Un quinto ejercicio, consistente en un juego de rol sobre el concepto de inclusión/exclusión del percibido como diferente, permite al adolescente experimentar las consecuencias de la discriminación.

Con el fin de que el procedimiento fuera similar en todas las intervenciones realizadas se diseñó un Manual de Actividades (Anexo 3). Las actividades realizadas se han extraído, previa autorización, del Manual de Actividades del programa “Lo Hablamos” (<http://www.1decada4.es/adolescenciayestigma/lohablamos>). A su vez, parte de este material procede del programa escocés “Positive Mental Attitudes”. Se trata de paquete curricular de veinticuatro actividades que se desarrollan, a razón de cuatro por año, durante los seis cursos en los que se imparte educación secundaria en el país (http://www.northeastglasgow.co.uk/health/org/positiv_ment_att.html).

- Segunda sesión

El contenido de esta sesión, por su naturaleza de diálogo abierto, puede resultar heterogéneo entre los distintos grupos. Con el fin de garantizar que todos los participantes recibieran la misma información y evitar sesgos, la sesión se inició siempre con un video protagonizado por los miembros del equipo y rodado en la ciudad de Pamplona (<https://www.youtube.com/watch?v=OqcDvmGynRY>) (Anexo 4). A partir de imágenes tomadas de la realidad cotidiana, el video enfatiza la descripción del estilo de vida “normalizado” de los protagonistas, ya que todos ellos poseen una historia satisfactoria de recuperación, viven de forma independiente, ejercen roles familiares, trabajan y tienen red de apoyo social. Se destacan las similitudes entre los diagnosticados y la audiencia, tratando de contrariar el estereotipo de que las personas con enfermedad mental son diferentes. Al no importar formatos ya elaborados por programas en marcha a nivel internacional, se pretende facilitar la identificación de los estudiantes con los ponentes, desde su pertenencia al mismo contexto socio cultural. Además, permite el contacto con los protagonistas tras la visualización del video, favoreciendo el establecimiento del diálogo.

Tras concluir el video, que tiene una duración de tres minutos, se presenta al miembro del equipo que acude por primera vez y se abre un espacio para que los alumnos verbalicen preguntas, sus inquietudes, dudas y reflexiones. La discusión se centra en las experiencias de la enfermedad por parte de los afectados, desde una perspectiva que incluye su relación con la enfermedad, experiencias de discriminación, el auto-estigma, efecto del tratamiento, importancia de la búsqueda de ayuda, desarrollo de soportes positivos, etc. Los “expertos” tratarán de introducir los diferentes tópicos que posteriormente van a ser medidos en la escala. Se procura que sea una sesión poco dirigida, aprovechando las cuestiones planteadas por el alumnado. Si este se muestra tímido, los ponentes enlazan su experiencia con los tópicos abordados en la primera sesión. Al final de la sesión la investigadora realiza la evaluación de la fidelidad de la sesión (Anexo 1).

4.3. ÁMBITO DE ESTUDIO

Este estudio piloto está dirigido a estudiantes de tercer curso de ESO (14-15 años) de centros públicos y/o concertados de Navarra, en las dos líneas lingüísticas posibles en cada centro: euskera y castellano. Se ha llevado a cabo en cuatro centros públicos de Navarra. Uno de ellos localizado en Pamplona (IES Pedro de Ursúa), otro sito en Berriozar (IESO de Berriozar), un tercero en Villava (IES Pedro de Atarrabia) y el cuarto en Peralta (IES Ribera del Arga), y ha contado con la participación de un total de 576 alumnos.

4.3.1. Criterios de elección del nivel académico

La ESO se cursa durante cuatro cursos académicos, desde los 12 a los 15 años de edad. Es de carácter obligatorio y gratuito, y constituye, junto con la Educación Primaria, la Educación Básica. En Navarra se puede cursar en tres modelos diferentes: el modelo G, en lengua castellana; el modelo D, en lengua vasca, el modelo A, en lengua castellana, incorporando la materia de Lengua y Literatura Vasca. A los efectos del presente estudio se diferenció entre los modelos G (castellano) y D (vascuence) incluyéndose a los alumnos del modelo A en el grupo de los de castellano, dado que en este modelo la asignatura de Lengua Vasca y Literatura se cursa en el espacio horario de la asignatura optativa. Además, en algunos centros se ha comenzado a impartir el modelo British, en el que se imparte la enseñanza en castellano y en inglés. En la ESO se ofertan una serie de materias de carácter optativo, de las que se elige una en cada uno de los cursos 1º, 2º y 3º. En el 3º Curso se puede elegir una materia de entre las siguientes: Segunda Lengua Extranjera, Cultura Clásica, Materias diseñadas por el centro, Lengua Vasca y Literatura (modelo A, en un centro G/A). En 4º curso de la ESO, además de una materia optativa, se escoge una opción curricular: científica, humanística o tecnológica.

Cada una de ellas tiene una materia vinculada: Física y Química, Latín o Tecnología, respectivamente. Completan la opción curricular dos materias de entre las siguientes: Biología y Geología, Física y Química, Latín, Segunda Lengua Extranjera, Informática, Educación Plástica y Visual, Música y Tecnología. Además, el alumno cursará una materia optativa de entre: Profundización en Matemáticas, Profundización en Física y Química, Literatura Universal, Geografía Económica, Iniciación Profesional-Transición a la vida adulta, Materia diseñada por el centro.

A la hora de seleccionar el nivel académico para realizar el estudio piloto se tuvieron en cuenta criterios de comparabilidad con otros estudios y de homogeneidad de la muestra. Estudios realizados con adolescentes a nivel internacional priman la franja de edad correspondiente a los cursos de 3º y 4º de la ESO frente a etapas madurativas más tempranas. En España, la Escuela Andaluza de Salud Pública diseñó y validó el programa “Lo Hablamos” en el marco del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Se trata del único programa de estas características implantado y evaluado en nuestro país hasta la fecha. Dirigido a alumnos de la ESO, trabajó con estudiantes del 3º y 4º curso. Aunque el diseño del presente estudio no es idéntico al programa “Lo Hablamos”, se emplea parte de su material y el mismo instrumento de evaluación. Respetando la franja de edad, es factible comparar posteriormente los resultados. Se optó por realizar la intervención en tan sólo uno de los dos niveles académicos. Se trató de que la muestra fuera lo más homogénea posible para evitar el factor de confusión que la madurez cognitiva asociada a la edad pudiera representar. En la selección del 3º frente a 4º de la ESO prima el mismo criterio de homogeneidad. Para cursar 4º, se escoge una opción curricular, dentro de la cual se eligen varias asignaturas optativas. Los grupos resultantes son bastante diferentes entre sí, ya que la preferencia por una opción curricular puede estar en relación con un determinado perfil de estudiantes. Además, dentro de un mismo grupo, los alumnos pueden estar cursando hasta tres asignaturas diferentes, por lo que el perfil dentro del aula también está sujeto a variabilidad, lo que podría condicionar la representatividad del grupo control. Esta condición no se da en los grupos de 3º de la ESO. En este nivel, los alumnos eligen el modelo lingüístico y una única asignatura optativa. Dentro de cada modelo lingüístico, la asignación de alumnos a cada aula es aleatoria. Cuando existe manipulación, ésta se realiza precisamente para formar grupos homogéneos entre sí. La única excepción la constituye el grupo de diversificación curricular, integrado por alumnos con déficits de rendimiento, en el que se sigue un programa de estudios adaptado. Para confirmar el criterio de homogeneidad en la selección del nivel académico, se consultó a los orientadores de los cuatro centros participantes. Todos ellos consensuaron la decisión final. Por la posible influencia de factores

culturales y cognitivos, las variables pertenecer al grupo de diversificación y el modelo lingüístico fueron consideradas en el análisis de los datos relativos al grupo de casos.

4.3.2. Criterio de elección de los centros participantes

Desde el Servicio de Orientación del Departamento de Educación del Gobierno de Navarra se establece el “Plan de Coordinación de Orientación”. Dentro de este plan, los orientadores de todos los centros educativos públicos de Navarra, tanto a nivel de Primaria como de Secundaria, realizan mensualmente reuniones en las que desarrollan las áreas propuestas por la Dirección. Los centros se organizan en grupos de trabajo determinados por el Departamento de Educación. Una persona consultada de forma regular por la investigadora en el CSM de Burlada, diagnosticada de Trastorno Depresivo Recurrente, fue invitada a participar en el estudio. Por su vinculación a un departamento de orientación en un colegio de Educación Primaria, rechazó su participación como ponente, pero facilitó el que la investigadora pudiera presentar el estudio ante uno de los grupos de trabajo de la ESO, en la sesión celebrada el día 26 de Abril del año 2013. En dicha sesión se encontraban presentes los orientadores de cinco institutos, estando ausente el orientador del sexto. Ninguno de ellos conocía la naturaleza de la propuesta previamente. Tras la presentación del estudio, se hizo entrega a los orientadores de un protocolo con la información concerniente al programa. Siguiendo el procedimiento habitual en los centros, fueron ellos quienes se encargaron de tramitar la propuesta y solicitar autorización de la dirección del instituto. En esta reunión se desestimó ya la participación de dos de los centros, dado que en ellos se impartían todos los niveles de la ESO mezclados en un sólo grupo de alumnos, lo que imposibilitaba la utilización de grupo control. Además, el grupo contaba con un reducido número de alumnos, situación que tampoco permitía el desdoble del aula para formar grupo de casos y de controles. Posteriormente se contactó con el orientador que se encontraba ausente y se le presentó personalmente el proyecto. De los cuatro centros a los que se les propuso, tres se sumaron al estudio: IES Pedro de Atarrabia, IES Pedro de Ursúa e IESO de Berriozar. La razón por la que el IESO de Aoiz no pudo participar fue que ya tenía cubierta la programación extracurricular del primer trimestre del curso lectivo 2013-2014, época en la que se pretendía llevar a cabo las intervenciones.

Tras analizar el perfil de los centros incluidos se consideró la posibilidad de integrar un cuarto instituto alejado de la capital, de carácter rural y con número suficiente de alumnos. Aunque Villava y Berriozar son municipios independientes de Pamplona, se encuentran situados en el término limítrofe de la ciudad y su actividad es predominantemente urbana. Se contactó con el IES de Peralta, que aceptó la propuesta. Se trató además de mantener un criterio de

variabilidad en relación al modelo lingüístico y al tipo de gestión (pública/concertada). Por este motivo se presentó el estudio a tres centros concertados. Dos de ellos declinaron su participación y el tercero no respondió a los sucesivos contactos que se realizaron por parte de la investigadora. De entre los dos que rechazaron la participación, uno de ellos alegó falta de interés en el contenido del programa, y el segundo tener completa la programación para el siguiente curso lectivo. El proceso de reclutamiento de los centros concluyó el día 28 de Junio del 2013, al cierre del curso escolar 2012-2013. La intervención fue realizada durante el curso académico 2013-2014.

4.3.3. Descripción de los centros participantes

Según los datos facilitados por el Departamento de Educación del Gobierno de Navarra (296) correspondientes al curso 2012-13, 90 centros impartieron enseñanza secundaria en la región, de los cuales 54 son de titularidad pública y 36 concertados. Se denominan IESO a los centros donde se imparte exclusivamente enseñanza secundaria obligatoria. Los IES son aquellos en los que se imparte el currículo completo de la enseñanza secundaria (ESO y Bachiller).

La ciudad de Pamplona consta de 197.604 habitantes (297) distribuidos en diferentes barrios. El IES Pedro de Ursúa se ubica en Mendillorri, barrio situado al este de la ciudad. En el centro se imparte ESO en los modelos, G y A (castellano) y D (euskera) distribuidos en cinco grupos para cada lengua. En ambos modelos hay un grupo de diversificación curricular. Berriozar es un municipio situado a 6 km de la capital, de cuya área metropolitana forma parte. Con una superficie de 2,7 km² y una población de 9.449 habitantes, se sitúa en el undécimo puesto como municipio de mayor población de la región. La población cuenta un importante número de población emigrante. El IESO de Berriozar ofrece ambos modelos lingüísticos. A nivel del tercer curso cuenta con cinco grupos, uno de ellos de Diversificación Curricular. El municipio de Villava, situado a 4 km al noreste de Pamplona, también está incluido en su área metropolitana. Aunque es el décimo mayor de la Comunidad, posee una alta densidad de población, ya que contiene 10.496 habitantes en una superficie de 1,06 km². En el IES Pedro de Atarrabia se imparte la ESO a cuatro grupos por modelo lingüístico. Sólo en el modelo D (vascuence) hay un grupo de diversificación curricular. Por su parte Peralta es un municipio situado en la Ribera Navarra, a 59 km de la capital. Ocupa el puesto 21 en la clasificación por tamaño de población de Navarra y cuenta con 6.009 habitantes, conforme a los datos correspondientes al año 2012. En el IES Ribera del Arga sólo se imparte ESO en lengua castellana y cuenta con un grupo de diversificación curricular.

4.4. MUESTRA

4.4.1. Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizaron como referencia los datos de la evaluación del programa “Lo Hablamos”. Este programa fue realizado como experiencia piloto en Marzo de 2009 en el IES Clara Campoamor de la localidad de Peligros (Granada), con 25 participantes de 4º de ESO, de edades comprendidas entre los 14 y 16 años. Posteriormente se realizó el estudio en 11 centros educativos de Andalucía con un total de 185 adolescente, de los cuales 106 actuaron como casos y 79 como grupo control. Para el estudio se tradujo la escala de evaluación r-AQ8C. Tras el estudio piloto se corrigieron déficits en la redacción de la misma. No obstante, la validación del instrumento en castellano no está publicada. En la evaluación de los resultados el alto número de pérdidas en el seguimiento condicionó el análisis de la medida realizada al mes de la intervención. El hecho de que la versión en castellano de la escala de evaluación esté traducida pero no validada, y que ni éste ni estudios similares ofrezcan datos sobre la magnitud mínima de la diferencia (tamaño de efecto) que se considera como clínicamente relevante dificulta la estimación del tamaño muestral según los cálculos habituales. Por este motivo el tamaño de la muestra se ha determinado de manera aproximativa, a partir de la comparación con otros estudios.

4.4.2. Criterios de inclusión

Como criterios de inclusión se contemplaron: cursar tercer curso de la ESO; tener una edad comprendida entre los 13 y 18 años; asistir a clases de manera regular en los centros seleccionados; dominio del idioma en el que se desarrolla la sesión (castellano); consentimiento informado de sus padres o tutores.

4.4.3. Criterios de exclusión

Como criterios de exclusión en el estudio se plantearon: ausencia de consentimiento informado de padres o tutores; edad inferior a 13 o superior a 18 años; haber participado previamente en un taller de sensibilización similar; padecer algún tipo de limitación intelectual, o de trastorno del desarrollo que limite las capacidades intelectivas o de socialización; encontrarse integrado en programa de apoyo a la integración (no así en la clase de diversificación curricular); no hablar fluidamente la lengua en la que se desarrolla el taller (castellano).

4.4.4. Grupo control

En este estudio de intervención se realizan medidas repetidas para cada participante, de manera que cada individuo funciona como control de sí mismo. No obstante, en el diseño del programa se contó con la presencia de un grupo control. Con ello se pretende contrastar que los cambios en el tiempo no son debidos a la maduración de los sujetos, ni a otros determinantes, sino a la intervención objeto de estudio.

En cada centro se designa a una de las aulas de 3º de la ESO como grupo control. En los centros con dos modelos lingüísticos se designó a un grupo control para cada modelo, excepto en el IES de Berriozar, dónde el modelo D sólo cuenta con un aula (grupo que se descarta como control). En caso de haberlos, los alumnos del programa de integración, con limitaciones intelectuales, fueron excluidos del estudio en virtud a las dificultades cognitivas. Por su parte, los alumnos que cursan estudios en el grupo de diversificación no presentan problemas intelectuales o retraso madurativo pero sí tienen dificultades en el rendimiento académico. Estos alumnos fueron incluidos en el estudio. En cada IES hay un sólo grupo de diversificación por lo que, entendiéndolo que no es representativo del resto del alumnado, se excluyó como candidato a grupo control. Pudiera ser que los alumnos con dificultades mostraran un tipo diferente de empatía hacia otros grupos minoritarios lo que podría condicionar las actitudes estigmatizadoras a nivel basal (6) y, posteriormente, un nivel diferente de cambio (232). Siguiendo el mismo criterio, fueron omitidas como potenciales controles otras dos aulas que, según información del centro, poseían un perfil diferente (aula 3º C del IES Ribera del Arga y 3ªA del IESO Berriozar) ya que, aun no siendo de diversificación, estaban integradas por alumnos con menor rendimiento académico.

Para la determinación del grupo control se siguió un proceso de manipulación. Primero se confirmó con el orientador del centro que, exceptuando las circunstancias referidas, los grupos eran semejantes entre sí en cuanto a: nivel académico; presencia de grupos étnicos; distribución por género y edad. En segundo lugar, tras recibir el calendario escolar, se programaron las sesiones, a impartirse en la hora lectiva correspondiente a tutoría, asignatura con frecuencia semanal. Se organizó de manera que en dos semanas se completara la intervención en cada centro, siempre que fuera posible. En la elección del grupo control se utilizó un criterio de simultaneidad en la programación de las sesiones. Para cada modelo lingüístico se escogió como grupo control aquel que coincidía en día y hora de tutoría con otro grupo. Si los dos grupos que coincidían eran candidatos a grupo control, se eligió entre ambos tirando una moneda al aire. El grupo control no recibe ningún tipo de intervención y recibe con

normalidad la clase de tutoría correspondiente a esa semana. Siguiendo el sistema de “lista de espera”, dada la finalidad educativa y de sensibilización del programa, tras la conclusión del estudio se realizó la intervención con el aula que funcionó como control. De esta forma, todos los alumnos interesados se beneficiaron del programa antes del cierre del curso académico.

4.5. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

4.5.1. Hoja de recogida de datos

El documento para la recogida de datos consta de una única hoja escrita por ambas caras. En la primera cara se recogen información de carácter sociodemográfico y en la segunda la escala de evaluación r-AQ8C (Anexo 5). Tras realizar el programa en el primer centro, y ante la cantidad de la información verbal que los participantes transmitieron en relación a su satisfacción, se diseñó una escala de satisfacción. En ella se solicita al alumno que puntúe cada una de las actividades realizadas y se deja un campo libre para sugerencias. Aunque esta medida escapa a los objetivos del presente estudio, se consideró pertinente realizarla con el fin de medir la importancia de cada actividad y disponer de datos para aplicaciones futuras (Anexo 6).

4.5.2. Cronograma de la intervención

Al cierre del curso lectivo 2012-2013 estaban decididos los centros que participarían en el estudio. El periodo de recogida de datos se extendió a lo largo del siguiente curso académico 2013-2014. Al inicio de este curso, durante el mes de Septiembre, se entregó en cada centro el material necesario (CI y Hojas de recogida de datos). También durante este mes se realizaron reuniones informativas con los tutores de las aulas que iban a participar en el estudio. Se les solicitó que administraran a los alumnos la escala de evaluación basal (T_0) una semana antes del inicio de la intervención, en la hora de tutoría. Para minimizar el condicionamiento de las respuestas, debido a la deseabilidad social, se les recomendó que evitaran ofrecer información sobre el programa. La segunda evaluación (T_1) se recoge inmediatamente después de la segunda sesión y es facilitada por la investigadora. La tercera (T_2) fue administrada seis meses después por los tutores de grupo.

A fin de minimizar el que los participantes tuvieran conocimiento del contenido de las sesiones por la información procedente de los grupos que ya habían recibido la intervención, se propuso que todas las aulas de un instituto recibieran la intervención a lo largo del mismo día, en dos semanas sucesivas (una sesión por día). Por cuestiones organizativas, sólo el IES de Berriozar ofreció este formato. En el resto las sesiones fueron implementadas en la hora de tutoría

correspondiente a cada aula, en dos semanas sucesivas. En los IES Pedro de Atarrabia y Ribera del Arga se completó el estudio en las dos mismas semanas. El elevado número de aulas con las que cuenta el IES Pedro de Ursúa condicionó el que dos grupos tuvieran que comenzar antes que el resto (Anexo 7).

Todas las sesiones se realizaron durante el primer trimestre del curso, de manera que la medida de seguimiento a los seis meses pudiera concluirse durante los meses de abril y mayo, antes de finalizar el año académico. En el IES Ribera del Arga se realizó la intervención durante el mes de Diciembre. Dado que durante el mes de Junio se realizan los exámenes finales, el centro solicitó adelantar la medida de seguimiento (de Junio a finales de Mayo), lo que redujo ligeramente el intervalo de seguimiento. Concluido el estudio, y ya fuera de él, se realizó la intervención con el grupo control (Anexo 8).

4.5.3. Descripción del instrumento de la medida del estigma

El Cuestionario r-AQ8C forma parte de una amplia batería de instrumentos de evaluación de los diferentes componentes del proceso de estigmatización desarrollado por Patrick Corrigan (256). Se trata de una escala adaptada a población adolescente a partir del cuestionario AQ-C27. Es de carácter anónimo y auto-aplicada. Se solicita al alumno que lea una historia y que conteste a un listado de preguntas que se realizan a continuación. La escala ha sido traducida al castellano por el equipo de la Escuela Andaluza de Salud Pública que desarrolló el ya citado programa “Lo Hablamos. Sensibilización sobre la salud mental en las aulas”. Tras realizar un estudio piloto con veinticinco alumnos, en el que se evaluó la idoneidad de la escala como herramienta de medida, se realizaron cambios en la redacción de la escala. Uno de los objetivos de este estudio era analizar si existían diferencias en conductas estigmatizadoras en función del diagnóstico. Por este motivo, tras el pilotaje utilizaron dos historietas diferentes para ilustrar dos casos de enfermedades afectivas y psicóticas. En el presente estudio se usa la versión original de la historieta, que fue usada en el estudio piloto y se mantienen las correcciones a la traducción que se introdujeron en el estudio sucesivo. Se trata de una breve historia que procura facilitar al lector únicamente información sobre la etiqueta diagnóstica.

Carlos es un estudiante nuevo que va a venir a tu clase. Antes de que venga, el tutor os explica que Carlos tiene una enfermedad mental y que proviene de un colegio especial

- 1 Me daría pena de Carlos
- 2 Pensaría que puede ser una persona peligrosa
- 3 Le tendría miedo

- 4 Lo que sea que le ocurra, se lo ha buscado
- 5 Debería estar en un colegio especial, no en una clase normal como la mía
- 6 Que estuviera en clase conmigo me molestaría
- 7 Si necesitara ayuda con sus deberes, lo ayudaría
- 8 Intentaría no acercarme a él/ella después de clase.

4.5.4. Variables de estudio

4.5.4.1. Variables independientes

Las variables independientes recogen datos sociodemográficos de carácter general, junto con el código de apareamiento que permite la identificación de los participantes (Anexo 9).

4.5.4.2. Variables dependientes

La variable dependiente será la medida de cambio en estereotipos, prejuicio y distancia social, a partir de la escala de evaluación r-AQ8C. Consta de 8 ítems (numerados de T1 a T8), que se puntúan según una escala Likert del 1 al 9. Miden 8 dimensiones divididas entre estereotipos, prejuicios y distancia social. En esta última, dos de ellos equivalen a actitudes discriminatorias negativas y uno de ellos positiva.

- Ítem 1: Pena (prejuicio)
- Ítem 2: Peligrosidad (estereotipo)
- Ítem 3: Miedo (prejuicio)
- Ítem 4: Culpa (estereotipo)
- Ítem 5: Segregación (conducta)
- Ítem 6: Ira (prejuicio)
- Ítem 7: Ayuda (conducta)
- Ítem 8: Evitación (conducta)

La puntuación es individual para las dimensiones analizadas en cada ítem. A mayor puntuación, mayor es el estereotipo, el prejuicio o la intención de comportamiento discriminador. En el ítem 7 la relación es inversa (mayor puntuación indica menor conducta estigmatizadora). Para el cómputo global se suman las puntuaciones individuales. En la suma, el ítem 7 se pondera a la inversa.

La escala ha sido traducida al castellano por el equipo de la Escuela Andaluza de Salud Pública. En su momento los autores realizaron un análisis de las propiedades psicométricas para la validación del cuestionario. En un informe interno no publicado señalan como

conclusiones más relevantes que la versión del AQ-8C presenta propiedades de la medida aceptables (adecuada consistencia interna, estructura factorial tendente a la unidimensionalidad, y buena fiabilidad test-retest) como para poder ser utilizada, si bien recomiendan ciertas mejoras futuras y un análisis más potente incrementando el tamaño muestral (298).

4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se utilizó la herramienta IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 20. En cuanto a la estadística descriptiva, se analizaron las frecuencias y medias de las variables sociodemográficas por un lado en la muestra total, y por el otro de manera independiente en el grupo de casos y en el grupo control. Para detectar posibles diferencias entre las variables sociodemográficas de ambos grupos se recurrió a los estadísticos chi-cuadrado de Pearson para variables cualitativas y t de Student para muestras independientes para variables cuantitativas. Se consideró la significación de los datos a partir de un p -valor <0.05 .

Las variables dependientes son de carácter cuantitativo. Según la prueba de Kolmogórov-Smirnov la mayor parte de las variables eran de tipo no paramétrico. Conforme al "Teorema del Límite Central" o "Teorema Central del Límite" (en su acepción más extendida en España), a partir de un cierto tamaño de muestra, la distribución tiende a la normalidad. Habitualmente se admite que para $n>30$ se puede asumir el TCL (autores más restrictivos señalan que si la varianza poblacional no es conocida, n debería ser mayor de 100 para poder aplicarlo con más garantías). Ambas condiciones se cumplen en este caso por lo que se asume el TCL y la normalidad de las variables. Esta decisión se vio apoyada por el hecho de que se trata de variables que no están relacionadas entre sí y que tienen una distribución similar. Además, buena parte de las gráficas de distribución se asemejaba a la normalidad. Para el análisis inferencial, la medida de la eficacia de la intervención se realiza a través del análisis de variables cuantitativas de muestras relacionadas empleando el estadístico t de Student. Se ha comparado la medida basal T_0 con la correspondiente a T_1 y la basal con la correspondiente a T_2, de manera independiente. Además, se han comparado entre si las medidas correspondientes a T_1 y T_2. También en este caso se consideró la significación de los datos a partir de un p -valor <0.05 . Junto con la significación estadística se presentan datos de Tamaño de Efecto según la d de Cohen, ya que permite interpretar mejor la magnitud cuantitativa del cambio.

Para determinar la potencial influencia de los factores género y familiaridad previa en las medidas del estigma se realizan pruebas de regresión lineal múltiple, bajo el criterio de mínimos cuadrados. A nivel basal se realiza la regresión lineal tras ajustar por edad, género y contacto previo. Para las medidas de seguimiento se ajusta, además de por dichas variables, por la puntuación del ítem en T_0, según corresponda. Se consideró la significación de los datos a partir de un p -valor < 0.05 .

4.7. CONTRASTE DE HIPÓTESIS

Hipótesis principal

- Hipótesis nula

Se espera que inmediatamente, y a corto plazo, de realizar una intervención de sensibilización frente al estigma asociado a la enfermedad mental, empleando la combinación de estrategia educativa y de contacto directo, en estudiantes de 3º de ESO, no disminuya la medida de estigma, cuantificada a través de la escala “Revised Attribution Questionnaire to Measure Mental Illness Stigma in Adolescents” (r-AQ8C).

- Hipótesis alternativa

Se espera que inmediatamente, y a corto plazo, de realizar una intervención de sensibilización frente al estigma asociado a la enfermedad mental, empleando la combinación de estrategia educativa y de contacto directo, en estudiantes de 3º de ESO, disminuya la medida de estigma, cuantificada a través de la escala “Revised Attribution Questionnaire to Measure Mental Illness Stigma in Adolescents” (r-AQ8C).

Hipótesis secundarias

Se enuncian las hipótesis secundarias como hipótesis nulas:

1. Se espera que, para el grupo sometido a la intervención, no existan diferencias entre la medida del estigma realizada inmediatamente después de concluida la intervención y seis meses después de la misma.
2. Se espera que en la evaluación de las actitudes basales no haya diferencias en la medida del estigma en función del género de los sujetos participantes.

3. Se espera que no haya diferencias en la medida del estigma en función del género de los sujetos participantes ni inmediatamente después ni a los seis meses de realizada la intervención.
4. Se espera que en la evaluación de las actitudes basales no haya diferencias en las medidas del estigma en función de la familiaridad previa de los sujetos participantes con personas con enfermedad mental.
5. Se espera que no haya diferencias en las medidas del estigma en función de la familiaridad previa de los sujetos participantes con personas con enfermedad mental ni inmediatamente después ni a los seis meses de realizada la intervención.
6. No se espera que en la medida del estigma realizada antes de la intervención, existan diferencias entre los resultados del grupo de casos y los del grupo control.
7. No se espera que en la medida del estigma realizada seis meses después de concluida la intervención, existan diferencias entre los resultados del grupo a ella expuesto respecto a los del grupo control.

En el contraste de hipótesis se rechaza la hipótesis nula cuando el nivel de significación en los análisis de contraste de hipótesis es menor o igual a 0,05 (IC95%).

4.8. FUNDAMENTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Los fundamentos éticos y metodológicos de la investigación fueron valorados tanto por la Fundación Argibide (Departamento de Investigación) como por la Dirección de Salud Mental de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Navarra, según los criterios exigibles (299, 300), recibiendo la aprobación y el aval de ambos organismos (Anexos 10 y 11). Si bien este tipo de programas educativos en estudiantes sanos no se considera como tal una intervención biomédica, se aplicaron los criterios que exigen las mismas por ser altamente rigurosos y garantes (Anexo 12). El duplicar este requisito tiene que ver con el puesto laboral de la investigadora y la particular relación entre ambas entidades. La investigadora trabaja para la Fundación Argibide (institución privada) quien gestiona el Centro de Salud Mental de Burlada por concierto con el Gobierno de Navarra. La población ahí atendida procede del ámbito público.

Por otra parte la Dirección de Educación del Gobierno de Navarra fue informada de la misma, dándole el visto bueno sin que cuestionaran los estándares de calidad ni los criterios éticos (Anexo 13). Cada centro educativo, a través de su Dirección, recibió toda la información sobre el proyecto y firmó el CI autorizando la participación en el mismo.

4.8.1. Confidencialidad

El tratamiento de los datos, incluidos los relativos a la filiación de los ponentes, se ha realizado conforme a las medidas de seguridad establecidas en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal vigente. Con el fin de respetar su anonimato, cada sujeto participante ha sido identificado con una clave de apareamiento. Toda la información recogida se ha mantenido en la más estricta confidencialidad. Sólo la investigadora y las autoridades competentes han tenido y tendrán acceso a ella. El procesamiento y archivado de datos ha corrido a cargo de la investigadora. Los directores de tesis han tenido acceso, para la supervisión del análisis estadístico y la inferencia de datos, a la base de datos con los sujetos anonimizados a través de códigos cuyas claves sólo posee la tesinanda.

4.8.2. Consentimiento Informado

Siendo los alumnos menores de edad se solicitó a sus padres o tutores el Consentimiento Informado para participar en las mismas. Se elaboró un consentimiento informado (CI) dirigido a los padres de los participantes, tanto del grupo de casos (Anexo 14) como del grupo control (Anexo 15), y otro para el centro (Anexo 16). El documento recogía información completa y comprensible sobre la naturaleza y finalidad del estudio, así como de las garantías de confidencialidad de los datos y posibilidad de abandono del estudio. Además, se facilitó la posibilidad de ponerse en contacto con la investigadora si durante el estudio surgiera alguna incidencia. Se acordó con los orientadores que la entrada en contacto con los padres o tutores legales se realizaría conforme a la práctica habitual del centro. Los cuatro institutos presentaron el estudio durante la primera reunión de curso con los padres. En caso de no asistencia a dicha reunión, el alumno fue el encargado de llevar al domicilio el documento y devolverlo firmado. Antes del inicio de la primera sesión, el tutor del aula entregó a la investigadora los consentimientos. Los alumnos no autorizados a participar en la sesión quedaron a cargo del tutor durante el transcurso de la misma. Entendiendo que la ausencia del documento firmado podría deberse a fallos en la entrega del mismo, los tutores contactaron telefónicamente con los padres de los alumnos que, no habiendo entregado el CI, aseguraban estar autorizados, recogándose la confirmación vía telefónica.

La investigación cuenta además con el consentimiento de los colaboradores del programa para poder ser citados de manera no anónima. No obstante se ha preferido referirlos por sus iniciales, salvo en el caso de uno de los participantes, quien previamente ya había hecho pública en diferentes mesas y con la presentación de su libro, su condición de paciente

diagnosticado de trastorno bipolar. Se ha optado por mantener su anonimato ya que se entiende que revelar sus datos no redundaría en un mayor interés de la investigación.

4.8.3. Difusión de resultados

De acuerdo a la normativa vigente, el investigador principal y los colaboradores del estudio se comprometen a enviar los resultados tanto positivos como negativos de la investigación para su publicación a una o varias revistas científicas de interés. Se procurará igualmente la difusión de resultados en otros formatos.

4.8.4. Conflicto de intereses

Este estudio no ha recibido financiación externa para su desarrollo y no existen conflictos de intereses.

5. RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

5.1.1. Muestra global y exclusión de casos

La intervención fue realizada con un total de 576 estudiantes ($n=576$). De los posibles candidatos a participar en el estudio, la mayoría de sumó a él. Tres alumnos de un centro no fueron autorizados por sus progenitores y un cuarto, a pesar de estar autorizado, prefirió no asistir al programa. Una vez integrado en el estudio, ningún participante lo abandonó de forma voluntaria. Debido al absentismo escolar los días en los que fue aplicado el instrumento de evaluación, un 16.19% del total de los participantes no completaron las tres medidas (dos en el caso de los controles).

En el análisis de los datos sociodemográficos no se encontraron valores perdidos excepto para la variable "Fecha de nacimiento", en la que falta información relativa a cuatro sujetos. Estos participantes fueron excluidos en el análisis de la muestra. Tampoco se encontraron valores extremos en ninguna de las variables excepto para la edad, que comprendía individuos entre los 13.8 y 18 años. Se consideró que mayor edad pudiera estar en relación con un grado superior de madurez y que ello pudiera condicionar el tipo de respuesta. Por este motivo, se excluyeron de la muestra aquellos participantes que hubieran repetido curso en más de una ocasión. Por lo tanto, los casos analizados son los correspondientes a los nacidos en el año 1999 (14-15 años durante el curso 2013-2014) y a los nacidos en el año 1998 (15-16 años).

En la muestra restante ($n=531$), se estudió el perfil sociodemográfico del grupo de repetidores respecto a los no repetidores (Tabla 1). Con ello se pretendió descartar la existencia de alguna característica diferencial entre ambos grupos que pudiera mediar en las actitudes estigmatizadoras. Aunque existen diferencias en el perfil de los alumnos integrantes de cada grupo, se dan en aspectos que no parecen influir en el objetivo de este estudio: entre los repetidores se observa un mayor porcentaje de varones y de estudiantes de procedencia extranjera. Tal como era de esperar, el número de alumnos repetidores es mayor en las aulas de diversificación. La proporción de repetidores en el grupo de casos y en el grupo control es similar. Tampoco se aprecian diferencias en la proporción de repetidores entre quienes reconocían familiaridad previa con la enfermedad mental y quienes no lo hacían. El porcentaje de repetidores varía en función del centro educativo, de manera que una mayor proporción se agrupan en el IESO Pedro de Ursúa y en el de Berriozar. Se da la circunstancia que éste último tiene un mayor porcentaje de alumnos inmigrantes (28.3%) que el resto (9,6% P. Atarrabia; 9% P. Ursúa; 8,6% R. Arga). Por último, repiten menos los estudiantes del modelo euskera que los

de castellano, lo que podría explicarse porque los extranjeros eligen preferentemente el modelo castellano (93.9% vs.6.1%).

Tabla 1. Perfil sociodemográfico del grupo de repetidores frente al de no repetidores

		¿Repetidor?				Test chi-cuadrado de Pearson		
		No repite		Repite				
		n	% Válido	n	% Válido	x ²	df	sig
Género	Varón	190	47,5%	76	58,0%	4,365	1	,037
	Mujer	210	52,5%	55	42,0%			
Nacionalidad	No contesta	2	0,5%	1	0,8%	32,87	2	,000
	Española	367	91,8%	95	72,5%			
	Otros	31	7,8%	35	26,7%			
Contacto previo	Sí	202	50,5%	58	44,3%	,000	1	,216
	No	198	49,5%	73	55,7%			
Centro educativo	IES Berriozar	55	13,8%	37	28,2%	15,82	3	,001
	IES P. de Ursúa	180	45,0%	43	32,8%			
	IES P. de Atarrabia	113	28,3%	33	25,2%			
	IES Ribera de Arga	52	13,0%	18	13,7%			
Progr. diversificación	Sí	1	0,3%	29	22,1%	88,68	1	,000
	No	399	99,8%	102	77,9%			
Modelo lingüístico	Castellano	218	54,5%	97	74,0%	15,62	1	,000
	Vascuence	182	45,5%	34	26,0%			
Grupo de estudio	Caso	289	72,3%	102	77,9%	1,601	1	,206
	Control	111	27,8%	29	22,1%			

5.1.2. Características sociodemográficas de la muestra

La muestra global analizada está compuesta por un total de 531 (n=531) estudiantes, de los cuales el 50.1% son varones (n=266) y el 49.9% mujeres (n=265). La edad media de los participantes es de 14.6 años (\pm 0.51). Del total de los participantes, un 49.0% (n=260) reconocían haber tenido contacto previo con personas diagnosticadas de enfermedad mental. Durante el transcurso de las sesiones se aprecia que los alumnos incluyen entre las enfermedades mentales algunas patologías neurológicas, por lo que este error pudiera estar sobredimensionando el dato.

Se trata de una población mayoritariamente española, con un 87% (n=462) de sujetos naturales del país. A efectos del análisis, la variable nacionalidad se recodificó en dos categorías (española y otras) ya que las categorías de extranjeros contenían un bajo número de casos. La segunda procedencia más frecuente fue la que comprende a los naturales de América del Sur y del Centro (Tabla 2). Los alumnos procedían de cuatro centros educativos. En tres de ellos se imparte la escolaridad en dos modelos lingüísticos distintos. En todos los

centros se imparten clases a alumnos integrados en el modelo de diversificación curricular (Tabla 3).

Tabla 2. Distribución según la nacionalidad

		n	% Válido
Nacionalidad	No rellenado	3	0,6%
	Española	462	87,0%
	América Sur y Centro	40	7,5%
	Norteamericana	1	0,2%
	Europea	17	3,2%
	Africana	8	1,5%
	Total	531	100,0%

Tabla 3. Distribución según centro educativo, modelo lingüístico y programa de diversificación curricular

		n	% Válido
Centro educativo	IES Berriozar	92	17,3%
	IES Pedro de Ursúa	223	42,0%
	IES Pedro de Atarrabia	146	27,5%
	IES Ribera de Arga	70	13,2%
Progr. Diversificación	Sí	30	5,6%
	No	501	94,4%
Modelo lingüístico	Castellano	315	59,3%
	Vascuence	216	40,7%

5.1.3. Análisis comparativo de las variables sociodemográficas entre grupo de casos y grupo control

Dentro de cada centro participante se escogió un grupo control para cada modelo lingüístico. En su selección se excluyó como candidatos a grupo control a los grupos de diversificación curricular. Se entiende que el hecho de estar integrados por alumnos con dificultades de rendimiento les restaba representatividad. De entre el resto de las aulas se escogió al azar una de ellas para funcionar como control.

Un 73.6% (n=391) de los estudiantes formaron parte del grupo de casos y un 26.4% (n= 140) del de control. La media de edad ($\mu \pm \sigma$) de los participantes fue similar en ambos grupos: casos (14.58 \pm 0.51 años) y control (14.50 \pm 0.52 años). En la comparación del resto de las variables sociodemográficas entre el grupo de casos y el grupo control, realizada a través del test Chi Cuadrado de Pearson, tampoco se encontraron diferencias significativas. Excepción hecha para la variable de programa de diversificación, que se justifica por la razón arriba indicada (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis comparativo de variables sociodemográficas entre grupos de casos y control

		Grupo de estudio				Test chi-cuadrado Pearson		
		Caso		Control		x ²	df	sig
		n	n %	n	n %			
Género	Varón	195	49,9%	71	50,7%	,029	1	,864
	Mujer	196	50,1%	69	49,3%			
Nacionalidad	No contesta	2	0,5%	1	0,7%	,088	2	,957
	Española	340	87,0%	122	87,1%			
	Otros	49	12,5%	17	12,1%			
Contacto previo	Sí	192	49,1%	68	48,6%	,012	1	,914
	No	199	50,9%	72	51,4%			
Centro educativo	IES Berriozar	69	17,6%	23	16,4%	3,779	3	,286
	IES P. de Ursúa	169	43,2%	54	38,6%			
	IES P. de Atarrabia	108	27,6%	38	27,1%			
	IES Ribera de Arga	45	11,5%	25	17,9%			
Modelo lingüístico	Castellano	227	58,1%	88	62,9%	,985	1	,321
	Vascuence	164	41,9%	52	37,1%			

5.2. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES A NIVEL BASAL

La evaluación de las variables dependientes se realiza en tres momentos: una semana antes de la intervención (T0), inmediatamente después de su conclusión (T1) y a los seis meses de seguimiento (T2). Las instrucciones facilitadas para su cumplimiento fueron similares para todos los participantes y no se modificaron en las tres ocasiones en las que se administró la escala de evaluación.

5.2.1. Descripción de las variables dependientes

La escala consta de 8 ítems que constituyen cada una de las variables independientes. Se puntúa de 1 a 9 en una escala Likert. A mayor puntuación, mayor es la presencia de la actitud estigmatizadora en cada ítem, excepto para el número 7. Este ítem representa la intención de ayuda y la puntuación es inversa, de manera que cuanto mayor sea ésta, mayor es la intención de ayudar. La puntuación final de la escala corresponde a la suma directa de la puntuación de cada ítem, excepto el ítem 7 que se suma a la inversa. La puntuación máxima de la escala es, por tanto, de 63 puntos.

Cada una de estas variables representa un estereotipo, prejuicio o una intención de comportamiento, distribuidos de la siguiente manera:

- Ítem 1: Pena (Prejuicio)
- Ítem 2: Peligrosidad (Estereotipo)

- Ítem 3: Miedo (Prejuicio)
- Ítem 4: Culpa (Estereotipo)
- Ítem 5: Segregación (Distancia social)
- Ítem 6: Ira (Prejuicio)
- Ítem 7: Ayuda (Distancia social inversa)
- Ítem 8: Evitación (Distancia social)
- Total: ítem 1+ítem 2+ ítem 3+ítem 4+ ítem 5+ítem 6+ (9-ítem 7)+ítem 8

En la representación gráfica de la escala los extremos se llamaron “Nada” y “Mucho”, conforme se muestra en la Figura 1, con el único fin de situar al alumno en la puntuación de la escala. Esta presentación gráfica de la escala dio lugar a confusión. A pesar de que las equivalencias numéricas estaban explícitamente explicadas en las instrucciones, algunos participantes usaron el texto “Nada” y “Mucho” como parte de la escala, puntuando en lo que serían los valores 0 y 10. Esta situación se dio en la puntuación de cinco de los ocho ítems. En el análisis se decidió recodificar las puntuaciones 0 y 10, asumiéndolas como equivalentes a los valores reales de ambos extremos de la escala (valores 1 y 9 respectivamente) y procediéndose a reescalar el resto de valores posibles de esos alumnos que emplearon escalas 0 a 10. No obstante, este proceso de reescalado no se hizo de manera general para todos los ítems del alumno que al menos una vez hubiera usado un valor 0 o 10, sino que se trabajó por momentos temporales. El hecho de que un alumno utilizara la escala 0 a 10 en el momento temporal inicial no implica necesariamente que a los 6 meses siguiera manteniendo dicha percepción de la escala, como se pudo comprobar en los datos de los sujetos. Se adoptó este procedimiento porque, siendo metodológicamente el más correcto, se asumió como aquel que resultaba más conservador y que permitía minimizar la pérdida de tamaño muestral. Una vez detectado el engaño, y con el fin de distorsionar los menos posible el sistema de puntuación, no se avisó del mismo en las sucesivas administraciones de la escala. De esta manera algunos alumnos mantuvieron la escala de 0 a 10 mientras que otros en los siguientes momentos temporales emplearon espontáneamente la escala original que figuraba en las instrucciones (1 a 9).

Figura 1. Imagen de la representación gráfica del instrumento de evaluación

Código de apareamiento: **Fecha:**

Este cuestionario se rellena de forma anónima. Con el fin de poder guardar los datos, has de identificarte con un código. Tu código se hace a partir de las iniciales de tu nombre (sólo el primero si es compuesto) y tus dos apellidos seguido del día en el que naciste (sin mes ni año)
 Por ejemplo: Xabier Ortiz Méndez, día de nacimiento 07 = Código XOM07

POR FAVOR, LEE ATENTAMENTE ESTA HISTORIA

Te vamos a pedir que leas atentamente una historia. Después te haremos preguntas. Cada pregunta se responde rodeando con un círculo el número que mejor refleje lo que tú piensas.

Tu respuesta puede ir desde el 1 al 9. Siendo lo más bajo el 1 (nada en absoluto) y el 9 lo más alto (muchísimo).

Carlos es un estudiante nuevo que va a venir a tu clase. Antes de que venga, el tutor os explica que Carlos tiene una enfermedad mental y que proviene de un colegio especial

1. Me daría pena de Carlos

Nada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------

5.2.2. Análisis basal de las variables dependientes

En la evaluación basal, la puntuación media total fue de 22,81 puntos (± 8.602) para el grupo de casos y de 20,72 puntos (± 7.414) para el grupo control, lo que refleja una tendencia a la baja en las actitudes estigmatizadoras, sin que la diferencia de medias resultara significativa. El valor medio de cada una de las variables fue inferior al valor cuatro para seis de los ocho ítems (Tabla 5). Los ítems con mayor puntuación fueron el ítem 1, correspondiente a Pena, y el ítem 7, correspondiente a Ayuda. El ítem 1, Pena, representa al prejuicio de benevolencia. Aunque a priori pueda parecer que una mayor puntuación corresponde a menor actitud estigmatizadora, este prejuicio se ha relacionado con actitudes paternalistas y se considera estigmatizador. En relación al ítem 7, Ayuda, no existe esta ambivalencia interpretativa y una puntuación alta refleja un deseo de establecer menor distancia social.

Tabla 5. Puntuación media de las variables dependientes por grupo y momento de evaluación

		T0		T1		T2	
		Media	Des. std	Media	Des. std	Media	Des. std
Ítem 1	Caso	6,06	2,361	4,94	2,653	5,18	2,523
	Control	5,85	2,276	--	--	5,43	2,292
Ítem 2	Caso	2,35	1,684	2,15	1,521	2,42	1,630
	Control	2,01	1,565	--	--	2,00	1,322
Ítem 3	Caso	1,89	1,510	1,92	1,423	1,92	1,406
	Control	1,58	1,183	--	--	1,66	1,336
Ítem 4	Caso	1,57	1,348	1,39	1,027	1,40	1,109
	Control	1,43	1,236	--	--	1,35	1,040
Ítem 5	Caso	3,99	2,457	2,41	1,899	3,11	2,206
	Control	3,77	2,477	--	--	3,73	2,459
Ítem 6	Caso	1,80	1,413	1,64	1,415	1,85	1,509
	Control	1,62	1,456	--	--	1,60	1,332
Ítem 7	Caso	6,73	2,204	7,07	2,158	6,70	2,215
	Control	6,69	2,424	--	--	6,25	2,506
Ítem 8	Caso	2,72	2,112	1,99	1,623	2,53	2,033
	Control	2,25	1,737	--	--	1,96	1,752
P. Total	Caso	22,81	8,602	18,40	7,981	20,63	8,489
	Control	20,72	7,414	--	--	20,32	7,335

5.2.3. Análisis comparativo entre grupo de casos-grupo control a nivel basal

Las puntuaciones basales de los 8 ítems fueron similares para el grupo de casos y grupo control. En la prueba t-test para muestras independientes, no se encontraron diferencias de medias significativas, ni para la puntuación total ni para ninguno de los ocho ítems, entre el grupo de casos y el grupo control en las medidas realizadas antes de la intervención (T0). Sí se aprecia una cierta tendencia a la significación en la puntuación Total, en línea con lo observado en la tabla 8, en la que la media de dicha variable es menor para el grupo de control (Tabla 6).

Tabla 6. Análisis comparativo por grupo de las puntuaciones basales en variables dependientes

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. bilat	Dif. medias	E. típ. dif	95% IC diferencia	
						Inf.	Sup.
Item 1 en T0 Se asume igualdad de varianzas	,793	479	,428	,193	,244	-,286	,673
Item 2 en T0 Se asume igualdad de varianzas	1,114	484	,266	,190	,171	-,145	,526
Item 3 en T0 Se asume igualdad de varianzas	1,404	483	,161	,208	,148	-,083	,499
Item 4 en T0 Se asume igualdad de varianzas	1,231	481	,219	,170	,138	-,102	,442
Item 5 en T0 Se asume igualdad de varianzas	,561	483	,575	,144	,257	-,361	,649
Item 6 en T0 Se asume igualdad de varianzas	,756	481	,450	,110	,146	-,176	,396
Item 7 en T0 Se asume igualdad de varianzas	,103	482	,918	,024	,237	-,441	,490
Item 8 en T0 Se asume igualdad de varianzas	1,615	455	,107	,344	,213	-,075	,762
P. Total en T0 Se asume igualdad de varianzas	1,807	448	,071	1,591	,880	-,139	3,321

5.3. MEDIDA DEL EFECTO DE LA INTERVENCIÓN

5.3.1. Medida del efecto inmediato de la intervención

Se analiza la eficacia de la intervención, comparando, en el grupo de casos, las puntuaciones basales (T0), totales y para los diferentes ítems de estigma, con las obtenidas inmediatamente después de concluida la intervención (T1).

En la medida del efecto inmediato de la intervención, realizada a través de t-student para muestras pareadas, se aprecia que se alcanzan cambios significativos, para un IC95%, de forma global ($p=0.000$) y en cinco de los ocho ítems (Tabla 7). La intervención parece resultar eficaz para reducir las actitudes estigmatizadoras en el corto plazo. Cinco son las dimensiones que mejoran de forma significativa tras participar en el programa: disminuyen el estereotipo de Culpabilidad ($p=0.025$) y el prejuicio de Pena ($p=0.000$). La intención de comportamiento también parece mejorar, con disminución de la Segregación ($p=0.000$) y de la Evitación ($p=0.000$). Además, aparece una mayor predisposición hacia la Ayuda ($p=0.003$). La intervención disminuye, aunque con menor significación estadística (IC 90%), los estereotipos de Peligrosidad ($p=0.104$) y la emoción de la Ira ($p=0.077$). Sin embargo, no muestra efecto en relación al Miedo ($p=0.567$). De hecho, en esta dimensión se aprecia un cambio negativo ya

que se incrementa, aunque sin significación estadística, el temor hacia las personas con enfermedad mental. Una vez establecida la significación estadística de la diferencia de medias inmediatamente tras la intervención, el tamaño de efecto nos permite cuantificar el impacto de la misma. Se observa cómo, en concordancia con la significación estadística, parte de los ítems presentan un TE moderado (ítem 1, ítem 8, P. Total) e incluso otros como el ítem 5, un TE importante.

Tabla 7. Análisis del efecto inmediato de la intervención en el grupo de casos

		Prueba de muestras relacionadas					t	gl	Sig. bilat	TE*
		Diferencias relacionadas								
		Media	Des. típ.	E. típ. media	95% IC diferencia					
					Inf.	Sup.				
Par 1	Item 1 en T0 - Item 1 en T1	1,107	2,488	,135	,842	1,372	8,205	339	,000	0.44
Par 2	Item 2 en T0 - Item 2 en T1	,162	1,845	,099	-,034	,358	1,628	343	,104	0.10
Par 3	Item 3 en T0 - Item 3 en T1	-,051	1,642	,089	-,225	,124	-,573	342	,567	0.04
Par 4	Item 4 en T0 - Item 4 en T1	,168	1,374	,074	,022	,314	2,259	342	,025	0.15
Par 5	Item 5 en T0 - Item 5 en T1	1,558	2,249	,122	1,318	1,798	12,795	340	,000	0.70
Par 6	Item 6 en T0 - Item 6 en T1	,145	1,519	,082	-,016	,307	1,772	341	,077	0.10
Par 7	Item 7 en T0 - Item 7 en T1	-,356	2,187	,118	-,588	-,123	-3,007	341	,003	0.16
Par 8	Item 8 en T0 - Item 8 en T1	,709	2,303	,130	,453	,964	5,461	314	,000	0.38
Par 9	P. total T0 - P. total T1	4,276	7,923	,451	3,388	5,165	9,473	307	,000	0.52

*d de Cohen

5.3.2. Medida del efecto de la intervención a los seis meses de seguimiento

Se analiza, el efecto de la intervención, en el grupo de casos, conforme pasa el tiempo, comparando las medidas a nivel basal (T0) y a los seis meses de seguimiento (T2).

En la medida del efecto de la intervención a los seis meses de seguimiento, realizada a través de t-student para muestras pareadas, se aprecian cambios significativos, para un IC95%, de forma global ($p=0.000$). Seis meses después de haber realizado la intervención, los estudiantes continúan refiriendo menores actitudes estigmatizadoras. En el análisis individual se observan cambios en tres de las ocho variables medidas. Pasado este tiempo, los estudiantes refirieron menor estereotipo de Culpa ($p=0.021$) y menor prejuicio de Pena ($p=0.000$). También muestran una menor tendencia a la Segregación ($p=0.000$) (Tabla 8).

Como puede observarse, respecto a los cambios obtenidos inmediatamente después de la intervención se atenúan los referentes a las otras dos dimensiones conductuales (Evitación y

5. RESULTADOS

Ayuda). En ambos casos se observa disminución de la tendencia estigmatizadora, si bien no alcanza diferencia significativa: Ayuda ($p=0.851$) y Evitación ($p=0.191$).

Se pierde también la tendencia a la significación que, inmediatamente después de la intervención, se apreciaba en dos de las dimensiones: ítem 2, Peligrosidad, ($p=0.505$) e ítem 6, Ira, ($p=0.606$). Conforme era esperable, ya que no se modificó inmediatamente después de la intervención, la actitud de miedo permanece sin cambios a los seis meses de la misma ($p=0.745$).

En aquellos ítems en los que existe significación estadística el TE es entre mínimo y medio (ítems 1, 5 y Puntuación Total): el efecto de la intervención a los 6 meses no solo tiende a perder significación en determinados ítems, sino que además tiende a tener una magnitud menor que la conseguida inmediatamente después.

Tabla 8. Análisis del efecto a los seis meses de la intervención en el grupo de casos

		Prueba de muestras relacionadas					t	gl	Sig. bilat	TE*
		Diferencias relacionadas								
		Media	Des. típ.	E. típ. media	95% IC diferencia					
Inf.	Sup.									
Par 1	Ítem 1 en T0 - Ítem 1 en T2	,881	2,623	,146	,593	1,168	6,025	321	,000	0.37
Par 2	Ítem 2 en T0 - Ítem 2 en T2	-,068	1,849	,102	-,269	,133	-,667	326	,505	0.04
Par 3	Ítem 3 en T0 - Ítem 3 en T2	-,031	1,691	,094	-,215	,154	-,325	324	,745	0.02
Par 4	Ítem 4 en T0 - Ítem 4 en T2	,170	1,320	,073	,026	,314	2,329	324	,021	0.14
Par 5	Ítem 5 en T0 - Ítem 5 en T2	,884	2,625	,146	,597	1,170	6,068	324	,000	0.38
Par 6	Ítem 6 en T0 - Ítem 6 en T2	-,046	1,608	,089	-,222	,130	-,517	323	,606	0.03
Par 7	Ítem 7 en T0 - Ítem 7 en T2	,023	2,213	,123	-,218	,265	,189	324	,851	0.01
Par 8	Ítem 8 en T0 - Ítem 8 en T2	,188	2,478	,144	-,095	,471	1,311	296	,191	0.10
Par 9	P. total T0 - P. total T1	2,180	8,402	,492	1,212	3,148	4,434	291	,000	0.26

*d de Cohen

5.3.3. Medida del cambio longitudinal del efecto de la intervención

Se profundiza en la evolución de cada ítem tras la intervención (T1) y hasta seis meses después de la misma (T2) (Tabla 9).

En la prueba t test para muestras apareadas realizada para el grupo de casos, comparando el efecto de la intervención inmediatamente después de la misma (T1) y a los seis meses de seguimiento (T2), se observa que se atenúa el efecto de la intervención (IC95%). De forma

global, conforme pasa el tiempo las conductas estigmatizadoras se incrementan significativamente ($p=0.000$).

Se observan además diferencias significativas (IC95%) para cinco ítems. Se trata del estereotipo de Peligrosidad, ítem 2, ($p=0.033$); del prejuicio de Ira, ítem 6, ($p=0.022$) y de las medidas de distancia social Segregación, ítem 5, ($p=0.000$); Ayuda, ítem 7, ($p=0.002$) y Evitación, ítem 8, ($p=0.000$). Como puede apreciarse por el signo de la diferencia, en todas las dimensiones la puntuación tiende a incrementarse (suben las actitudes estigmatizadoras). En el ítem 7, que puntúa a la inversa, ocurre lo mismo y disminuye la intención de ayudar conforme pasa el tiempo. Como demuestran las significaciones estadísticas, con el paso del tiempo los efectos de la intervención se van mitigando o desapareciendo paulatinamente, circunstancia que también se refleja en el TE.

Tabla 9. Medida del cambio del efecto de la intervención longitudinalmente

		Prueba de muestras relacionadas					t	gl	Sig. bilat	TE*
		Diferencias relacionadas								
		Media	Desv típ.	E. típ. media	95% IC diferencia					
					Inf.	Sup.				
Par 1	Ítem 1 en T1 - Ítem 1 en T2	-,207	2,543	,138	-,478	,065	-1,496	338	,136	0.08
Par 2	Ítem 2 en T1 - Ítem 2 en T2	-,208	1,793	,097	-,399	-,016	-2,136	339	,033	0.13
Par 3	Ítem 3 en T1 - Ítem 3 en T2	,002	1,474	,080	-,156	,159	,019	338	,985	0.00
Par 4	Ítem 4 en T1 - Ítem 4 en T2	-,021	1,260	,068	-,156	,113	-,312	338	,755	0.02
Par 5	Ítem 5 en T1 - Ítem 5 en T2	-,654	2,194	,120	-,890	-,418	-5,454	334	,000	0.32
Par 6	Ítem 6 en T1 - Ítem 6 en T2	-,185	1,477	,080	-,343	-,027	-2,306	338	,022	0.13
Par 7	Ítem 7 en T1 - Ítem 7 en T2	,384	2,311	,126	,137	,631	3,060	338	,002	0.17
Par 8	Ítem 8 en T1 - Ítem 8 en T2	-,530	2,395	,131	-,787	-,273	-4,050	334	,000	0.28
Par 9	P. total T1 - P. total T2	-2,210	7,627	,420	-3,036	-1,384	-5,263	329	,000	0.27

*d de Cohen

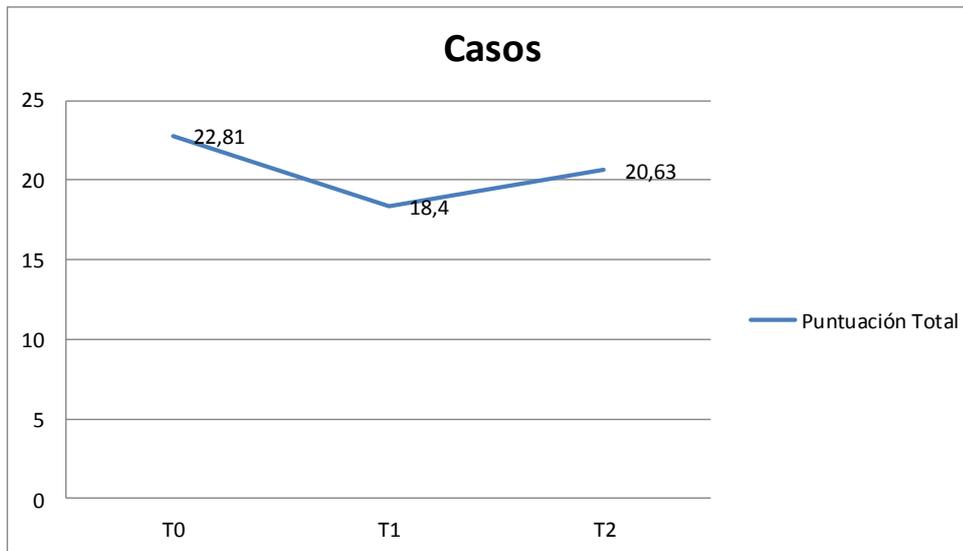
5.3.4. Análisis evolutivo de las variables dependientes

A continuación se analiza el comportamiento de cada ítem desde T0 hasta T2, pasando por T1.

- Puntuación total

De forma global, el conjunto de actitudes estigmatizadoras disminuye inmediatamente tras la intervención ($p=0.000$), lo que sugiere la eficacia de la misma. A partir de ese momento, y conforme pasa el tiempo, el efecto se atenúa recuperándose significativamente ($p=0.000$); no obstante, seis meses después de la intervención el cambio alcanzado continúa siendo significativo ($p=0.000$) (Gráfico 1).

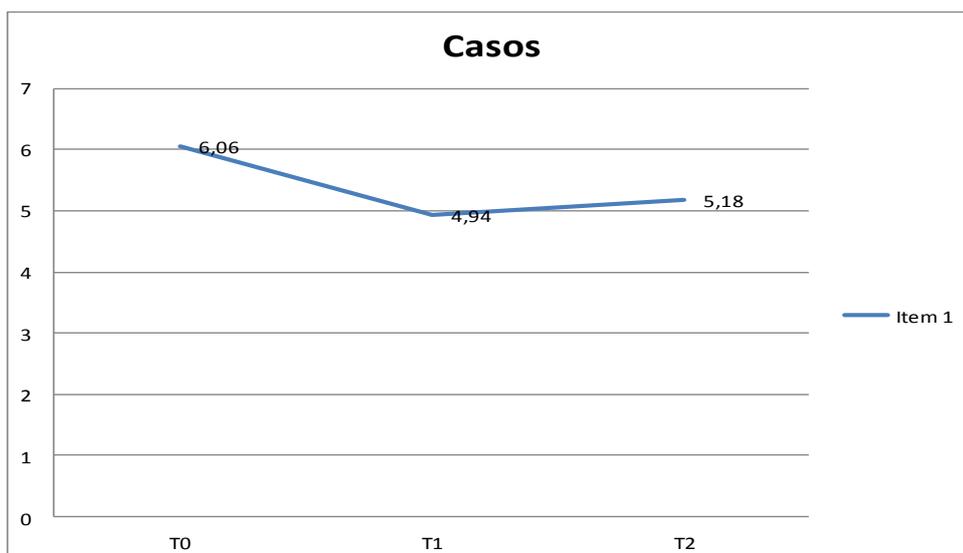
Gráfico 1. Análisis evolutivo de la puntuación total



- Ítem 1: Pena

La variable experimenta un cambio significativo inmediatamente después de la intervención ($p=0.000$), que se mantiene a los seis meses ($p=0.000$). Aunque se aprecia que el efecto se atenúa con el paso de los meses e incrementa el estereotipo, la diferencia de medias entre T1 y T2 no es significativa ($p=0.136$) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Análisis evolutivo de la variable Pena

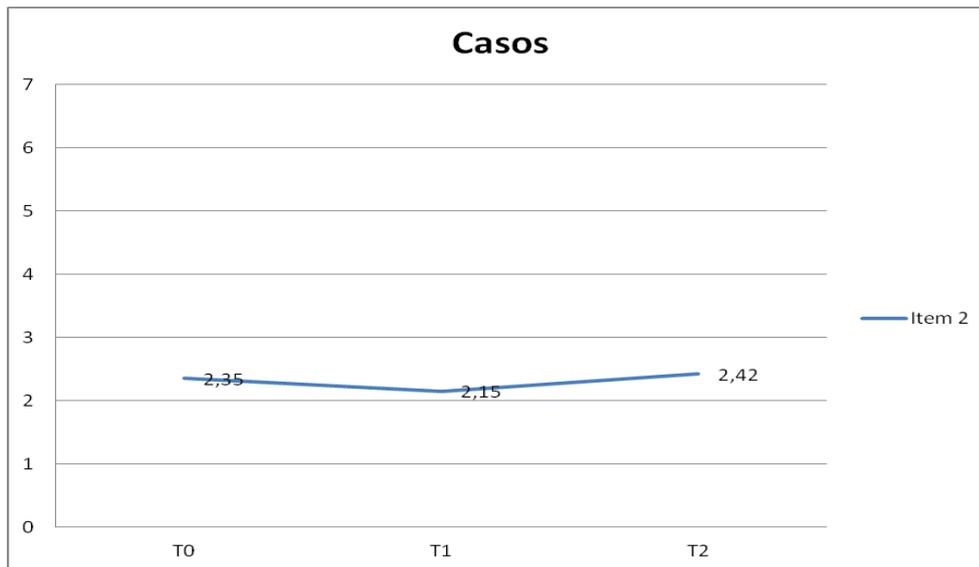


- Ítem 2: Peligrosidad

La intervención parece ofrecer una tendencia a modificar el estereotipo de peligrosidad de manera inmediata ($p=0.104$). Con el paso del tiempo se pierde el efecto conseguido con una

diferencia entre T1 y T2 significativa ($p=0.033$), por lo que el efecto global para este ítem a los seis meses no resulta significativo ($p=0.505$) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Análisis evolutivo de la variable Peligrosidad



- Ítem 3: Miedo

La intervención no parece modificar el prejuicio de miedo ni de manera inmediata ($p=0.567$) ni a los seis meses de la intervención ($p=0.745$). Entre las medidas realizadas en T1 y T2 tampoco se observan modificaciones ($p=0.985$) (Gráfico 4).

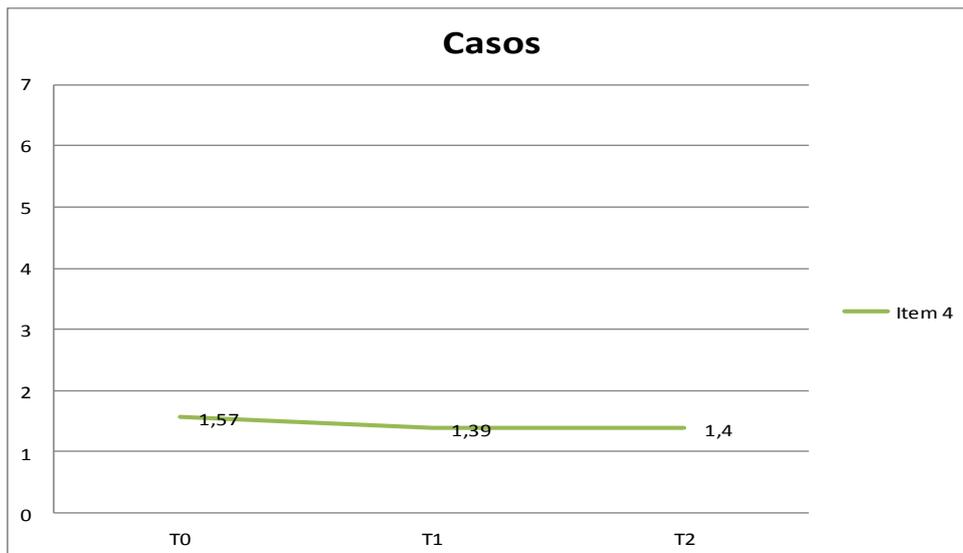
Gráfico 4. Análisis evolutivo de la variable Miedo



- Ítem 4: Culpa

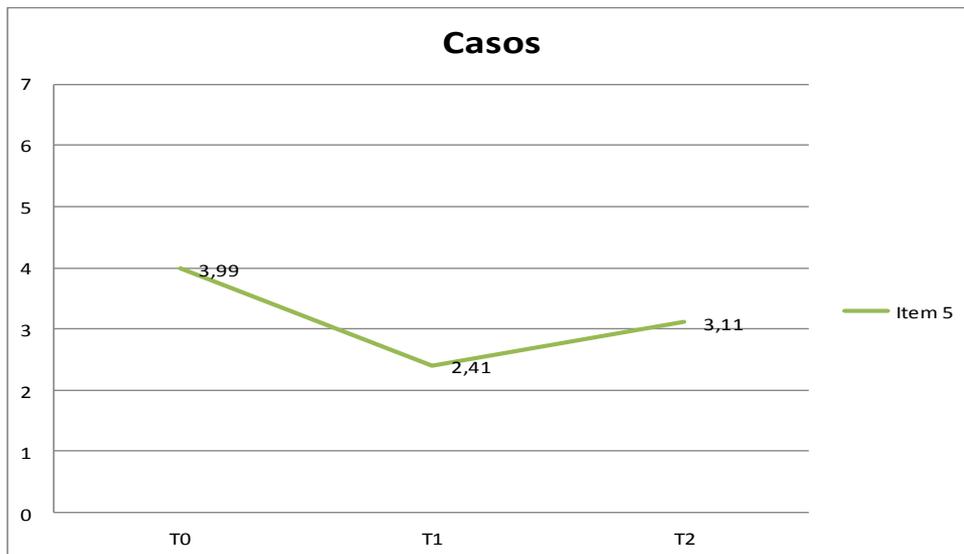
La variable Culpa se modifica de forma significativa inmediatamente después de la intervención ($p=0.025$). Además, el cambio se mantiene pasados seis meses de seguimiento ($p=0.021$). Se aprecia que el efecto se mitiga ligeramente entre las medidas correspondientes a T1 y T2, aunque el cambio no es significativo ($p=0.755$) (Gráfico 5).

Gráfico 5. Análisis evolutivo de la variable Culpa



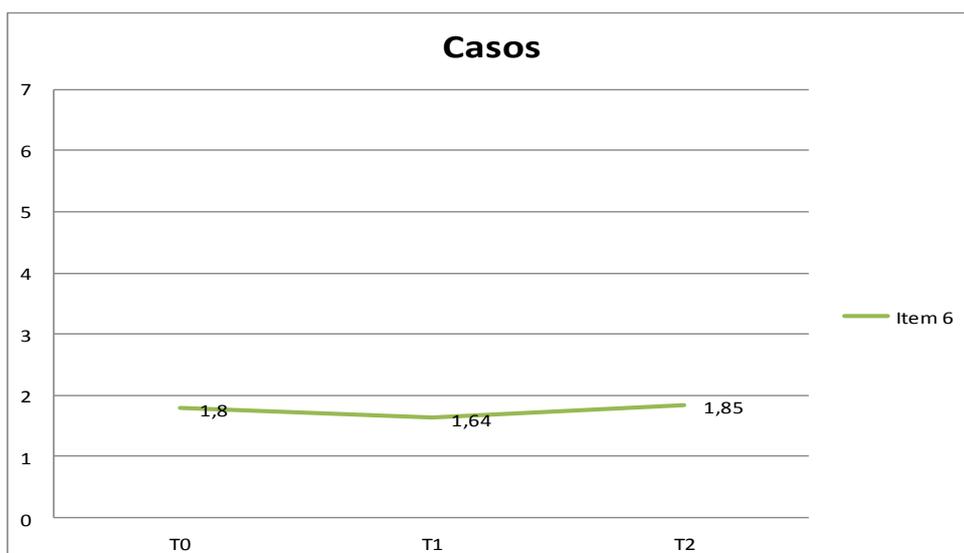
- Ítem 5: Segregación

La intervención se traduce en un cambio significativo en la medida de la variable tanto inmediatamente después de la intervención ($p=0.000$) como a los seis meses de seguimiento ($p=0.000$). No obstante cabe resaltar que tras la intervención la tendencia a la segregación se incrementa de nuevo de forma significativa ($p=0.000$), aunque no llega a contrarrestar el efecto de la intervención (Gráfico 6).

Gráfico 6. Análisis evolutivo de la variable Segregación

- Ítem 6: Ira

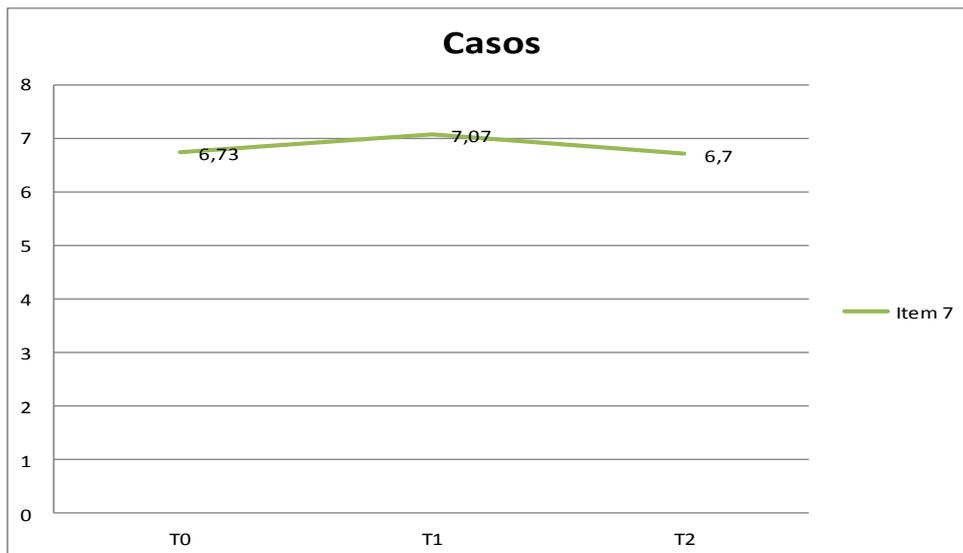
Parece que la intervención establece una tendencia a modificar este prejuicio de forma inmediata ($p=0.077$). No obstante, este leve efecto se corrige con el paso del tiempo de manera significativa entre T1 y T2 ($p=0.022$), lo que hace que a la larga la intervención resulte ineficaz ($p=0.606$) (Gráfico 7).

Gráfico 7. Análisis evolutivo de la variable Ira

- Ítem 7: Ayuda

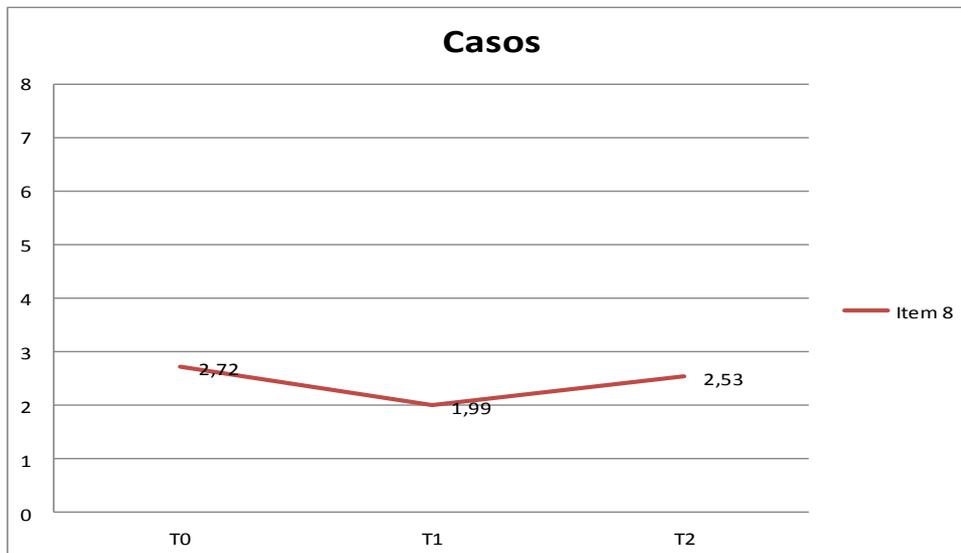
Tras la intervención los participantes refieren un incremento significativo en su disposición a mostrar ayuda ($p=0.003$). Sin embargo, pasados seis meses ya no se aprecian diferencias con respecto al nivel basal ($p=0.851$). Durante este tiempo disminuye significativamente la intención de ayudar ($p=0.002$) (Gráfico 8).

Gráfico 8. Análisis evolutivo de la variable Ayuda



- Ítem 8: Evitación

También la intervención consigue disminuir inmediata y significativamente la evitación social ($p=0.000$). Tras la intervención el cambio no se consolida, incrementándose la evitación de forma significativa ($p=0.000$), de manera que a los seis meses de seguimiento no se aprecia efecto en esta dimensión ($p=0.191$) (Gráfico 9).

Gráfico 9. Análisis evolutivo de la variable Evitación

5.3.5. Análisis comparativo de la medida de las variables dependientes a los seis meses de seguimiento respecto al nivel basal en el grupo control

A priori se esperaría que no hubiera diferencias en la atribución de estigma de los sujetos del grupo control seis meses después de haberse realizado la intervención con el grupo de casos. No obstante, cabe la posibilidad de que la maduración cognitiva del estudiante pudiera contribuir a disminuir el estigma y que este efecto fuera erróneamente atribuido al efecto de la intervención. Por este motivo se diseñó el estudio contando con un grupo control. En caso de que la maduración cognitiva del alumnado tuviera efecto, los sujetos del grupo control estarían también sometidos a ella.

Tal y como esperable, no se aprecian diferencias significativas para un IC95% en la puntuación global de las actitudes estigmatizadoras ($p=0.540$). Tampoco se observan diferencias entre ninguno de los ítems en la medida antes de la intervención y a los seis meses de seguimiento. La diferencia en el ítem 1 tiende a la significación ($p=0.052$), así como en el ítem 7 ($p=0.069$) (Tabla 10). Parece que en nuestra muestra el hipotético efecto de la maduración cognitiva no se aprecia ni por ítems (Gráficos 10-11) ni en general (Gráfico 12). En la misma línea, no sólo no existe significación estadística entre los ítems, sino que el TE esperable es realmente nulo o mínimo, lo que ahonda en la idea de que no cabe esperar en la población de adolescentes cambios de interés en la escala de medida debidos a la maduración cognitiva (al menos para esta edad e intervalo de tiempo).

Tabla 10. Análisis de las diferencias longitudinales para el grupo control

		Prueba de muestras relacionadas					t	gl	Sig. bilat	TE*
		Diferencias relacionadas								
		Media	Des. típ.	E. tip. media	95% IC para la diferencia					
					Inf.	Sup.				
Par 1	Item 1 en T0 - Item 1 en T2	,427	2,339	,217	-,004	,857	1,964	115	,052	0.18
Par 2	Item 2 en T0 - Item 2 en T2	,008	1,590	,147	-,283	,299	,056	116	,956	0.01
Par 3	Item 3 en T0 - Item 3 en T2	-,080	1,599	,148	-,372	,213	-,539	116	,591	0.06
Par 4	Item 4 en T0 - Item 4 en T2	,083	1,198	,112	-,138	,304	,744	114	,458	0.07
Par 5	Item 5 en T0 - Item 5 en T2	,035	2,241	,209	-,378	,449	,170	114	,865	0.01
Par 6	Item 6 en T0 - Item 6 en T2	,022	1,640	,152	-,279	,324	,147	115	,883	0.02
Par 7	Item 7 en T0 - Item 7 en T2	,434	2,549	,237	-,035	,903	1,833	115	,069	0.18
Par 8	Item 8 en T0 - Item 8 en T2	,288	2,058	,191	-,091	,666	1,505	115	,135	0.17
Par 9	P. total T0 - P. total T2	,396	6,820	,644	-,881	1,673	,615	111	,540	0.05

*d de Cohen

Gráfico 10. Análisis evolutivo de los ítems 1, 5 y 7 en el grupo control

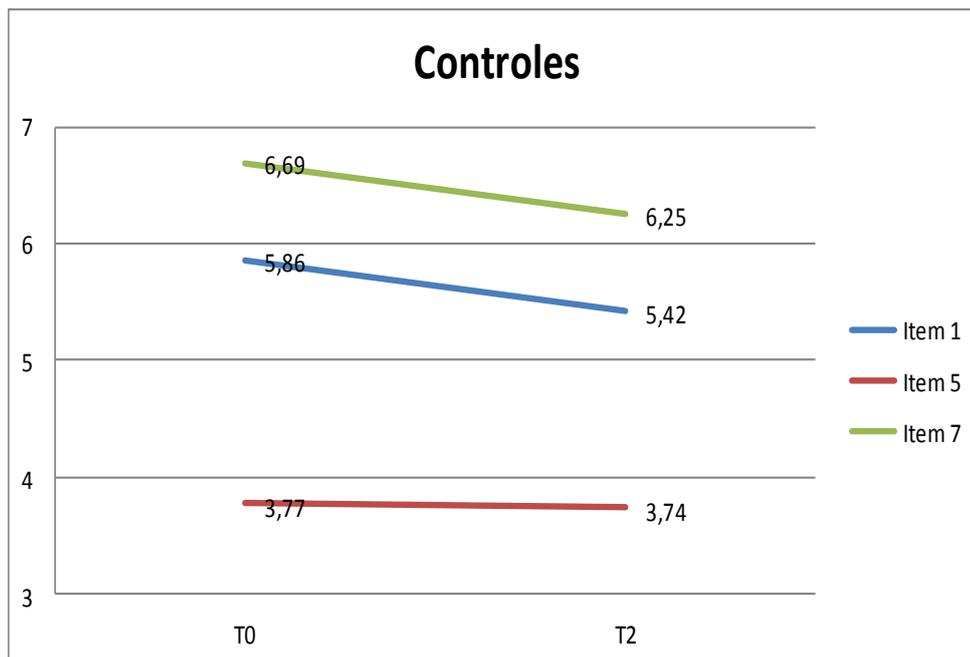
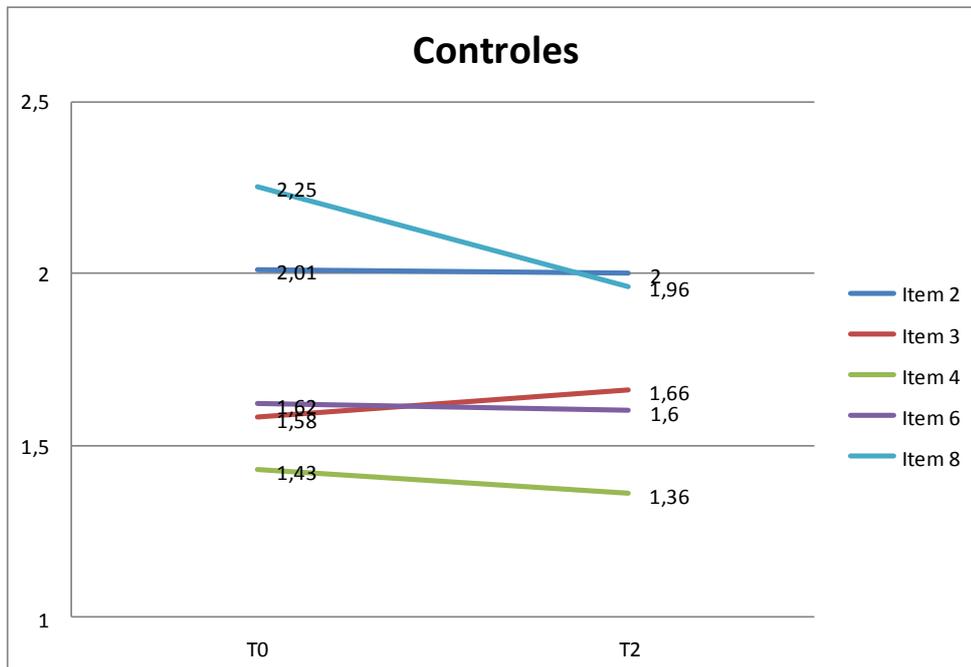
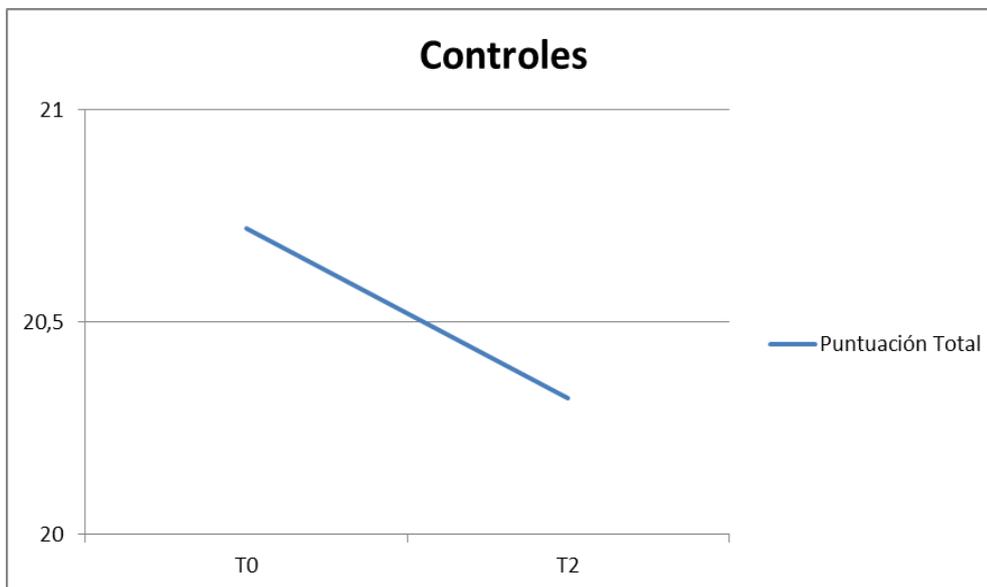


Gráfico 11. Análisis evolutivo de los ítems 2, 3, 4, 6 y 8 en el grupo control**Gráfico 12. Análisis evolutivo de la puntuación total**

5.4. INFLUENCIA DE LOS FACTORES GÉNERO Y CONTACTO PREVIO EN EL EFECTO DE LA INTERVENCIÓN

Para el grupo de casos, se estudia la influencia del factor género y del contacto previo en las actitudes estigmatizadoras de los participantes, tanto a nivel basal como inmediatamente después de la intervención y en el seguimiento. Como método estadístico se emplea la regresión lineal para cada ítem y en cada momento (T0, T1 y T2). La variable dependiente es el ítem correspondiente. Como variables independientes se incluyen edad, género y contacto previo. Para las regresiones lineales realizadas por ítem en T1 y T2 se utiliza también como variable independiente el valor del correspondiente ítem en T0. El método de entrada de las variables utilizado fue ENTER.

5.4.1. Análisis a nivel basal

5.4.1.1. Género

Tras realizar el ajuste por contacto previo y edad de los alumnos, se aprecian diferencias significativas en el ítem 3 al inicio del estudio en función del género (tabla 13). Las mujeres se muestran más propensas que los varones a sentir miedo ($B=0.463$; IC95%: 0.161; 0.765). Sin embargo, las mujeres tienden en menor medida a culpabilizar a las personas con enfermedad mental que los varones ($B=-0.299$; IC95%: -0.579;-0.018), tal y como se desprende del análisis del ítem 4 (Tabla 14).

Una vez ajustado por las mismas variables, no existen diferencias significativas en función del género al inicio del estudio para los ítems 1 ($p=0.446$) (tabla 11), ítem 2 ($p=0.153$) (tabla 12), ítem 5 ($p=0.191$) (tabla 15), ítem 6 ($p=0.240$) (tabla 16), ítem 7 ($p=0.182$) (tabla 17) e ítem 8 ($p=0.727$) (tabla 18), ni tampoco en la puntuación global ($p=0.965$) (tabla 19). Por lo tanto, tras el citado ajuste, no se detectan diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación a la tendencia a atribuir peligrosidad, mostrar pena o ira, segregarse, evitar o ayudar a las personas con enfermedad mental; ni tampoco en el total de las conductas estigmatizadoras.

5.4.1.2. Contacto previo

El contacto previo sí parece mostrar tendencia estadística a influir, al inicio del estudio y tras el ajuste por género y edad, en las variables de Culpa, ítem 4 ($p=0.057$) (tabla 14) y Ayuda, ítem 7 ($p=0.096$) (tabla 17). Aquellos con contacto previo tenderían a culpabilizar en mayor medida a las personas con enfermedad mental que quienes carecían de familiaridad con ellas aunque, por otra parte, tenderían en mayor medida a prestarles ayuda.

Al inicio del estudio y tras el ajuste las mismas variables, no se aprecian diferencias significativas en función del contacto previo con personas afectadas de enfermedad mental en los ítems 1 ($p=0.496$) (tabla 11), ítem 2 ($p=0.681$) (tabla 12), ítem 3 ($p=0.364$) (tabla 13), ítem 5 ($p=0.415$) (tabla 15), ítem 6 ($p=0.863$) (tabla 16), ítem 8 ($p=0.562$) (tabla 18) ni en la puntuación total ($p=0.567$) (tabla 19). Esto es, no parece que el contacto previo con personas diagnosticadas de enfermedad mental, ajustadas las variables citadas, se refleje de forma estadísticamente significativa en las puntuaciones otorgadas a las dimensiones de Pena, Peligrosidad, Miedo, Segregación, Ira y Evitación, ni en el conjunto de las actitudes estigmatizadoras.

Tabla 11. Regresión lineal para el ítem 1 en T0 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	14,789	3,665		4,035	,000	7,581	21,998
	Género	,190	,249	,040	,762	,446	-,300	,679
	Cont. previo	,169	,248	,036	,681	,496	-,319	,656
	Edad	-,639	,248	-,136	-2,581	,010	-1,126	-,152

Tabla 12. Regresión lineal para el ítem 2 en T0 para Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	3,344	2,574		1,299	,195	-1,718	8,405
	Género	,250	,175	,076	1,431	,153	-,093	,593
	Cont. previo	-,072	,174	-,022	-,411	,681	-,413	,270
	Edad	-,092	,174	-,028	-,527	,599	-,433	,250

Tabla 13. Regresión lineal para el ítem 3 en T0 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	,221	2,265		,098	,922	-4,234	4,676
	Género	,463	,154	,158	3,012	,003	,161	,765
	Cont. previo	,139	,153	,047	,909	,364	-,162	,440
	Edad	,049	,153	,017	,323	,747	-,251	,350

Tabla 14. Regresión lineal para el ítem 4 en T0 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	,699	2,102		,333	,740	-3,434	4,833
	Género	-,299	,143	-,110	-2,096	,037	-,579	-,018
	Cont. previo	-,271	,142	-,100	-1,908	,057	-,550	,008
	Edad	,119	,142	,044	,842	,400	-,160	,398

Tabla 15. Regresión lineal para el ítem 5 en T0 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	,213	3,809		,056	,955	-7,278	7,704
	Género	-,338	,258	-,069	-1,310	,191	-,846	,169
	Cont. previo	,210	,257	,043	,816	,415	-,296	,715
	Edad	,271	,257	,056	1,056	,291	-,234	,777

Tabla 16. Regresión lineal para el ítem 6 en T0 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	1,068	2,142		,498	,618	-3,145	5,280
	Género	,171	,145	,063	1,177	,240	-,115	,457
	Cont. previo	,025	,145	,009	,172	,863	-,260	,309
	Edad	,028	,145	,010	,193	,847	-,256	,312

Tabla 17. Regresión lineal para el ítem 7 en T0 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	12,106	3,455		3,504	,001	5,312	18,901
	Género	,314	,234	,070	1,338	,182	-,147	,775
	Cont. previo	-,390	,233	-,087	-1,670	,096	-,849	,069
	Edad	-,363	,233	-,082	-1,559	,120	-,822	,095

Tabla 18. Regresión lineal para el ítem 8 en T0 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	2,928	3,443		,850	,396	-3,845	9,701
	Género	-,081	,231	-,019	-,350	,727	-,535	,374
	Cont. previo	,133	,229	,032	,581	,562	-,318	,585
	Edad	-,023	,232	-,006	-,100	,920	-,479	,433

Tabla 19. Regresión lineal para la Puntuación Total en T0 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	22,583	14,052		1,607	,109	-5,061	50,227
	Género	,041	,943	,002	,044	,965	-1,813	1,896
	Cont. previo	,537	,938	,032	,573	,567	-1,307	2,382
	Edad	-,061	,947	-,004	-,065	,948	-1,924	1,801

5.4.2. Análisis inmediatamente después de la intervención

5.4.2.1. Género

En la medida realizada inmediatamente después de la intervención, para el grupo de casos, no parece que tras el ajuste por contacto previo, edad y puntuación del mismo ítem en T0, el género influya de forma estadísticamente significativa en las puntuaciones otorgadas a ninguna de las dimensiones medidas. Una vez ajustado por dichas variables, inmediatamente después de realizada la intervención no se aprecian diferencias significativas en función del género en ninguna de las variables dependientes: ítem 1 ($p=0.504$) (tabla 20), ítem 2 ($p=0.244$) (tabla 21), ítem 3 ($p=0.231$) (tabla 22), ítem 4 ($p=0.751$) (tabla 23), ítem 5 ($p=0.579$) (tabla 24), ítem 6 ($p=0.451$) (tabla 25), ítem 7 ($p=0.707$) (tabla 26), ítem 8 ($p=0.283$) (tabla 27), ni en la puntuación total ($p= 0.763$) (tabla 28).

5.4.2.2. Contacto previo

En la medida realizada para el grupo de casos inmediatamente después de la intervención, tras el ajuste por género, edad y puntuación en el mismo ítem en T0, se aprecia significación estadística (IC95%) en función de la familiaridad con la enfermedad mental para el ítem 3 ($p=0.017$) (tabla 22), de manera que aquellos con contacto previo manifiestan menos miedo frente a los enfermos.

5. RESULTADOS

Para el resto de los ítems, siguiendo el mismo ajuste, inmediatamente después de realizada la intervención no se aprecian diferencias significativas en función de si los participantes han tenido o no contacto previo con personas diagnosticadas: ítem 1 ($p=0.158$) (tabla 20), ítem 2 ($p=0.525$) (tabla 21), ítem 4 ($p=0.361$) (tabla 23), ítem 5 ($p=0.875$) (tabla 24), ítem 6 ($p=0.822$) (tabla 25), ítem 7 ($p=0.515$) (tabla 26), ítem 8 ($p=0.107$) (tabla 27), ni para la puntuación total ($p=0.495$) (tabla 28).

Tabla 20. Regresión lineal para el ítem 1 en T1 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	-,710	3,778		-,188	,851	-8,142	6,721
	Género	-,167	,249	-,031	-,669	,504	-,656	,323
	Cont. previo	-,352	,248	-,066	-1,415	,158	-,840	,137
	Edad	,198	,253	,037	,785	,433	-,299	,696
	nT1_0	,587	,054	,518	10,95	,000	,481	,692

Tabla 21. Regresión lineal para el ítem 2 en T1 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	-1,050	2,314		-,454	,650	-5,602	3,501
	Género	,182	,156	,060	1,168	,244	-,125	,489
	Cont. previo	-,099	,155	-,032	-,636	,525	-,404	,206
	Edad	,164	,157	,054	1,047	,296	-,144	,472
	nT2_0	,300	,047	,329	6,441	,000	,209	,392

Tabla 22. Regresión lineal para el ítem 3 en T1 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	2,387	2,120		1,126	,261	-1,783	6,557
	Género	,174	,145	,061	1,201	,231	-,111	,458
	Cont. previo	-,340	,142	-,120	-2,388	,017	-,621	-,060
	Edad	-,060	,144	-,021	-,415	,679	-,342	,223
	nT3_0	,346	,048	,363	7,154	,000	,251	,441

Tabla 23. Regresión lineal para el ítem 4 en T1 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	1,767	1,560		1,133	,258	-1,300	4,835
	Género	-,034	,106	-,016	-,318	,751	-,241	,174
	Cont. previo	,096	,105	,047	,914	,361	-,111	,304
	Edad	-,061	,106	-,030	-,579	,563	-,269	,147
	nT4_0	,268	,040	,348	6,732	,000	,190	,347

Tabla 24. Regresión lineal para el ítem 5 en T1 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	2,297	2,682		,856	,392	-2,979	7,573
	Género	-,101	,182	-,027	-,555	,579	-,458	,256
	Cont. previo	,029	,181	,008	,158	,875	-,327	,384
	Edad	-,088	,182	-,023	-,484	,628	-,446	,270
	nT5_0	,379	,037	,488	10,21	,000	,306	,452

Tabla 25. Regresión lineal para el ítem 6 en T1 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	-,466	2,083		-,224	,823	-4,564	3,632
	Género	-,106	,141	-,038	-,755	,451	-,383	,170
	Cont. previo	,031	,140	,011	,225	,822	-,244	,307
	Edad	,101	,141	,035	,715	,475	-,177	,378
	nT6_0	,423	,050	,417	8,403	,000	,324	,522

Tabla 26. Regresión lineal para el ítem 7 en T1 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	-2,595	3,064		-,847	,398	-8,623	3,432
	Género	,077	,204	,018	,376	,707	-,324	,477
	Cont. previo	-,132	,203	-,031	-,652	,515	-,532	,267
	Edad	,443	,205	,102	2,165	,031	,040	,846
	nT7_0	,492	,046	,501	10,59	,000	,400	,583

Tabla 27. Regresión lineal para el ítem 8 en T1 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	4,275	2,667		1,603	,110	-,972	9,523
	Género	-,191	,177	-,059	-1,076	,283	-,540	,158
	Cont. previo	,285	,177	,088	1,616	,107	-,062	,633
	Edad	-,204	,180	-,062	-1,130	,259	-,558	,151
	nT8_0	,198	,042	,257	4,727	,000	,116	,281

Tabla 28. Regresión lineal para la Puntuación Total en T1 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	18,268	11,604		1,574	,116	-4,567	41,102
	Género	-,232	,770	-,015	-,302	,763	-1,747	1,282
	Cont. previo	-,523	,767	-,033	-,683	,495	-2,032	,985
	Edad	-,701	,781	-,043	-,898	,370	-2,239	,836
	PTotal_t0	,506	,045	,544	11,32	000	,418	594

5.4.3. Análisis a los seis meses de realizada la intervención

5.4.3.1. Género

A los seis meses de seguimiento en el grupo de casos, y tras el ajuste por contacto previo, edad y puntuación en el mismo ítem en T0, se encuentran diferencias significativas en función del género en la puntuación global, de manera que las mujeres muestran actitudes menos estigmatizadoras que los varones ($B=-1.852$; $IC95\%:-3.516;-0.188$) (tabla 37). En el análisis por ítems se aprecia que también las mujeres muestran menor tendencia a la segregación: ítem 5 ($B=-0,668$; $IC 95\%:-1.106; -0.231$) (tabla 33). Además, muestran tendencia a la significación estadística ($IC90\%$) para el ítem 7 ($p=0.081$) (tabla 35) lo que reflejaría una mayor predisposición de las mujeres a ayudar a las personas con enfermedad mental.

Ajustando por las mismas variables, a los seis meses de realizada la intervención no se aprecian diferencias significativas en función del género para: ítem 1 ($p=0.231$) (tabla 29), ítem 2 ($p=0.122$) (tabla 30), ítem 3 ($p=0.734$) (tabla 31), ítem 4 ($p=0.168$) (tabla 32), ítem 6 ($p=0.199$) (tabla 34) e ítem 8 ($p=0.494$) (tabla 36). Esto es, en la medida realizada a los seis meses de la intervención el género no parece influir de forma estadísticamente significativa en la Pena, Peligrosidad, Miedo, Culpa, Ira y Evitación.

5.4.3.2. Contacto previo

Para el grupo de casos, una vez ajustado por género, edad y puntuación en el mismo ítem en T0, a los seis meses de realizada la intervención no se aprecian diferencias significativas en función del contacto previo en ninguno de las variables dependientes: ítem 1 ($p=0.927$) (tabla 29), ítem 2 ($p=0.273$) (tabla 30), ítem 3 ($p=0.398$) (tabla 31), ítem 4 ($p=0.220$) (tabla 32), ítem 5 ($p=0.243$) (tabla 33), ítem 6 ($p=0.207$) (tabla 34), ítem 7 ($p=0.103$) (tabla 35), ítem 8 ($p=0.493$) (tabla 36), ni en la puntuación total ($p=0.151$) (tabla 37). El contacto previo no parece influir de forma estadísticamente significativa en ninguna de las dimensiones.

Tabla 29. Regresión lineal para el ítem 1 en T2 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	,210	3,864		,054	,957	-7,390	7,810
	Género	-,301	,251	-,060	-1,199	,231	-,794	,193
	Cont. previo	,023	,249	,005	,092	,927	-,467	,513
	Edad	,183	,257	,036	,714	,476	-,322	,689
	nT1_0	,450	,053	,428	8,489	,000	,346	,554

Tabla 30. Regresión lineal para el ítem 2 en T2 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	1,541	2,539		,607	,544	-3,452	6,535
	Género	-,263	,170	-,080	-1,550	,122	-,596	,071
	Cont. previo	,184	,168	,056	1,097	,273	-,146	,513
	Edad	,013	,171	,004	,074	,941	-,324	,349
	nT2_0	,359	,050	,362	7,103	,000	,259	,259

Tabla 31. Regresión lineal para el ítem 3 en T2 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	2,459	2,221		1,107	,269	-1,911	6,828
	Género	,051	,149	,018	,340	,734	-,243	,345
	Cont. previo	,124	,147	,044	,847	,398	-,164	,413
	Edad	-,094	,150	-,033	-,626	,532	-,389	,201
	nT3_0	,296	,050	,311	5,921	,000	,198	,395

Tabla 32. Regresión lineal para el ítem 4 en T2 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	-,659	1,682		-,392	,696	-3,968	2,651
	Género	-,155	,112	-,069	-1,383	,168	-,376	,066
	Cont. previo	,137	,112	,061	1,229	,220	-,083	,357
	Edad	,107	,113	,047	,942	,347	-,116	,329
	nT4_0	,345	,041	,420	8,411	,000	,264	,426

Tabla 33. Regresión lineal para el ítem 5 en T2 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	7,310	3,347		2,184	,030	,726	13,894
	Género	-,668	,222	-,151	-3,004	,003	-1,106	-,231
	Cont. previo	,258	,221	,058	1,169	,243	-,176	,692
	Edad	-,332	,226	-,074	-1,472	,142	-,776	,112
	nT5_0	,330	,045	,364	7,26	,000	,241	420

Tabla 34. Regresión lineal para el ítem 6 en T2 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	-3,184	2,337		-1,362	,174	-7,782	1,414
	Género	-,200	,156	-,065	-1,287	,199	-,506	,106
	Cont. previo	,195	,154	,064	1,265	,207	-,108	,498
	Edad	,295	,157	,095	1,875	,062	-,014	,605
	nT6_0	,418	,055	,379	7,534	,000	,309	,527

Tabla 35. Regresión lineal para el ítem 7 en T2 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	3,725	3,243		1,149	,251	-2,654	10,104
	Género	,373	,213	,084	1,752	,081	-,046	,793
	Cont. previo	-,347	,212	-,078	-1,636	,103	-,764	,070
	Edad	-,019	,216	-,004	-,086	,932	-,443	,406
	nT7_0	,476	,048	,473	9,872	,000	,381	,571

Tabla 36. Regresión lineal para el ítem 8 en T2 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	-,705	3,395		-,208	,836	-7,386	5,976
	Género	-,152	,222	-,038	-,685	,494	-,590	,285
	Cont. previo	,151	,220	,037	,687	,493	-,282	,584
	Edad	,171	,228	,041	,751	,453	-,277	,619
	nT8_0	,278	,053	289	5,294	,000	,175	,382

Tabla 37. Regresión lineal para la Puntuación Total en T2 por Contacto Previo y Género

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	11,328	12,993		,872	,384	-14,241	36,896
	Género	-1,852	,846	-,109	-2,190	,029	-3,516	-,188
	Cont. previo	1,208	,839	,071	1,441	,151	-,442	2,859
	Edad	-,073	,870	-,004	-,084	,933	-1,786	1,639
	PTotal_t0	,503	,049	,503	10,20	,000	,406	,601

5.4.4. Síntesis de la influencia longitudinal de los factores Género y Contacto Previo en la medida de estigma

5.4.4.1. Género

Tras realizar el ajuste por contacto previo, grupo de estudio y edad de los alumnos, se aprecian diferencias significativas antes de realizar la intervención en función del género en algunas variables, si bien no en la puntuación global. Las mujeres muestran una mayor propensión al miedo que los varones, al tiempo que culpabilizan en menor medida. Estas diferencias desaparecen tras realizar la intervención. A los seis meses de seguimiento el género parece influir de forma global en las conductas estigmatizadoras, superiores entre los varones, quienes además, también muestran mayor tendencia a la segregación.

5.4.4.2. Contacto Previo

Tras realizar el ajuste por género, grupo de estudio y edad de los alumnos, se aprecia que antes de realizar la intervención el contacto previo con personas diagnosticadas de enfermedad mental influye, con tendencia a la significación, en la predisposición tanto a culpabilizar al enfermo, mayor entre quienes referían familiaridad previa con él, como a prestarle ayuda, también mayor entre aquellos con familiaridad. Inmediatamente después de la intervención, la influencia del contacto previo se aprecia en el mayor miedo entre quienes referían familiaridad

previa. A los seis meses, la influencia del contacto previo no se aprecia ya en ninguna de las dimensiones.

5.5. MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN DEL ALUMNADO CON LA INTERVENCIÓN

Se planteó, fuera de estudio, valorar hasta qué punto los alumnos se mostraban interesados con el contenido de la intervención y analizar qué actividades habían resultado más de su agrado.

5.5.1. Análisis cuantitativo

Para el análisis cuantitativo se diseñó una escala Likert de 0-7 (correspondiendo el 0 a “Nada” y el 7 a “Mucho”) en la que se puntúa el grado de satisfacción con cada una de las actividades llevadas a cabo en las sesiones. De carácter anónimo y auto-aplicada, fue completada por un total de 308 alumnos (n=308) de entre el grupo de casos.

Se aprecia que la valoración es alta para todos los ejercicios realizados. Las tres actividades mejor valoradas son, por este orden, el “Diálogo” con las personas diagnosticadas, el “Video” y el “Juego de las Etiquetas”, seguidos por los ejercicios “Di Cosas Positivas”, “Lluvia de Ideas” y “Figuras de Colores”. Como puede apreciarse, los dos ejercicios más valorados (ambos Me=7 y IQR=1) son los realizados durante la segunda sesión. De entre las actividades de la primera sesión, los alumnos destacan el juego de rol en el que se vivencia la experiencia de la discriminación (Me=7, IQR=1), seguido por la actividad de cierre consistente en referir cosas positivas sobre la actitud de los compañeros (Tabla 38).

Tabla 38. Resultados de la encuesta de satisfacción

		Estadísticos descriptivos						
		n	Mín.	Máx.	Media	Des. tip.	Mediana	Rango IQ
Actividad	Lluvia Ideas	305	1	7	5,31	1,340	5	2
	Figuras de colores	302	1	7	5,18	1,438	5	2
	Juego Etiquetas	304	1	7	6,23	1,202	7	1
	Cosas Positivas	299	1	7	5,59	1,248	6	2
	Video	308	1	7	6,14	1,180	7	1
	Diálogo	308	1	7	6,55	,969	7	1

5.5.2. Análisis cualitativo

Para el análisis cualitativo se dejó en la encuesta de evaluación un apartado de texto libre dónde los estudiantes podían reflejar las sugerencias. Setenta y tres estudiantes escribieron comentarios (Anexo 17). La mayoría de las aportaciones, un 43,83% (n=32), sugieren la pertinencia de realizar más sesiones, profundizar en la materia y realizarlas en más cursos. También son numerosos los comentarios, el 41,09% (n=30), que verbalizan la satisfacción con el programa y con las personas diagnosticadas de enfermedad mental que han participado en él. El 8,21% de los alumnos (n=6) reflexionan sobre aspectos aprendidos.

Entre las sugerencias al programa realizadas por un 19,17 % (n=14) de los participantes figura el poder visualizar más videos y profundizar en aspectos relacionados con la enfermedad mental. Cabe destacar que con el fin de responder a inquietudes de índole personal se habilitó una dirección de correo electrónico a la que los estudiantes podían dirigirse para plantear dudas o experiencias personales. Esta página recibió mensajes de alumnos planteando cuestiones personales y de alguna familia agradeciendo la intervención. También fueron varios los alumnos de diferentes centros que al término de la intervención solicitaron entrar en contacto con las personas que habían impartido los talleres, eligiendo en todas las ocasiones a la figura de las personas diagnosticadas por delante de la profesional de salud mental. En estos casos se solicitó autorización al orientador del centro y se realizaron entrevistas a nivel privado con el alumno. En estas entrevistas estuvo presente la investigadora (psiquiatra) y la persona que había participado en todas las intervenciones, C.G. Según el caso, y su disponibilidad, el segundo participante en la sesión a la que había asistido el alumno también estaba presente. Tras recoger la demanda se gestionaron los casos en coordinación con los orientadores.

5.6. MEDIDA DE LA CALIDAD DE LA INTERVENCIÓN

Se monitorizó la fidelidad de cada sesión a los objetivos de la misma (Anexo 1). La tasa de fidelidad a los objetivos de la intervención fue alta. Para las tres primeras sesiones el ratio medio fue de 22/25 puntos. Para el resto de las sesiones, el ratio fue de 25/25. Además, se controló si a nivel individual los ponentes abordaban los diferentes ítems de la escala durante su narrativa (Anexo 2). En la primera parte del programa, impartido por la investigadora y por C.G., se abordaron todos los ítems con cada una de las aulas. En la segunda parte del programa, impartido por dos miembros del equipo, cada uno de los ponentes abordó todos los tópicos en cada una de las sesiones excepto en dos ocasiones, en la que alguno de ellos no cubrió una dimensión. En ambos casos, la dimensión fue mencionada por el compañero.

6. DISCUSION

La enfermedad mental se asocia con un alto nivel de estigma que, a su vez, deriva en una pérdida de oportunidades y en una merma de la calidad de vida de quienes lo padecen. Los datos disponibles orientan hacia que un abordaje precoz, ya desde la escolarización, de las actitudes públicas hacia los trastornos psiquiátricos puede prevenir la consolidación de estereotipos nocivos y minimizar el impacto de la discriminación de los afectados. Este trabajo de investigación está orientado a sensibilizar frente al estigma asociado a la enfermedad y evaluar el impacto de una intervención diseñada a tal fin.

Entre las principales **fortalezas** del estudio destacan el que se trata de una iniciativa novedosa a nivel nacional, el tamaño de la muestra, la rigurosidad en el diseño del contenido de la intervención, su vocación local, la implicación activa de usuarios en la planificación e implementación de la misma y la especificidad del perfil diagnóstico del equipo.

A partir de los datos de los que se dispone, puede considerarse que el programa ha constituido una iniciativa pionera en España. Sólo un estudio, implementado en Barcelona por el equipo de Martínez-Zambrano (294), tiene un formato similar y utiliza la estrategia de contacto directo con personas con enfermedad mental. No obstante, lo hace en una muestra pequeña (n=62), lo que le resta potencia estadística. Otros dos programas anti-estigma realizados en centros educativos se han basado exclusivamente en la estrategia educativa. A través del programa andaluz “Lo Hablamos” (178) (n=186), se formó al profesorado para que fueran ellos quienes después impartieran las sesiones en el aula. El Centro de Rehabilitación Laboral de Aranjuez ha liderado una intervención psicoeducativa (301), llevada a cabo por técnicos sanitarios, dirigida a alumnos (n= 256) de tres institutos madrileños. Además, el centro ha puesto en marcha un “Programa de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte”, en colaboración con el museo Thyssen. En una segunda fase, usuarios de este programa realizaron una visita guiada al museo, con once alumnos, tras la que se identificaron como personas con enfermedad mental, dando pie a un diálogo abierto con ellos. En otro formato, trece alumnos realizan la visita virtualmente, también guiada por personas diagnosticadas con las que se interacciona después. Esta segunda fase utiliza la estrategia de contacto directo aunque a una escala aún pequeña.

Por su naturaleza, este tipo de ensayos se ha realizado en muestras no muy grandes. El estudio más extenso en volumen se llevó a cabo con 1566 estudiantes norteamericanos (234). En otros, el tamaño de la muestra abarca desde las seis centenas de participantes (232, 289), o el medio millar (286), hasta los que rondan la centena (287, 292) o incluso por debajo de ella

(231, 302). En España, la intervención de mayor tamaño (301) contó con 256 participantes mientras que la más pequeña de las publicadas lo hizo con 62 (294). Un total de 572 alumnos se benefició del programa a estudio objeto de esta investigación. Tras extraer para el análisis a participantes con valores de edad extremos, el número se redujo a 531. El tamaño de la muestra traduce la buena acogida que tuvo la propuesta entre los centros educativos invitados a participar en ella.

Otra fortaleza radica en la calidad del proceso de recogida de datos, con un mínimo volumen de pérdidas. Aunque en los estudios que requieren la firma del CI por parte de los padres sea habitual encontrar dificultades para el reclutamiento (236, 303), en este caso la tasa de participación fue alta: prácticamente todos los alumnos fueron autorizados por sus progenitores, sólo uno de ellos prefirió no asistir a la intervención, y no se registró ningún abandono voluntario. La razón de que algunos alumnos (16.11% casos y 16.43% controles) no completasen todas las medidas de evaluación repetidas fue el absentismo escolar el día en que éstas se recogieron. Esta tasa resulta congruente con la referida en la literatura, en cifras de entre el 34% (290) y el 10 % (286, 289). Por lo demás, en la recogida de las variables independientes no hay prácticamente valores perdidos.

En el diseño del programa se han tenido en cuenta las recomendaciones de la literatura e investigaciones previas y se ha tratado de superar las limitaciones en ellas referidas. Tanto la WPA (15) como diferentes autores (16, 229) coinciden en que las intervenciones anti-estigma deben adaptarse a las características culturales y locales de los participantes y en que deben ser dirigidas a sectores poblacionales específicos, con quienes se trabajará a partir de material ajustado a sus necesidades (181). El equipo está formado por usuarios habituales de un CSM; la intervención se realizó, in situ, en los institutos de la región; el contenido estaba adaptado a la franja de edad; y el material fue creado ex profeso, tratando de evitar sesgos culturales inherentes a su importación. Tras revisar la literatura al respecto (17, 181, 229), se escogió la estrategia más idónea para población adolescente y se han respetado las recomendaciones tanto a nivel de formato como de contenido. Además, se tuvo en cuenta la opinión del profesorado, conocedor de la realidad docente de los estudiantes. Se contó con su asesoramiento en las fases iniciales del diseño del programa y, antes del comienzo de la intervención, aprobaron el contenido del mismo. Finalmente, se aseguró que todos los aspectos contemplados por el instrumento de evaluación quedaran recogidos en las actividades realizadas. Como estrategia, se optó por la combinación de educación y contacto directo, considerada la más eficaz para población adolescente (229, 231, 232, 236). La intervención se estructura conforme al modelo "In Our Own Voice" (19), utilizando el

instrumento de evaluación recomendado por su autor (262), y secuenciadas ambas estrategias conforme recomienda la literatura (290). De acuerdo con la opinión de docentes y orientadores, y siguiendo el ejemplo de otros programas (232, 236, 294), el contenido se distribuyó en dos sesiones, para evitar la pérdida de atención inherente a intervenciones prolongadas.

La estrategia educativa, que revisa y desmitifica los principales estereotipos (56, 68, 184, 232), desempeña un papel importante tanto en población adulta (56) como adolescente (234, 286, 288, 289, 292). Puede adoptar un formato heterogéneo, desde talleres breves (232, 286, 289), como el programa estudiado, hasta integrados en el currículo académico (234, 288, 292). Conforme a las recomendaciones docentes para esta franja de edad, se recurre a actividades interactivas que impliquen al joven cognitiva, emocional y conductualmente (30, 181). Se primó que el material acompañara metodológicamente a la interpretación posterior de los datos, aun a costa de no abordar aspectos potencialmente interesantes pero ajenos a los objetivos de la intervención. Como base se utilizó material previamente testado (178) a través del cual se facilita información basada en la evidencia y se abordan aspectos señalados como relevantes (231, 234, 282, 292): organicidad, identificación de síntomas, prevalencia, factores de riesgo, estrategias de recuperación y alternativas de tratamiento eficaces. Al igual que en otros programas (233, 286, 289), se incluyó el juego de rol, que facilita la vivencia de la experiencia de discriminación (304). Esta estrategia puede ser impartida bien por profesionales (286, 287, 289, 290), bien por personas con enfermedad mental (232, 233, 236, 243, 282) o por los propios profesores previamente entrenados (178, 233, 234, 288). Para este programa se contó con la participación activa de personas con enfermedad mental tanto en el diseño del contenido como en el desarrollo de la actividad, hecho que parece potenciar su eficacia (184). Fue siempre impartida por los mismos ponentes, lo que reduce el sesgo derivado de las características personales y comunicativas de diferentes sujetos (290). El hecho de que los alumnos no conocieran previamente el diagnóstico de una de las ponentes constituyó un elemento clave, ya que desde el inicio su figura fue asumida desde una perspectiva de normalidad y ejerciendo un rol docente que demostraba implícitamente su capacidad.

La estrategia del contacto interpersonal ha sido empleada por diversos autores, ya sea de forma directa (231, 232, 236, 243, 294) o indirecta (287, 290), a través de material audiovisual. Se siguieron las recomendaciones sobre las condiciones óptimas sugeridas por Allport (6) y refrendadas posteriormente por otros autores (15, 17, 57, 175, 181, 184): grupo objetivo específico, contenido adaptado, contacto interpersonal, diálogo dinámico con la audiencia, plantilla con experiencia de vida en la enfermedad mental, historias de vida satisfactorias, evaluación y seguimiento de la intervención. A la sesión de contacto directo se sumó una

tercera persona, que fue la misma en tres de los cuatro institutos, lo que contribuye a mantener la homogeneidad. Debido a su naturaleza espontánea e interactiva, el contenido de este tipo de sesiones puede ser variable. Con el fin de garantizar que todos los grupos recibiesen un fragmento idéntico, y reducir el sesgo informativo, se diseñó y elaboró un video (<https://www.youtube.com/watch?v=OqcDvmGynRY>) que se empleó como tarjeta de presentación de los ponentes e introducción a la sesión. Este recurso introduce la vía de entrada de información visual como complemento de la auditiva, facilitando el aprendizaje (19). Aunque en este caso se emplea como complemento, está extendiéndose el recurso al soporte audiovisual como estrategia de contacto indirecto (178, 231, 232, 286, 287, 290) debido a su sencillez y facilidad de exportación (286). Los datos relativos a su eficacia son aún contradictorios. Algunos estudios la igualan al contacto directo (305), e incluso le otorgan superioridad en algunos aspectos como la adquisición de conocimiento (241). Sin embargo, parece que el contacto directo es más valorado por los participantes (232, 241), hecho que podría mediar en el interés por este tipo de intervenciones (286). En todo caso, la relación coste beneficio hace que sea una alternativa a tener en cuenta (241). Siguiendo las directrices al respecto, los protagonistas contradicen el estereotipo moderadamente (305). La narrativa enfatiza la descripción del estilo de vida posterior al tratamiento y a la recuperación (306), destacando a la persona por delante de la etiqueta. Se resalta la integración social y laboral, el desempeño de roles de responsabilidad y un estilo de vida satisfactorio, que pasa por el autocuidado y las actividades de ocio como estrategias para alcanzar el bienestar. Se enfatizan las similitudes entre el diagnosticado y la audiencia (231), contrariando el estereotipo de la diferencia para minimizar la separación entre “ellos y nosotros”.

La fidelidad de la intervención se garantizó a través del entrenamiento de los ponentes antes de comenzar (19) y de la supervisión de las sesiones (15, 256). En su modelo, Pinto-Foltz et al. (236) dieron por adecuado un ratio mínimo de fidelidad del 85% para cada sesión. Para ello, a través de un listado de fidelidad (Anexo 1) se verifica que se han cumplido objetivos relativos a la presentación de los ponentes, al contenido de su intervención y del debate, así como en relación a aspectos de la evaluación y del seguimiento. En su trabajo los autores obtuvieron un ratio-variable entre el 94% y 100%. El ratio de fidelidad del presente estudio es del 88% de media para las tres primeras sesiones y del 100% para el resto. El control de la calidad de las sesiones corrió a cargo de la investigadora, presente en todas las sesiones. Hubiera sido preferible bien que una persona externa al programa monitorizara las sesiones, o bien que éstas fueran grabadas y posteriormente analizadas por dos evaluadores independientes (236). La primera opción se descartó por dificultades organizativas. La segunda fue desestimada por la dirección de los centros, quienes consideraron que interfería con la preservación del

anonimato de los alumnos. En resumen, se puede concluir que la intervención cuenta con aquellos elementos de diseño señalados en anteriores investigaciones como necesarios que, a fin de subsanar déficits previos, han sido corregidos con algunas modificaciones también referidas como pertinentes en la literatura.

El perfil del equipo constituye otra de las fortalezas del programa. Se recomienda que las personas con enfermedad mental que interaccionan con los adolescentes sean adultos jóvenes, entre 18 y 28 años, que hayan tenido tiempo de superar la enfermedad para poder transmitir el mensaje de recuperación (231). Aunque a priori hubiera podido suponer una limitación, la edad de los ponentes (media de 32 años) no interfirió en la interacción con los jóvenes. La combinación de diferentes edades permitió mostrar diversos aspectos del desarrollo personal y del ejercicio de roles lo que, a su vez, facilitó la identificación con distintos perfiles del alumnado y ofreció una perspectiva de recuperación a largo plazo. El perfil diagnóstico del equipo le confiere un carácter único respecto a otros programas detallados en la literatura. En su revisión sistemática, que recoge estudios publicados hasta el año 2012, Mellor (17) refiere que no se tiene conocimiento de programas anti-estigma orientados al trastorno bipolar, trastorno de pánico, fobia social o trastorno por estrés postraumático. Hasta la fecha, la mayor parte de las intervenciones se han dirigido hacia la enfermedad mental en general (232-234, 236, 243, 287, 288, 290, 292) o hacia la esquizofrenia, bien sola (178, 231, 286, 289) bien en combinación con la depresión (178, 234). Algunos programas preventivos de depresión contemplan en su contenido la estigmatización (302, 304). Recientemente algunos programas han comenzado a rellenar el vacío respecto al trastorno bipolar (307, 308). Aunque la intervención analizada tuvo como objetivo el estigma asociado a la enfermedad mental en general, ya que el nivel de conocimiento de los adolescentes no parece ser tal que les permita diferenciar entre diferentes tipos de patologías (178), todos los ponentes estaban diagnosticados de Trastorno Bipolar. Esta circunstancia confiere homogeneidad a la intervención y permite estudiar su eficacia para este diagnóstico. Investigaciones previas (17) reclaman la aclaración de si precisamente el focalizarlas en un perfil de pacientes sería más interesante que utilizar perfiles heterogéneos.

Por último, destacar que más allá de la estrategia empleada, la idea del empoderamiento del usuario subyace en la raíz y puesta en marcha del estudio, que además de con los ponentes, ha contado con la colaboración de otras personas con enfermedad mental en diferentes aspectos de la organización. Los usuarios han participado en el diseño desde el comienzo y en todas sus fases. Además de en la creación del material, han estado presente en los contactos institucionales con los servicios de orientación y en las reuniones con los tutores (184).

El presente estudio detenta algunas **limitaciones**. Su carácter naturalístico, a diferencia de los ensayos de laboratorio, dará pie a determinadas dificultades metodológicas de sesgos y representatividad. Por otro lado, una intervención naturalística cuasi-experimental, como la referida, resulta más ecológica y reflejo de la realidad cotidiana. En línea con lo señalado en otras investigaciones (17, 175, 181), surgen cuestiones relativas a la aleatorización de los centros participantes, al efecto de la deseabilidad social y a cuál sería el grupo control más idóneo.

En la elección de los centros se siguió un proceso de manipulación que cuestiona la representatividad de la muestra. Aunque en este caso se trata de un estudio piloto, esta circunstancia debería tenerse en cuenta en futuros diseños. En la literatura, algunos estudios reclutan centros de entre aquellos que previamente se habían interesado por el programa a análisis (232, 234, 286, 309), o entre los inscritos en un programa de promoción de la salud (289), lo que puede constituir un sesgo de selección. En el presente estudio se trató de minimizar este sesgo y ninguno de los centros participantes conocía la existencia de la intervención hasta que les fue propuesta. La participación del alumno resulta de la política del centro en el que estudia, sin que medien sus circunstancias particulares ni su interés personal. Esta circunstancia se obviaría si el programa estuviera incluido en el currículo de los institutos. Desde el momento en que no lo está, depende de que los centros acepten participar, por lo que inevitablemente se produce un sesgo de selección.

Para la designación del grupo control se ha empleado un procedimiento aleatorio no sistematizado, sin enmascaramiento del grupo intervención. La literatura se hace eco de la dificultad inherente a la selección del grupo control en este tipo de estudios y de su sensibilidad a la deseabilidad social. En algunos trabajos se analiza el cambio de actitudes en medidas repetidas en el tiempo, sin grupo control (232, 234, 243, 294), opción que resulta poco recomendable. Idealmente, la aleatorización debiera ser realizada a nivel individual, de manera que, dentro de cada aula, algunos alumnos formasen parte del grupo de casos y otros del control. Sólo uno de los estudios analizados emplea este diseño (287), ya que las dificultades de organización que conlleva determinan que sea prácticamente incompatible con la rutina de los centros (290). Una opción ampliamente utilizada es la aleatorización por aulas (178, 231, 289, 292, 302, 304), en la que, dentro del centro educativo se escoge a un grupo control, funcionando el resto como intervención. Esta estrategia, utilizada en el presente estudio, reduce las posibilidades de participar de los institutos pequeños, con un sólo grupo por nivel. Conlleva además riesgo de contaminación. A través de la interacción fuera del aula con el resto de alumnos, los participantes del grupo control se exponen a recibir información sobre la

intervención (236), lo que podría condicionar sus respuestas en la medida de seguimiento. Este efecto fue observado por el equipo cuando, tras completar el estudio, acudió a realizar la intervención con los jóvenes que habían formado parte del grupo control, conforme al sistema de lista de espera. Algunos alumnos aguardaban deseosos la intervención ya que referían haber tenido noticias de lo interesante que había resultado y otros sabían del diagnóstico de los ponentes, circunstancia a considerar en futuras investigaciones. No obstante, el efecto de la contaminación no parece haber interferido en los resultados que, en la evaluación a los seis meses de seguimiento, continuaban siendo significativamente diferentes entre el grupo de casos y el control. Para evitar la contaminación, la tercera alternativa sería la aleatorización por centro escolar, de manera que un instituto funcione como grupo de intervención y el otro como control. Se trata de la opción más recomendable (17) aunque sólo tres de los programas analizados la utilicen (233, 236, 288). Para ser comparables, ambos centros deben poseer un perfil similar y conviene que la designación como caso o control sea realizada ya antes de contactar con los candidatos. Rahman et al. (288) procuraron que los colegios fueran parecidos en tamaño, ratio alumno-profesor, resultados académicos, tasa de abandono, perfil socioeconómico y distancia respecto a la ciudad de referencia. Por su parte Naylor et al. (233) consideraron el número de alumnos, resultados académicos y porcentaje de absentismo. Otras variables sugeridas son el currículo y el volumen de alumnos con enfermedad mental. Una cuarta opción es la utilizada por Pinto-Foltz et al. (236). Los autores consideraron que si existen diferencias en la puntuación basal de las variables dependientes entre ambos centros sólo puede saberse tras el inicio del estudio. Para protegerse de esta eventualidad, formuló un diseño que asegurase la presencia de un grupo de intervención y de un grupo control en cada centro. En el primer colegio todos los participantes del 9º grado formaron parte del grupo de intervención mientras que los del 10º constituyeron el grupo control. En el segundo colegio la distribución se hizo a la inversa, de manera que los de 9º fueron el grupo control y los del 10º el de intervención. Además, excluyó a los participantes que tenían hermanos en el curso adyacente, minimizando el riesgo de contaminación. Tampoco esta alternativa está exenta de críticas ya que los alumnos de 9º y 10º curso pueden conversar entre ellos, y tanto el nivel cognitivo como las expectativas de los integrantes de uno y otro nivel pudieran diferir. En relación a la posibilidad de escoger dos centros diferentes, es preciso asumir la originalidad de Navarra. En la región conviven tres zonas geográficas diferenciadas: la norte, vascoparlante; la sur, mayoritariamente castellanoparlante; y la media, en la que conviven ambas lenguas. Por lengua y acervo cultural resulta difícil que un joven de una zona represente a un joven de otra. Aunque por perfil sociodemográfico pudieran ser similares, es dudoso que centros de diferentes zonas fueran equiparables entre sí. En el caso de escoger esta modalidad, habría

que superar la dificultad que supone definir las variables que igualaran a dos institutos navarros.

Otra de las limitaciones de estos programas es el efecto de la deseabilidad social (286, 290) que puede inferir en diferentes momentos de su evaluación. Se ha descrito ya en relación a la selección del grupo control. Además, puede influir en la evaluación basal. Al responder a la encuesta, los participantes pueden imaginar que las cuestiones planteadas tendrán relación con la intervención que van a recibir (286). Por este motivo, en el estudio la medida basal se recogió una semana antes del inicio del programa, a semejanza de otros autores (233, 236, 292, 294), y se solicitó a los tutores que facilitaran el mínimo de información. Con recelo de este efecto, en la evaluación de una intervención breve, de hora y media de duración, Spagnolo et al. (243) decidieron que algunos participantes cumplimentaran ambas medidas (pre y post) y otros sólo la segunda. Se anticipa que si el efecto fuera positivo, los primeros referirían actitudes menos estigmatizadoras en la medida post-intervención. De hecho, encontraron diferencias significativas entre las respuestas a tres de los ítems, evaluados a través de la r-AQ8C (Pena, Peligro y Miedo), aunque no fue suficientemente potente como para contrarrestar el tamaño del efecto final de la intervención. Por esta razón es conveniente facilitar al grupo control algún tipo de intervención activa, idealmente impartida por una persona ajena al centro escolar (181). No ha sido la práctica habitual, ni en el presente estudio ni en el resto de los analizados. Generalmente, el grupo control ha recibido la materia correspondiente a un día de clase. En un caso (231), el programa analizado se impartía como uno de los varios talleres ofertados durante una semana, de manera que cada alumno escogía entre distintas opciones. En este caso, los autores eligieron como grupo control a los participantes en otro taller, seleccionado al grupo que por edad y género más se parecía al de intervención. De los dos programas que facilitaron intervención activa, uno ofreció información general sobre salud (289) y el otros sobre los efectos nocivos del tabaco (287). Otra forma de minimizar el efecto de la deseabilidad social es comparar dos tipos diferentes de intervenciones o distintos componentes de la misma. Este sistema ha sido utilizado para evaluar el peso del contacto con una persona diagnosticada frente al contacto exclusivo con profesionales sanitarios (305); para determinar si el orden de los distintos componentes de una intervención resulta relevante (290) o para comparar distintas estrategias (310).

La deseabilidad social se refleja también en la compleja relación entre actitudes y comportamiento. Por un lado, el cambio en conocimiento, actitudes y estereotipos no predice la modificación real del comportamiento. Por el otro, la medida directa del comportamiento resulta difícil de evaluar y su determinación indirecta, a través de la distancia social, es muy sensible al

impacto de la deseabilidad social. Así pues, los instrumentos de evaluación de actitudes y distancia social están sujetos a limitaciones derivadas de este efecto (77). Indudablemente, la administración auto-aplicada y anónima resulta menos influenciada que las entrevistas personales. Otra opción propuesta es la de preguntar por el comportamiento anticipado en una tercera persona en vez de por el propio (231). Una alternativa sería el empleo de herramientas de medida implícitas, de las cuales se dispone de una versión en lápiz-papel más fácil de aplicar en el aula que las informatizadas y que, hasta la fecha, ha sido escasamente utilizada (287).

Por los motivos citados, y a semejanza de otros trabajos (17, 229), el instrumento de evaluación empleado constituye una limitación en el presente estudio. Se trata de una escala auto-aplicada, testada previamente, adaptada a población adolescente (234, 236, 243) y traducida al castellano (178). Las respuestas a los ocho ítems de los que consta se puntúan en una escala Likert. Existen discrepancias en la literatura sobre la extensión de dicha escala. Dos estudios utilizan puntuaciones entre 1 y 7 (234, 236) y otros dos entre 1 y 9 (178, 243). En el compendio de instrumentos de evaluación publicado por el creador de la escala, se considera esta última versión por lo que, junto con el hecho de que es la que consta en la versión en castellano (178), fue la escogida. No obstante, se ha tenido en cuenta el dato en la comparación entre los estudios. A juicio del equipo, la traducción del ítem 8 plantea algunas dudas interpretativas. Este hecho motivó que en una de las aulas, ante el titubeo de los alumnos, el profesor asumiera la interpretación contraria. El ítem fue anulado para el aula en el análisis de los resultados. Tras tener conocimiento del hecho, se confirmó con el resto de los tutores que no había ocurrido en otros grupos y se dio indicación explícita del sentido correcto. Otra cuestión que surgió respecto a la escala de evaluación fue que su representación gráfica dio lugar a confusión. Una vez detectada la confusión, y con el fin de que cada participante mantuviera el mismo sistema de puntuación, no se avisó de la misma en las sucesivas administraciones del instrumento. En el análisis se re-escalaron las puntuaciones, según el procedimiento explicado en el apartado correspondiente. El error tuvo lugar a pesar de que las instrucciones estaban explícita y claramente detalladas por escrito en la hoja de respuestas. Ello lleva a resaltar la importancia de realizar un piloto o ejercicio de prueba que anticipe este tipo de confusiones, especialmente entre población adolescente. Además conviene que durante la administración del instrumento se insista verbalmente a los alumnos para que comprueben que han respondido a todos los ítems, ya que no se contempla la opción NS/NC. Sería interesante disponer de un formato, por ejemplo informatizado, que impidiera la pérdida de valores obligando al participante a puntuar todos los campos. Un beneficio añadido sería si además permitiera extraer, o corregir, valores llamativamente anómalos. Además, la velocidad

de respuesta pudiera dar una idea de hasta qué punto hay un proceso de elaboración del ítem y/o raciocinio-deseabilidad social, implicado, o incluso descartar aquellos alumnos que contesten al azar. Por último, este tipo de instrumentos, por su sensibilidad al efecto de la deseabilidad social y a la respuesta dicotómica (todo o nada) es sensible al efecto del tamaño de la muestra. Este estilo de respuesta se observó en la introducción de los datos, apreciándose que, conforme a lo típico en esta población, los adolescentes tienden a puntuar en los extremos o en el medio. Por este motivo, una muestra mayor, especialmente en lo concerniente al grupo control, otorgaría potencia estadística a los resultados.

Es importante recordar que el bagaje personal de los participantes puede afectar de forma significativa los resultados, ya que la predisposición a apreciar y a beneficiarse de la intervención está condicionada por experiencias pasadas (181). El análisis por la variable de contacto previo trata de estudiar este efecto, aunque como se verá, sería necesaria una mayor profundización en aspectos como el nivel de intimidad y la capacidad de los adolescentes para identificar qué tipo de enfermedades son mentales. Entre las experiencias previas no sólo se contempla la familiaridad con la enfermedad mental sino también los antecedentes personales, tales como haber experimentado algún tipo de trastornos mentales o de estigma con él relacionado. Ni el presente, ni ninguno de los estudios analizados determina ni controla este factor en su diseño, lo que resta potencial a la hora de evaluar el efecto preventivo de la intervención (181, 236).

Por último, dadas las particularidades diagnósticas del equipo de intervención, es posible que no puedan extrapolarse los resultados a otros grupos de enfermedad mental, o que al menos hubiera que comprobar la viabilidad de hacerlo.

En cuanto a la **representatividad** de la muestra y la posible extrapolación de los hallazgos se consideran dos factores. Por un lado, es de interés analizar la representatividad de la muestra escogida respecto a la población de adolescentes navarros. Por otro lado, la selección de variables independientes incluye aquellas relevantes en otros estudios y se procuró seleccionar una muestra de perfil sociodemográfico similar, dentro de la heterogeneidad existente, a la de otros trabajos

Al considerar la representatividad de la muestra respecto a la población de adolescentes navarros surge nuevamente el condicionamiento, casi inevitable, de la idiosincrasia navarra arriba referido. Según los datos facilitados por el último padrón, del 01/01/2014 (297), los jóvenes de entre 10-14 años constituyen el 5.1% de la población total y los de 15-19 años el 4.7%. Entre ellos, la distribución por género es homogénea, siendo prácticamente la mitad de

la población varones. Para esta franja de edad, la segunda procedencia en frecuencia es la europea, seguida por los países del Sur y Centro América, los asiáticos y africanos. Durante el curso académico 2012/2013 (296) el 74.55% de los alumnos de ESO cursó estudios en castellano mientras que un 24.38% lo hizo en euskera. El pequeño porcentaje restante (1.07%) se integró en el primer curso del recientemente implantado modelo británico. En la muestra analizada, la distribución por género es similar a la de la población navarra. Sin embargo, no coinciden en la distribución por nacionalidad ni en la frecuencia de cada procedencia ni en el orden (en la muestra: América del Sur y del Centro (7,5%), Europa (3.2%), África (1.5%) y Norteamérica (0.2%), sin representación de Asia). Tampoco coincide la distribución por modelo lingüístico ya que un 40.7% de los participantes cursan sus estudios en vascuence mientras que en la población navarra son los menos los que eligen esta modalidad (24.38%). Se puede concluir que la muestra analizada resulta representativa del entorno navarra en su distribución por género y edad pero no por nacionalidad ni modelo educativo. Por lo tanto, cualquier extrapolación tendría que ser valorada cuidadosamente. Cabe matizar que los datos procedentes del Gobierno de Navarra agrupan a los jóvenes por segmentos de edad, lo que no permite disponer de datos específicos para la edad y el nivel de escolarización estudiados. No parece probable que existieran diferencias tales como para modificar el análisis de la representatividad pero es un detalle a tener en cuenta. Aunque alguno lo hace (289), la mayoría de los autores no menciona el tema de la representatividad en sus estudios, lo que constituye otra limitación señalada en las revisiones sistemáticas citadas (17, 175, 181). Los estudios españoles tampoco comentan este aspecto. En relación a ellos, y como se detalla a continuación, la muestra analizada guarda semejanzas en relación a la distribución por edad y sexo con la andaluza (178). De edad similar son los estudiantes catalanes aunque entre ellos hay más mujeres (294). También predominan las mujeres en la muestra madrileña donde además los participantes son algo mayores (301) .

Conforme a otros estudios, algunas variables independientes a considerar son: edad, grado de desarrollo cognitivo, género, nivel de conocimiento previo sobre la salud mental, otros datos sociodemográficos y el tipo de intervención realizada. Las actitudes estigmatizadoras se consolidan en la pubertad (215), etapa en la que los jóvenes son aún permeables a la educación (231) y en la que este tipo de intervenciones ha mostrado potencial para reforzar la búsqueda de ayuda (311). Se señala a la adolescencia como una edad idónea para la realización de campañas anti-estigma (17), dándole prioridad frente a población más joven (151). Dentro de este periodo madurativo, la edad y el grado de desarrollo cognitivo pueden condicionar el impacto de los programas anti-estigma (236), hipótesis confirmada por unos (240) y rebatida por otros (263). Stuart (286) encontró que aunque todos los jóvenes (13-18

años) participantes en su estudio adquirieron conocimientos sobre la enfermedad mental, fue en aquellos de entre 15-16 años entre quienes más disminuyó la distancia social. Los programas analizados abarcan un amplio segmento de edad, si bien la franja entre los 14-16 años parece ser la preferida (178, 184, 231, 233, 234, 236, 287-290, 292, 294). Algunos autores mezclan distintas edades (234, 286, 289) y, al igual que en el programa madrileño (301), llegan hasta cuatro años de diferencia (236, 288). Para el presente trabajo se primó el criterio de homogeneidad. La media ($\mu \pm \sigma$) de edad en este estudio es de 14.06 años (± 0.51), similar a la de la mayoría de los programas (231-233, 290), entre los que se incluyen dos españoles (178, 294). Otras intervenciones se han dirigido a sectores algo mayores, en torno a los 15 años (236, 287) o a más jóvenes, entre los 12 (292) y los 13 años (289). En la muestra analizada, al igual que en otros trabajos internacionales (286, 288, 289) y nacionales (178), la distribución por género es equivalente, con un 49.9% de mujeres. Otras muestras son de ligero (234, 292) o moderado predominio femenino (232, 287, 290) (60%, 60% y 73% respectivamente). Entre ellas dos españolas, en las que las mujeres constituyen el 54% (301) y el 55% de la muestra (294). En alguna ocasión sólo participaron chicas (236) y en otras no se ofrecen datos al respecto (243). Algunos autores han considerado que el tipo de centro (público o privado; mixto o unisex; nivel académico) en el que estudian los participantes podría diferenciarlos (231, 232, 290). No es el caso del presente estudio, en el que no se observaron diferencias basales en virtud del centro educativo. Para contemplar el papel de la cultura en las conductas estigmatizadoras se tuvo en cuenta la nacionalidad de los participantes. Aunque algunos autores no han encontrado que esta variable influya en el cambio de actitudes (263), otros sí han identificaron diferencias en función a la etnia (240). En relación a la distribución del origen de los participantes, detallada únicamente en los estudios norteamericanos (234, 236, 287, 292), se aprecia variabilidad entre distintas áreas geográficas. Resulta difícil comparar la muestra a análisis con las procedentes de estudios tan alejados de su contexto cultural. Dado que en Navarra la educación se imparte en las dos lenguas propias de la región, se incluyó esta condición como posible reflejo de un elemento cultural.

La influencia del **perfil diagnóstico del equipo** (174) en las conductas estigmatizadoras podría reflejarse en los resultados del programa. El trastorno bipolar es paradigmático dentro del trastorno mental grave y puede conferir unas características diferenciales respecto a otros trastornos como la esquizofrenia, con las subsecuentes consecuencias, en ambas direcciones, en las dimensiones de estigma social y de auto-estigma (64). Una intervención realizada por personas diagnosticadas de esquizofrenia que fueran portadoras de un mayor grado de deterioro visible podría haber incrementado la percepción de la diferencia entre ellas y la audiencia (48). La otra cara de la moneda es que al contactar con personas sin déficits

aparentes, se elimina el factor de confusión derivado de la visibilidad de la marca, lo que hace más fidedigna la valoración del estigma en virtud únicamente de la etiqueta de enfermedad mental. Otra consideración a tener en cuenta es que el peso del estereotipo de violencia, más frecuentemente asociado a la esquizofrenia (293), pudiera condicionar diferencias en los resultados. El trastorno bipolar tiende a ser mejor tratado por los medios de comunicación (217) y socialmente se vincula más con depresión que con esquizofrenia (70, 312). No obstante, se desconoce hasta qué punto los adolescentes son conscientes de las diferencias entre los diferentes trastornos y, de serlo, en qué medida influiría en los resultados.

Dos revisiones del año 2013 (64, 313) analizan los estudios que, hasta el año 2012, exploran específicamente el estigma asociado al trastorno bipolar. Ambas destacan el impacto del estigma percibido y del internalizado en el trastorno bipolar, su relación inversa con el funcionamiento, y las consecuencias en el núcleo familiar. En un estudio comparativo sobre las expectativas de discriminación entre personas diagnosticadas de trastorno bipolar y depresivo (314), los usuarios coinciden en señalar su preocupación por generar miedo en el interlocutor, la pérdida de autoestima y la evitación de situaciones potencialmente estigmatizadoras. Aunque el total de las experiencias de discriminación fue similar en ambos diagnósticos, el impacto del estigma en la vida personal y familiar fue superior para la bipolaridad ($p < 0.019$). En relación a la comparación entre diferentes patologías, las dos revisiones coinciden en que la escasez de datos impide realizar un metaanálisis concluyente. Parece que la población británica (315) asocia, de manera general, el trastorno bipolar con creencias y actitudes positivas, generando un relativamente bajo deseo de distancia social. Predomina la creencia de que se debe a una causa médica y se asocia a un buen pronóstico con tratamiento, aunque malo sin él. Pudiera ser que esta percepción esté en relación con el hecho que los medios de comunicación británicos han comenzado a hacerse eco de celebridades que reconocen públicamente su trastorno bipolar (<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/8609461.stm>). Se constata que los británicos vinculan este trastorno con la peligrosidad, relación mediada por el miedo. Cuando lo asocian con la dependencia, surge también la mediación del miedo, que se contrarresta con el efecto de la pena que tiende a disminuir la distancia social. Podría ser que para otros diagnósticos no aparezca este efecto contrario entre diferentes prejuicios, de manera que la distancia social resulte únicamente de la suma de emociones negativas. Un estudio que analiza la actitud de la población francesa frente a esquizofrenia y trastorno bipolar (316) constató que el 61% de los participantes las considera negativamente y que menos del 70% era capaz de reconocer sus características específicas. No obstante las actitudes son más benignas hacia el trastorno bipolar que hacia la esquizofrenia ($p < 0.002$). Ésta última se asocia con drogas y alcohol mientras que la bipolaridad se relaciona con factores emocionales, mejor

pronóstico, menor necesidad de tratamiento y mayores capacidades sociales y laborales. La esquizofrenia genera más miedo, desconfianza y distancia social ($p < 0.001$) al ser considerada más peligrosa que el trastorno bipolar (65% vs 29%). También se rechaza más a los enfermos de psicosis como compañeros de trabajo ($p < 0.0002$); de colegio de los hijos ($p < 0.001$) o para convivir con ellos ($p < 0.003$). Un estudio español ($n = 5473$) (317) publicado en el 2012 analiza la percepción social de las enfermedades mentales graves consideradas como un todo, sin diferenciar por diagnóstico (esquizofrenia y trastorno bipolar). Sólo un 25% de los entrevistados reconoce algún síntoma. Cuando lo hacen, identifican mejor los negativos, que asocian de distinta manera a ambos trastornos. La esquizofrenia se relaciona con alucinaciones, agresividad y conductas violentas. El trastorno bipolar con cambios bruscos de humor y de funcionamiento, doble personalidad o con síntomas anímicos específicos (euforia, depresión o apatía). El tratamiento se considera eficaz en ambos trastornos y preocupa la estigmatización y la sobrecarga asociada a ambas entidades. Entre adolescentes y adultos jóvenes alemanes (318) el estigma aparece más vinculado a la fase de manía que a la depresiva, de manera que se juzga a ésta con más severidad, menor empatía y mayor deseo de distancia social. Aunque en el presente estudio la manía fue tratada ampliamente, y se incidió en tópicos como la agresividad, el descontrol del impulso y las alteraciones de conducta no parece que se hayan reforzado las actitudes negativas, aunque es un aspecto a tener en cuenta.

De confirmarse que existen diferencias en la actitud pública en virtud al diagnóstico (170, 174, 316) habría que considerar que la eficacia de las intervenciones anti-estigma pueda resultar mayor cuando están dirigidas específicamente a determinado trastorno (102) lo que, por otra parte, condicionaría la generalización de los resultados a otros grupos diagnósticos. Hasta la fecha, sólo se tiene conocimiento de dos trabajos que evalúen intervenciones anti-estigma orientadas específicamente al trastorno bipolar (64). Rusch et al. (310) comparan la eficacia de una intervención de contacto directo realizada por dos ponentes diagnosticados de trastorno bipolar con una intervención psicoeducativa sobre el trastorno llevada a cabo por un psicólogo. El contacto directo resulta eficaz para reducir la distancia social respecto al trastorno bipolar ($p = 0.037$) y a la depresión ($p = 0.033$) y, con menor potencia estadística, para la enfermedad mental en general ($p = 0.062$) pero no resulta útil en la esquizofrenia ($p = 0.802$). Además, la estrategia de contacto directo supera a la psicoeducativa en todos los diagnósticos excepto en el de esquizofrenia. Por estrategia, esta intervención pudiera ser comparada con el programa a estudio. El diagnóstico de los ponentes es similar y se evalúa el impacto de la intervención en el estigma asociado a la enfermedad mental en general. Aunque ambas intervenciones resultan eficaces, la población objetivo difiere y no puede darse por asumido que lo referido a adultos sirva para adolescentes. En el segundo estudio (307), publicado en el año 2014, se analiza el

efecto de una pieza teatral en la que se abordan cuestiones relativas al trastorno bipolar, protagonizada por una actriz portadora de este diagnóstico. La audiencia está formada por adultos diagnosticados de trastorno bipolar ($n=80$) y por profesionales de la salud ($n=84$). Las actitudes de los profesionales de salud mejoran inmediatamente después de la intervención de forma global ($p<0.001$) y en cinco de las sub-escalas: Ansiedad interpersonal ($p=0.035$), Relaciones interpersonales complicadas ($p<0.001$), Higiene ($p=0.001$), Visibilidad ($p=0.990$), Eficacia del tratamiento ($p<0.004$), Capacidad laboral ($p=0.079$) y Recuperación ($p=0.017$); aunque el cambio se atenúa, de manera que a los cuatro meses de seguimiento se han recuperado los niveles basales. Por su parte, los diagnosticados sólo mejoraron en la sub-escala de Relaciones interpersonales complicadas ($p=0.018$). En las entrevistas cualitativas realizadas posteriormente, ambas poblaciones destacaron tanto el potencial docente de la obra como su impacto emocional, que relacionaban con un incremento de empatía, esperanza y apertura de mente. Posteriormente el mismo equipo, tratando de encontrar un formato más exportable, analiza la eficacia de la intervención en formato audiovisual ($n=137$) (308). Además de profesionales y diagnosticados, entre los asistentes se encontraban estudiantes de un curso sanitario, familiares y amigos de personas diagnosticadas y público general. De nuevo, la intervención resultó eficaz entre los profesionales aunque sólo en determinados aspectos: Ansiedad interpersonal ($p=0.06$), Capacidad laboral ($p=0.010$), Relaciones interpersonales complicadas ($p=0.011$) y Eficacia del tratamiento ($p<0.001$). En el resto de los sectores, el impacto fue modesto. Entre familiares y amigos mejoraron las Relaciones interpersonales complicadas ($p=0.006$) y entre el público general la sub-escala Eficacia del tratamiento ($p=0.001$) y la distancia social ($p=0.009$). En estas poblaciones los cambios no se mantienen al mes de seguimiento. Sí lo hacen los relativos al grupo de profesionales, excepto para Eficacia del tratamiento. Un dato curioso fue que la tendencia a la baja en distancia social ($p=0.12$) apreciada en los estudiantes inmediatamente después de la intervención se afianzó progresivamente, de manera que al mes de seguimiento se había convertido en significativa ($p=0.04$). La diferencia de formato y de público objetivo también complica en este caso la comparación de los resultados del programa a estudio. Como conclusión, cabe plantearse que el perfil diagnóstico condicione los resultados de la intervención programa, en virtud a las diferentes actitudes que la población pudiera mostrar hacia los diferentes diagnósticos de enfermedad mental. No obstante, se trata de un aspecto a ser profundizado en futuros estudios.

Es conveniente determinar las **actitudes estigmatizadoras basales** antes de entrar a valorar el efecto de la intervención, ya que su medida condiciona el margen de cambio. Los participantes no manifestaron actitudes excesivamente estigmatizadoras antes de la

intervención. Sobre un máximo de 63 puntos, la puntuación media global fue de 22.81 (± 8.602) para el grupo de casos y de 20.72 (± 7.414) para el grupo control. Para cada ítem, la puntuación media se situó en la mitad inferior de la escala Likert. Este bajo nivel basal coincide con los hallazgos de otros estudios occidentales, tanto europeos como norteamericanos (178, 231, 234, 236, 243), y constituye la razón por la que algún autor ha sugerido dirigir los programas anti-estigma a grupos de adolescentes con más riesgo de ser estigmatizadores (17). No obstante, tanto en Europa (289) como en Norteamérica (310) se han encontrado actitudes moderadamente estigmatizadoras. Los datos procedentes de estudios españoles son también diversos. Así, los participantes en el programa andaluz no parecen mostrar actitudes excesivamente estigmatizadoras (178). Algo más negativas son las actitudes detectadas en la intervención catalana (294), sin llegar al nivel referido en la madrileña (301).

En la muestra analizada, el ítem que ha obtenido mayor puntuación es el de Ayuda seguido, en orden decreciente, por los ítems de Pena, Segregación, Evitación, Peligrosidad, Miedo, Ira y Culpa. Conviene recordar que a mayor puntuación mayor será la conducta estigmatizadora, excepto para el ítem de Ayuda que se interpreta en sentido inverso. Un dato interesante extraíble de este orden es que los jóvenes no parecen tener problemas para reconocer que su intención de comportamiento negativo (Segregación y Evitación) es proporcionalmente más estigmatizadora que sus estereotipos (Peligrosidad, Culpa) y prejuicios (Pena, Miedo, Ira). El hecho de que las medidas de distancia social puntúen más alto que las de estereotipos y prejuicios refrenda la complejidad del proceso de estigmatización y la menor permeabilidad al cambio del comportamiento frente a los aspectos cognitivos y emocionales (286). Si la situación hubiera sido al contrario, habría que haber considerado el efecto de la deseabilidad social en las respuestas de los estudiantes.

Se ha postulado que el estereotipo de Peligrosidad asociado a la enfermedad mental se incrementa con la edad (319). Corroborando esta idea, en la muestra analizada la dimensión de Peligro ocupa el quinto lugar. En el adulto la percepción de peligrosidad se vincula fundamentalmente con Miedo, Ira e incremento de la distancia social (68). Entre los niños, se asocia también al Miedo y a la Evitación (263). Congruentemente, en la muestra, las dimensiones de Miedo e Ira ocupan puestos bajos, 6º y 7º respectivamente. Datos similares se encuentran entre jóvenes británicos, de 15 años de edad, entre quienes las atribuciones de culpa (89%) e imprevisibilidad (50%) se sitúan por delante de la de peligrosidad (37%) (232). No obstante, y dado el peso que adquirirá en un futuro, es conveniente abordar el estereotipo de peligrosidad desde edades tempranas para evitar su consolidación e impermeabilizar al joven frente a él.

En adultos, la Culpa se asocia con Ira e incremento de la distancia social (31). Por su parte, los niños que consideran a los compañeros con enfermedad mental responsables de lo que les ocurre, expresan más ira y menos pena hacia ellos, lo que, a su vez, se relaciona con menor deseo de ayudarles y una mayor tendencia a segregarlos (263). En la muestra analizada el estereotipo de Culpa tiene poco peso (8º puesto). En concordancia con lo referido, los adolescentes, al expresar poca Culpa, muestran también poca Ira (6º) y más Pena (1º), lo que deviene una predisposición a la Ayuda (2º) que supera el deseo de Segregar (3º) y Evitar (4º).

Las dimensiones que puntúan más alto en la muestra son la Pena y la Ayuda. La Pena representa a la benevolencia, asociada con la idea de que las personas afectadas por la enfermedad mental son dependientes, estereotipo que da origen a conductas paternalistas que terminan por limitar la autonomía de los afectados (48). Puede también estar en relación con la intención de Ayudar, tal y como puede inferirse de los resultados en la muestra. No obstante, aunque los adolescentes participantes refieran intención de Ayuda (2º) también reconocen su deseo de Segregar (3º) y Evitar (4º) a las personas con enfermedad mental. Que el niño enfermo sea sometido al ostracismo por sus compañeros resulta especialmente preocupante si se tiene en cuenta la importancia de las relaciones entre pares en esta etapa del desarrollo (263). La preocupación por ser marginado puede contribuir al secretismo asociado a la enfermedad mental. Son datos importantes a integrar en los programas anti-estigma que deseen mejorar la cantidad y calidad de las relaciones en el grupo de iguales.

El programa andaluz “Lo Hablamos” (178) (n=185), analiza por separado las actitudes hacia la depresión y la psicosis entre jóvenes de 13 y 14 años. El nivel basal resulta también poco estigmatizador aunque, conforme a la literatura, son más favorables las actitudes hacia la depresión. El estereotipo de peligrosidad fue rechazado de manera similar para ambos trastornos (73.6%). Sin embargo, sólo un 44.34 % negaba miedo hacia las personas con psicosis frente al 80.19% que lo hacían respecto a la depresión, dentro de que la tendencia basal continuaba estando más próxima a la aceptación que al rechazo. En este estudio, que utiliza la escala r-AQ8C, el orden descendiente de las puntuaciones para el trastorno afectivo es: Ayuda, Pena, Ira, Evitación, Culpa, Segregación, Peligro y Miedo. Para el trastorno psicótico: Peligro, Pena, Ayuda, Segregación, Evitación, Miedo, Ira y Culpa. Si se exceptúa el primer puesto de la dimensión de Peligro, el orden de la muestra analizada se parece más al relativo al trastorno psicótico que al depresivo, lo que lleva a pensar que los jóvenes identifican el concepto de enfermedad mental más con la patología grave. Los jóvenes madrileños (301) de entre 14 y 18 años se sitúan más cerca del extremo estigmatizador. Este estudio utiliza la también la misma escala de evaluación aunque en la versión para adultos (AQ27C). El orden

de las dimensiones (Ayuda, Ira, Pena, Evitación, Peligro, Segregación, Miedo y Culpa) también muestra el nivel destacado de la Ayuda y la Pena pero, en este caso, la Ira y el Peligro adquieren relevancia. En el estudio catalán (294), jóvenes de edad similar a la de la muestra analizada mostraban un nivel de estigmatización relativamente bajo, aunque los autores las consideran de interés: Autoritarismo (3.75 ± 0.51); Etiopatogenia relacional (4.06 ± 0.60), Benevolencia (2.18 ± 0.60), Restricción social (4.02 ± 0.80) y Negativismo (4.73 ± 0.63). Se aprecia que las mayores puntuaciones corresponden al Negativismo, la Etiopatogenia relacional y la Restricción social. Negativismo refleja la percepción de incurabilidad, la Etiopatogenia relacional atribuye la enfermedad a experiencias interpersonales negativas y la Restricción social enlaza con el peligro y la idea de control del enfermo. En esta muestra la Benevolencia parece ocupar el lugar menos relevante, por detrás de la Restricción social, lo que se contrapone a los resultados del programa a estudio.

Fuera de España, tres programas han utilizado el mismo instrumento de evaluación que el presente (r-AQ8C). Dado que difieren en la edad y el origen de la población, la comparación de los resultados ha de realizarse con cautela. Los participantes en la intervención "In Own Our Voice" (236), que sirvió de modelo teórico para el diseño (19), fueron chicas ($n=156$), de entre 13 y 17 años que tampoco parecen mostrar actitudes excesivamente estigmatizadoras (9.18 ± 4.31 grupo control; 9.13 ± 3.69 grupo casos). Destacar que los autores utilizan sólo cinco ítems de la escala, por lo que la puntuación máxima es inferior. Cuando Rusch et al. (310) compararon el impacto de este modelo sobre el estigma asociado al trastorno bipolar en una población de estudiantes americanos de psicología, encontraron un nivel de estigmatización basal moderado, lo que podría estar en relación con la edad de los participantes. Spagnolo et al. (243) no ofrecen datos sociodemográficos de su muestra ($n=426$) aunque refieren que se trata de estudiantes de cuatro institutos norteamericanos. Tanto la puntuación media total ($\mu = 28.99$; sin datos sobre ds.) como el orden en que los ítems son puntuados a nivel basal (Pena, Segregación, Ayuda, Evitación, Peligro, Miedo, Culpa e Ira) resultan similares, con pequeñas variaciones, a los datos de la muestra a estudio. Por último, Watson et al. (234) encuentran que los adolescentes americanos ($n=1566$) de edades comprendidas entre 11 y 13 años, participantes en su estudio, también mostraban un nivel basal total poco estigmatizador (22.57 ± 7.55). Sin embargo, en esta muestra el peso de los prejuicios de Miedo e Ira era mayor, probablemente en relación con la prevalencia del estereotipo de Peligro frente al de la Culpa (orden: Evitación, Miedo, Ira, Peligro, Pena, Ayuda, Segregación y Culpa). La tendencia a evitar se sitúa en primer lugar, por delante de la intención de ayuda. La heterogeneidad de resultados encontrados en relación al nivel basal de las actitudes estigmatizadoras orienta hacia la

necesidad de adaptar los programas anti-estigma a la realidad local, ya que diferencias de este tipo condicionan el contenido del mensaje a transmitir a los estudiantes.

Utilicen el tipo de herramienta de evaluación que utilicen, y partiendo de que las dimensiones analizadas no son equivalentes, se aprecia que en general el grado de conocimiento y las actitudes son proporcionalmente menos estigmatizadoras que la distancia social expresada, al igual de lo que ocurre en el presente trabajo. La cantidad de información que poseen los jóvenes parece depender de su contexto cultural. Pakistaníes (288) y británicos (232) parecen menos formados que los canadienses (293). El presente estudio no determina el nivel de conocimiento de los estudiantes. Respecto a las actitudes basales, medidas con otros instrumentos de evaluación, los datos son heterogéneos. Entre los canadienses (n=571) (293), el 58.5% de los estudiantes, de entre 13 y 18 años, mostraba actitudes estigmatizadoras respecto a esta enfermedad, dato aún más relevante en el contexto del buen nivel de conocimiento que poseían. Entre los jóvenes griegos (n=616) (289) un elevado porcentaje de ellos se mostró de acuerdo con los principales estereotipos asociados a la esquizofrenia (80% considera que hablan solos, 70.9% que sufren de doble personalidad, 81.2% que no pueden trabajar, 51.2% los considera peligrosos, otro 50.5% los teme como amenaza pública, el 67.15% consideraba que podían ser creativos) aunque, por otra parte, un 72.6% no dudaba de los beneficios del tratamiento y el 67.95% consideraba factible aplicarlo fuera del hospital. También un 89% de los jóvenes británicos participantes en otro estudio, de edad similar a la de la muestra, culpan a las personas con enfermedad mental de lo que les ocurre: el 50% los considera impredecibles y el 37% violentos, aunque el 68% cree en la posibilidad de recuperación (232). Puede apreciarse que los participantes en el estudio a análisis se encuentran entre quienes verbalizan niveles más bajos de estigmatización y que el peso de los estereotipos de Peligro y de Culpa varía conforme a la muestra analizada. La comparación de los resultados relativos a la distancia social a nivel basal se ve facilitada porque algunos estudios utilizan ítems de la misma escala, el instrumento desarrollado por la Alberta WPA Pilot Project. Así, puede apreciarse que el 92% de los jóvenes británicos (232) reconocía algún grado de distancia social: 39% refieren dificultad para establecer conversación con personas con enfermedad mental. La mayoría de los jóvenes griegos (289) ve difícil enamorarse de una persona con psicosis (86.8%). Tampoco compartirían con ella la habitación durante una excursión (81.85%), ni le invitaría a una fiesta (50%), el 46.75% les tendría miedo aunque el 64.5% estaría dispuesto a compartir el aula y el 70.5% a establecer una relación de amistad con ella. De entre los estudiantes canadienses (286) un tercio evitaría a alguien con esquizofrenia si estuviera con sus amigos y más de la mitad refería miedo al enfermo. En contraposición, los jóvenes alemanes participantes en un estudio (n=150) (231) se muestran

más abiertos. Sólo el 6.5 % de los estudiantes refería miedo a establecer una conversación con alguien con esquizofrenia, frente al 44.75% de los jóvenes griegos (289). Un 20.5% de los considera posible enamorarse de una persona enferma frente al el 13.2 % de los griegos que contemplan tal posibilidad. No obstante, profundizando en el análisis, los autores encuentran que, si bien son evidentes las diferencias en la distancia social, conforme se incrementa el grado de intimidad, éstas disminuyen (289). Además, es de considerar un posible sesgo del estudio alemán, en el que puede suponerse que los participantes estaban previamente sensibilizados ya que se habían inscrito de forma voluntaria en el programa. Un dato interesante de este estudio es que un 42.5% de los jóvenes refiere, más que desacuerdo con los estereotipos, inseguridad a la hora de juzgarlos. Según los autores (231), esta cifra refleja la resistencia de los adolescentes a aceptar estereotipos si no pueden juzgarlos desde su propia experiencia, lo que los convierte en una población especialmente receptiva a los programas anti-estigma. Como se ha comentado, parece que al igual de lo que ocurre en la muestra analizada, sean cuales sean los niveles basales en relación a actitudes, la tendencia a la discriminación es proporcionalmente superior.

Dentro de las limitaciones inherentes a que se trata de grupos de edad y contexto cultural diferentes y a que la medida se ha realizado a partir de distintos instrumentos, los datos procedentes de la literatura parecen coincidir con los procedentes de la muestra analizada. Las actitudes basales de los jóvenes no son excesivamente estigmatizadoras y la distancia social tiende a ser proporcionalmente superior a los estereotipos y actitudes. El peso de los diferentes estereotipos es variable, lo que puede estar en relación con el hecho de que se realice el análisis sobre actitudes hacia la enfermedad mental en general o hacia la esquizofrenia en particular. No obstante, para la misma entidad, hay estudios en los que predominan las dimensiones relacionadas con benevolencia y autoritarismo y en otros las dimensiones de peligro sin que quede patente un patrón que justifique las diferencias. Es importante tener en cuenta que la puntuación basal refleja las actitudes de los jóvenes antes de entrar en contacto con la información o con los afectados por la enfermedad mental. La viñeta que se facilita en la encuesta de evaluación es muy sencilla y breve, sólo avisa de que el nuevo compañero tiene una enfermedad mental. Este término se asocia en cada persona con una imagen que puede corresponder a una variedad de representaciones. En la “Encuesta de opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves en la sociedad española” (317) se observó que aunque más del 75% de los encuestados aseguraba conocer ambas enfermedades, sólo un 49% identificaba síntomas de esquizofrenia y un 39% de trastorno bipolar. Los autores consideran que los entrevistados interpretan “conocer” en el sentido coloquial de “haber escuchado hablar” de las enfermedades. Además, entre las enfermedades mentales a menudo

se incluyen diagnósticos que no lo son, tal y como se confirmó en las entrevistas cualitativas realizadas con los jóvenes participantes en el programa “Lo Hablamos” (178). También durante el trabajo en el aula la investigadora pudo observar que entre los diagnósticos frecuentemente citados en la actividad “Lluvia de Ideas”, se encontraban el retraso mental y enfermedades neurológicas y degenerativas. Parece que la distribución encontrada en el estudio a análisis coincide, exceptuando el peligro, con el patrón de respuesta de los estudiantes andaluces (178) hacia el trastorno psicótico, lo que llevaría a pensar que al hablar de enfermedad mental la asocian con el paradigma de la esquizofrenia. En su análisis de actitudes de la población británica hacia el trastorno bipolar, Ellison et al. (315) encontraron que el estereotipo más frecuente es el que tilda a los afectados de creativos y brillantes, con escasa presencia de los estereotipos de peligrosidad y dependencia. Como consecuencia, surge de manera habitual la pena, con poco peso del miedo y de la ira. Como puede observarse, coincide también con el patrón de las respuestas obtenidas. En realidad, cuando se pregunta a la población sobre la enfermedad mental, se desconoce qué imágenes están utilizando aunque lo habitual es que se identifique con los trastornos graves (320).

Como se desprende de los resultados de la investigación presentada, la intervención ha resultado **eficaz de manera inmediata** para reducir el estigma, con disminución de los diferentes ítems de la escala y su estimador global ($p < 0.05$). A corto plazo mejoran las dimensiones de Culpa, Pena, Segregación, Evitación y Ayuda. Además, se aprecia tendencia a la significación estadística ($p < 0.1$) en los ítems de Peligrosidad e Ira. La discriminación suele medirse de manera indirecta, a través de la intención de comportamiento: qué piensa el sujeto que haría en determinada situación. En relación al estigma se evalúa la intención de conducta de acercamiento o evitación respecto al afectado, en lo que se denomina distancia social. Aunque de manera general el comportamiento, reflejado en la medida de distancia social, es más resistente al cambio, en este caso, los tres ítems que lo representan mejoran significativamente sin que haya que olvidar el posible efecto de la deseabilidad social. El único ítem que no se modifica es el Miedo ($p = 0.567$). Pudiera considerarse que, como consecuencia de la baja puntuación basal (1.89 ± 1.510), este ítem no tuviera margen de cambio. Sin embargo, Ira y Culpa, con puntuaciones basales menores (1.80 ± 1.413 ; 1.57 ± 1.348 respectivamente), sí experimentan cambios, lo que orienta hacia el peso y resistencia al cambio del estereotipo de la violencia en las actitudes estigmatizadoras. De hecho, la puntuación del ítem Miedo se incrementa ligeramente, aunque sin significación estadística. Cabría plantearse si, como apuntan algunos autores (235, 321), pueda ser debido a que al tratar la dimensión de violencia, el joven se haga consciente de ella y se refuerce el estereotipo. La literatura incide en la importancia de abordar específicamente las dimensiones

de miedo (312), violencia e imprevisibilidad (319), a fin de contrarrestar el potente y nocivo efecto de los medios de comunicación (232). Economou et al. (289) identificaron a la televisión como probable factor causal del alto nivel de estigmatización detectado en su muestra ya que un buen porcentaje de los estudiantes nombró una película, cuyo título había sido traducido al griego como “El asesino esquizofrénico de la motosierra”, como fuente de información sobre la enfermedad mental. En relación al tamaño del efecto, se aprecia que para los ítems con significación estadística es de medio a importante, lo que presupone que la intervención, llevada a la población general de adolescentes, tendría previsión de ser efectiva. Siguiendo a Cohen, en la interpretación del TE se ha considerado que un nivel de 0.2 resulta mínimo, en torno a 0.5 es medio, y superior a 0.7, importante. Esta manera de calibrar no está exenta de críticas, y es que en función del área de trabajo, la significación práctica del tamaño del efecto puede ser diferente. En el caso de estudio, quedaría por aclarar cómo se manifestarán a corto y medio plazo los cambios previstos conforme al nivel del TE: qué tipo de nuevas conductas o actitudes serían esperables y hasta qué punto un TE moderado o alta se refleja en la práctica como una actitud realmente menos estigmatizadora. Hasta la fecha son escasos los estudios que han considerado el tamaño del efecto en sus análisis, siendo ésta una limitación señalada por algunos autores (17). Sería interesante que futuras investigaciones ahondasen en este aspecto.

A la hora de comparar los resultados del estudio con los datos procedentes de otras investigaciones, además de las diferencias culturales y los diversos instrumentos de evaluación utilizados, ha de tenerse en cuenta heterogeneidad existente en el diseño de los programas y las diferentes estrategias en ellos empleadas (17). Además, algunas intervenciones abordan la enfermedad mental en general y otras la psicosis en concreto. Lo más inmediato sería comparar la intervención objeto de estudio con programas que han empleado la estrategia de contacto directo. De ellos, dos son americanos (236, 243), uno británico (232), otro español (294) y un quinto alemán (231). Este último se dirige hacia la esquizofrenia mientras que el resto se refieren a la enfermedad mental en general. La intervención llevada a cabo por Spagnolo et al. (243) también resulta en la reducción de las actitudes estigmatizadoras hacia la enfermedad mental de forma global y en seis de los ocho ítems, incluidos los de distancia social, ($p < 0.000$) medidos a través de la escala r-AQ8C. En este caso, los ítems que no se modifican son los de Culpa e Ira, con una baja puntuación basal. Aunque existen ligeras diferencias con la intervención a análisis, los resultados van en la misma línea, dentro de las limitaciones de las que adolece ese estudio, que no emplea grupo control ni facilita datos sociodemográficos. Entre los jóvenes británicos (232), de edad similar a la de la muestra analizada, también se modifica el conocimiento sobre la enfermedad mental, de manera que el

número de estudiantes capaz de criticar los estereotipos se incrementó desde el 1% al 24% ($p < 0.0001$). Además, sube el porcentaje de quienes verbalizaban actitudes poco estigmatizadoras ($p < 0.0001$). Aunque también aumenta el porcentaje de alumnos dispuestos a superar la distancia social (8% vs 13%) el cambio no resultó significativo, excepto para un ítem ($p < 0.0001$) (“Resulta difícil hablar con personas con enfermedad mental”). Tampoco este estudio utiliza grupo control. En España, Martínez-Zambrano et al. (294) también encuentran, entre jóvenes de 14 y 16 años, diferencias significativas entre antes y después de la intervención para cuatro de las sub-escalas: Autoritarismo ($p < 0.001$), Etiología interpersonal ($p < 0.001$); Restricción ($p < 0.001$) y Negativismo ($p < 0.001$), mientras que la Benevolencia tiende a la significación estadística ($p = 0.022$). La dimensión de benevolencia parece ser la que refleja menos cambio mientras que en la intervención analizada ocurre precisamente lo contrario. El programa alemán “Crazy? So What?” (231) parece mejorar las actitudes ($p = 0.01$) de los adolescentes (14.8 años) hacia la esquizofrenia, aunque no la distancia social ($p = 0.11$). Tal y como anticipó el autor, el tipo de centro académico influía de forma significativa tanto en actitudes ($p = 0.16$) como en distancia social ($p = 0.24$). La edad pudiera ser el factor explicativo del hecho de que el modelo “In Our Voice” adaptado a población adolescente (236) no resultara eficaz cuando si lo había sido entre adultos jóvenes. Otro posible factor alegado por los autores puede ser que el tamaño subestimado de la muestra le restase potencia estadística. De la comparación con los estudios que emplean la estrategia de contacto directo se aprecia que todos, incluido el objeto de esta investigación, resultan eficaces en la reducción de las actitudes estigmatizadoras y, en aquellos que lo miden, en la ganancia de conocimiento. La distancia social se muestra menos permeable a las intervenciones de manera que algunas, entre las que se encuentra el programa estudiado, consiguen reducirla y otras no. No obstante, cuando no lo hacen, el cambio alcanzado tiende a la significación estadística.

Respecto a los programas que emplean exclusivamente la estrategia educativa el formato es aún más heterogéneo. Proceden de diferentes países como EEUU (234, 287, 292), Australia (304), China (290), Pakistán (288), Canadá (286), Gran Bretaña (233), Grecia (289) o España (178). En algunos se interviene directamente con los alumnos (233, 286, 289, 290, 304) mientras que en otros se forma al profesorado (178, 234, 288, 292). Un buen número de ellos se refieren a enfermedad mental en general (233, 234, 287, 288, 292), algunos a esquizofrenia (286, 289, 290) y uno a depresión (304). En algunos casos las intervenciones extienden en el tiempo, entre seis semanas (233, 234) a cuatro meses (288). En otros casos se evalúa la eficacia de una intervención basada en el contacto indirecto, a través del soporte audiovisual (286, 287, 290). El programa “The Science of Mental Illness” (234) resulta eficaz tanto para mejorar el conocimiento ($p = 0.000$) como las actitudes globales ($p = 0.005$), con disminución del

estereotipo de Peligrosidad ($p < 0.0001$) y del prejuicio Pena ($p = 0.006$) después de la intervención. Además, añaden a la escala un ítem a través del que comprueban el impacto positivo de la intervención en la Búsqueda de Ayuda ($p = 0.0001$), aspecto a tener en cuenta en futuras investigaciones. La fortaleza de este estudio radica en el amplio tamaño de la muestra y su limitación principal es que ni emplea grupo control ni realiza seguimiento. Se observa que mejoran más aquellos que mostraban actitudes más estigmatizadoras a nivel basal ($p = 0.000$), en línea con otro autor que encontró que las puntuaciones basales de distancia social y la inclusión de una persona con enfermedad mental en el programa se asociaban de forma independiente a la reducción de la distancia social (232). Este aspecto refuerza la indicación de intervenir con grupos de jóvenes de riesgo. Por su parte, el programa educativo "Breaking the Silence" (292), elaborado por profesores que a su vez son padres de individuos con enfermedad mental, también resulta eficaz de manera inmediata en la promoción del conocimiento, para todos los aspectos analizados ($p < 0.001$). Destaca el aprendizaje sobre tasas de prevalencia (39% al 90%), recuperación con el tratamiento (40% al 77%) y, en proporciones variables, identificación de síntomas patognomónicos de los diferentes trastornos mentales. Las actitudes mejoran de forma parcial de manera que el efecto global es significativo ($p = 0.012$). A nivel individual, incrementa el porcentaje de alumnos que no consideran necesario que las personas con enfermedad mental reciban clases aparte (del 8% al 24%), que reflejaría la Segregación. También incrementa el porcentaje de jóvenes que se muestra dispuesto a conocer a una persona con enfermedad mental (del 68% al 85%) que correspondería con la Evitación. La distancia social mejora en todos los aspectos analizados ($p = 0.013$) aunque por ítem sólo alcanza significación estadística en dos de ellos: la posibilidad de aceptarlo como vecino (de 59% al 71%) y la de tener una cita (15% al 25%), aunque ésta última continúa en niveles bajos. Entre los programas que forman al profesorado, el implantado en Pakistán (288) trata de medir el impacto de la intervención tanto en los alumnos como en la comunidad. Se objetiva que los estudiantes ($p < 0.01$), sus padres ($p < 0.01$) y sus vecinos ($p < 0.01$) aprenden de manera significativa, en lo que parece ser efecto de la difusión del conocimiento desde la escuela al contexto social. Saporito et al. (287) realizan una evaluación de las actitudes tanto explícitas como implícitas. Los participantes que reciben la intervención refieren mejores actitudes explícitas hacia la enfermedad mental ($p = 0.103$) y hacia la búsqueda de tratamiento ($p = 0.03$), pero no se objetivan cambios a corto plazo en las medidas implícitas ni hacia la enfermedad mental ($p = 0.60$) ni hacia el tratamiento ($p = 0.23$). Congruentemente con la resistencia del comportamiento al cambio y la mediación de la deshabilitación social en la medida del efecto de las intervenciones, estos resultados parecen reforzar la idea de que los cambios a nivel implícito requieren intervenciones más complejas y prolongadas. Las puntuaciones basales moderadamente estigmatizadoras hacia la esquizofrenia de los estudiantes griegos

(289) cambian de manera significativa tanto en creencias y actitudes ($p < 0.01$) como en distancia social deseada ($p < 0.01$) tras la intervención. Tan sólo un ítem mantiene la misma puntuación (“Se puede tratar la psicosis sin fármacos, sólo con psicoterapia”). No obstante, a pesar de la mejoría, los jóvenes continúan refiriendo estereotipos como el de que las personas con esquizofrenia hablan solas y son incapaces de trabajar, y mantienen la distancia social en aspectos como contemplar la posibilidad de enamorarse. En este caso, la potencia de los resultados se refuerza por el hecho de que, tras recibir una intervención activa, en el grupo control no se objetiven diferencias ($p > 0.5$), lo que permite atribuir el cambio en el grupo de casos a la intervención. También la intervención psicoeducativa realizada a través de un video con jóvenes canadienses (286) resulta en una ligera pero significativa mejoría en conocimiento ($p < 0.001$) y actitudes ($p = 0.02$) hacia la esquizofrenia. Sin embargo, sólo se aprecian cambios significativos ($p < 0.05$) en uno de los siete ítems que mide distancia social. Un 14% de los estudiantes se mostró más dispuesto a hablar con un enfermo de esquizofrenia tras participar en el programa. El programa australiano de carácter psicoeducativo, específicamente dirigido a la depresión transcurre durante cinco meses en formato on-line. Se ha evaluado entre una población de varones (302) y otra de chicas (304). No parece que su componente anti-estigma resulte eficaz para modificar actitudes ni tampoco, en el caso de los varones, el conocimiento a corto plazo. Los resultados del programa español “Lo Hablamos” (178) son diferentes conforme al trastorno estudiado (afectivo y psicótico). En relación a la depresión, la intervención modificó de manera negativa (incremento de la actitud estigmatizadora) el estereotipo de Peligro ($p < 0.040$) y la intención de comportamiento relativas a la Segregación ($p < 0.005$) y Evitación ($p < 0.004$). Respecto al trastorno psicótico, la intervención no produjo modificaciones en ninguna de las dimensiones evaluadas. Como puede apreciarse, el análisis refuerza la idea de la eficacia, en general, de este tipo de intervenciones para modificar creencias y actitudes si bien no se encuentra un patrón de cuáles de ellas son las más sensibles. La resistencia de la distancia social queda patente a través de los estudios que emplean medidas implícitas. Del análisis de los resultados de los diferentes estudios puede concluirse la enorme variabilidad de hallazgos y la influencia de diferentes aspectos a tener en cuenta. En todo caso parece que los resultados del presente estudio sugieren la efectividad de la intervención estudiada a corto plazo, en la línea de lo esperado.

Con el fin de determinar si alguna de las estrategias resulta más eficaz que otra, algunos trabajos han analizado el papel de los componente del programa. Así, cabe la posibilidad de que cuando la intervención es impartida por técnicos sanitarios, resulte menos eficaz que cuando implica a personas con experiencia de vida en la enfermedad mental (37). El estudio de Naylor et al. (233), que incluye entre los ponentes de la sesión educativa a usuarios, no evalúa

cuantitativamente el impacto de la intervención inmediatamente después de su realización. Por su parte, Chan et al. (290) compararon la efectividad de una intervención educativa frente a la combinación de diferentes secuencias de educación y contacto directo. Observa que, tras ajustar por colegio y puntuación basal, las actitudes estigmatizadoras cambiaron de forma significativa ($p < 0.05$), aunque con un pequeño tamaño del efecto para ambas modalidades. Comparando los tres tipos de intervención, aquellos que recibieron la combinación educación-video mejoraron más que quienes sólo recibieron la educativa ($p < 0.05$), mientras que ésta no se diferencia de la combinación video-educación ($p > 0.05$). El tamaño del efecto del cambio asociado a distancia social fue moderado ($p < 0.001$), con cambios significativos a favor de la combinación educación-video respecto a educación ($p < 0.001$) y video-educación ($p < 0.05$). También para el conocimiento hubo un cambio pequeño pero significativo ($p < 0.05$) en la combinación educación-video respecto a video-educación ($p < 0.05$). A diferencia de éste estudio, la investigación aquí desarrollada no contempla el análisis de las partes del mismo y su importancia en la mejoría.

Con la **medida de la eficacia de la intervención a medio plazo**, el presente estudio trataba de valorar hasta qué punto los previsible efectos inmediatos de la intervención se mantenían en el tiempo, o si se producía algún tipo de variación (positiva o negativa) en ellos. Del análisis de los datos se puede concluir que a los 6 meses de la intervención continúan manteniéndose cambios significativos en puntuación global ($p = 0.000$). A nivel individual, se mantienen los cambios para algunos ítems como el de Culpa ($p = 0.021$), Pena ($p = 0.000$) y Segregación ($p = 0.000$), mientras que pierde significación en los de Ayuda ($p = 0.851$) y Evitación ($p = 0.191$). Se extingue el cambio en los ítems de Peligrosidad ($p = 0.505$) e Ira ($p = 0.606$), que tras la intervención mostraban tendencia a la significación estadística, y el Miedo sigue sin mostrar modificaciones ($p = 0.745$). Se observa por tanto que los efectos inmediatos tienden, al menos en buena parte de los ítems, a suavizarse con el paso del tiempo. También en el tamaño del efecto se aprecia esta tendencia a perder magnitud respecto a la conseguida inmediatamente después.

El análisis evolutivo de los diferentes ítems permite extraer conclusiones relevantes para el diseño de futuros programas. Primero identifica aquellas dimensiones que de manera inmediata han sido impermeables a la intervención (Miedo), o en las cuales el efecto ha sido leve (Peligrosidad e Ira, en las que el efecto sólo alcanzó tendencia a la significación estadística). Esta circunstancia orienta hacia la necesidad de introducir otro tipo de contenido, que aborde específicamente estos aspectos. Hay que recordar que una explicación excesivamente biológica de la enfermedad puede reforzar estos estereotipos, aunque el efecto

puede ser diferente en función del diagnóstico. Se ha observado que puede generar actitudes positivas hacia la depresión, mientras que provoca Miedo y distancia social hacia esquizofrenia (322). Algunos han detectado que incrementaría la Pena disminuyendo la Ira y la Culpa (7), mientras que en otros estudios se observa que incrementa la percepción de Peligrosidad (235). En segundo lugar, allí donde la intervención ha resultado eficaz, el comportamiento de la medida del cambio en el tiempo es informativo respecto a la consistencia de dicho efecto. Hay dimensiones en las que el efecto se pierde rápidamente, de manera que a los seis meses ya no se aprecia. Es lo que ocurre en las dimensiones de Ayuda y Evitación en las que, pasado ese tiempo, las puntuaciones no difieren de las basales. Para otros, el efecto de la intervención es más consistente y a los seis meses sigue siendo significativo. Dentro de que se mantenga el cambio, puede ser que la velocidad de recuperación sea más o menos rápida. Si se compara el efecto inmediato en la puntuación global con el obtenido a los seis meses, se aprecia una diferencia significativa ($p=0.00$), es decir, que la recuperación es ágil. Lo mismo ocurre en la dimensión de Segregación. Sin embargo, en las dimensiones de Pena y de Culpa al comparar el efecto inmediato con el del seguimiento no se aprecia diferencia significativa, esto es, la velocidad de recuperación es más lenta. Habría que hacer medidas de seguimiento progresivas para determinar durante cuánto tiempo se extiende la ganancia en cada ítem. Si se quiere evitar la atenuación progresiva, y posterior pérdida, del efecto, sería necesario implementar en el tiempo la intervención, dando continuidad al programa para reforzar las adquisiciones y evitar la recuperación de las actitudes estigmatizadoras.

A la hora de comparar la eficacia de la intervención a medio plazo con los datos de la literatura se encuentra que algunos estudios no hacen seguimiento (234, 243, 294) mientras que otros lo hacen en distintos intervalos, por lo que tampoco resulta fácil el análisis comparativo. El programa "In Our Own Voice" (236), que no fue eficaz de manera inmediata, tampoco consigue cambios ni al mes ni a los dos meses de seguimiento ($p=0.19$). Los cambios en actitudes conseguidos por el programa "Crazy? so What?" (231) se mantuvieron al mes de seguimiento pero se perdió la tendencia a la significación estadística alcanzada en la dimensión de distancia social hacia la esquizofrenia. También en el estudio de Chan et al. (290) remite el efecto sobre las actitudes estigmatizadoras hacia la esquizofrenia al mes de seguimiento ($p>0.05$), aunque se mantiene un ligero cambio en distancia social ($p<0.05$). La superioridad de la combinación educación-video sigue apreciándose en la reducción de distancia social frente a educación ($p<0.05$) pero se pierde la diferencia del efecto respecto a video-educación ($p>0.05$). Continúa sin apreciarse diferencia entre video-educación y educación ($p>0.05$). Respecto al aprendizaje, las ganancias se mantienen ($p<0.001$). Los participantes del grupo educación-video continúan sabiendo más sobre la esquizofrenia que los participantes del grupo educación ($p<0.001$) y

video-educación ($p < 0.01$), y sigue sin apreciarse diferencias entre educación y video-educación en seguimiento ($p > 0.05$). Los cambios conseguidos por la intervención educativa “Breaking the Silence” (58) también subsisten a las seis semanas de seguimiento aunque con tendencia a la atenuación tanto en conocimiento como actitudes y distancia social ($p < 0.05$). A los seis meses del seguimiento, entre los jóvenes británicos (232) el porcentaje de quienes refería actitudes menos estigmatizadoras hacia la enfermedad mental inmediatamente después de la intervención (73%) baja hasta el 61%, aunque la diferencia respecto al nivel basal continúa siendo significativa ($p < 0.0001$). No ocurre lo mismo respecto al grado de conocimiento, área en la que no se asientan los cambios. También el total de estudiantes dispuestos a aproximarse a alguien con enfermedad mental varía con el tiempo y desciende desde el 13% al 11%. Aunque superior a la puntuación basal (8%) el cambio en distancia social pierde la significación estadística. En este proyecto, parte de los estudiantes recibieron una segunda intervención, de contacto directo, tras recibir la educativa. La medida de seguimiento sólo se aplica a los que recibieron la intervención educativa exclusivamente. A los seis meses de su intervención, Naylor et al. (233) encuentran diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo de casos a nivel de Problemas de conducta ($p = 0.0008$) y en el Comportamiento pro-social ($p = 0.006$). No detectan impacto en el total ni a nivel de Problemas con los iguales, Hiperactividad o Síntomas emocionales. En relación al conocimiento, se aprecian cambios significativos en el número de situaciones identificadas como relativas a la salud mental ($p = 0.02$). Tras ajustar por evaluación basal y género, a estos cambios se suman diferencias en la toma de conciencia sobre las causas de la depresión y el acoso escolar. Los autores encuentran también diferencias en el número de términos peyorativos empleados por el grupo de casos respecto al grupo control, diferencias que se mantienen tras el ajuste por las mismas variables. El estudio (289) que mantiene un seguimiento más prolongado lo hace durante doce meses. También en él empeoran progresivamente los ítems correspondientes a actitudes, aunque mantienen su significación estadística todos excepto dos de ellos: los relativos a la incapacidad de las personas con esquizofrenia para trabajar y la idea de que escuchan voces. La distancia social es más sensible al paso del tiempo y sólo se mantiene la significación estadística en tres de los ítems: la predisposición a compartir el aula, a dormir en la misma habitación en una excursión, y la disponibilidad para invitar a una fiesta a una persona con esquizofrenia. El autor considera que la brevedad de la intervención y la ausencia de contacto directo pudieran minimizar el efecto de la intervención. La literatura también señala la limitación que supone la ausencia de seguimiento (234, 243, 294) o el pequeño intervalo de tiempo en el que se realiza (231, 236, 292), aunque algunos lo prolongan hasta el año (289). En el presente estudio, con el objetivo de poder concluirlo dentro del mismo curso académico y evitar pérdidas de alumnos, se realizó la evaluación a los seis meses de concluida la intervención tal y como

hicieran otros autores (232). En línea con los datos de la literatura, la tendencia es a que los cambios conseguidos tienden a atenuarse conforme pasa el tiempo. Sería recomendable mantener un periodo de seguimiento más prolongado, con medidas repetidas en el tiempo, para determinar la curva de recuperación de los cambios alcanzados en cada dimensión y poder tomar decisiones sobre el tipo de intervención y la frecuencia de exposición necesarias para cada aspecto del proceso de estigmatización.

En el presente estudio se contempló **un grupo control** para descartar que los cambios acaecidos a los **seis meses** fueran debidos a la maduración cognitiva y/u otra causa diferente de la propia intervención. Para ello, era de esperar que no existieran diferencias en las medidas de estigma entre casos y controles en la medición inicial, y que los cambios en los controles a los seis meses no se hubieran producido, o de haberlo hecho, hubieran sido en la misma línea pero más atenuado que los casos (si se trataba de interacción intervención-maduración). Efectivamente, en el momento basal, antes de que los casos recibieran la intervención, no existen diferencias significativas en ninguna de las medidas de estigma. Entre quienes utilizan grupo control, en general se mantiene la premisa de que las características sociodemográficas de ambos grupos sean semejantes (178, 233, 236, 286, 287, 289, 292) lo que, a priori, debería traducirse en similares puntuaciones basales para las variables dependientes. Esta circunstancia no se da en el estudio de Schulze (231), hecho atribuido a que la participación en el programa era voluntaria. Aunque los integrantes del grupo control mostraban actitudes poco estigmatizadoras, las puntuaciones del grupo de intervención eran aún más bajas.

El diseño de los estudios respecto al grupo control también es ecléctico en relación al tipo de análisis comparativo utilizado. Algunas investigaciones han realizado estudios de comparación a través de medidas repetidas en el grupo de casos, reconociendo entre sus limitaciones la ausencia de grupo control (232, 234, 243, 294). Otros autores (231, 233, 243, 286, 288) han apostado por no realizar estas medidas intra-sujeto y comparan, en los diferentes momentos de la evaluación, los resultados del grupo control con los del grupo intervención, como si de dos muestras independientes se tratara. Entre quienes utilizan este sistema se encuentra el estudio pakistaní (288) en el que los participantes del grupo control mejoraron también algunas actitudes respecto a la enfermedad mental tanto a nivel de los estudiantes ($p < 0.01$) como de sus amigos ($p < 0.01$). Curiosamente el potencial efecto de la contaminación en este caso era menor, dado que se había aleatorizado por centro escolar. Los autores no ofrecen explicación a esta circunstancia y concluyen que, dado que la diferencia del efecto entre el grupo control y el de intervención es grande, puede asumirse la efectividad de la intervención. Metodológicamente la opción de no realizar medidas intra-sujeto resulta más débil, salvo que lo

que se comparen de forma independiente sean diferentes intervenciones (305) o componentes de un programa (290). En el presente estudio se ha realizado un doble análisis, por un lado el comparativo entre el grupo de casos y el grupo control y, por otro, la comparación entre las medidas de cada individuo en los diferentes momentos de la evaluación. Para llevar a cabo el segundo análisis se requiere un código que permita vincular las respuestas de cada sujeto, lo que interfiere en la preservación del anonimato absoluto. Este sistema ha sido empleado por otros programas (178, 232, 289, 294). Los resultados de la intervención analizada muestran que existen diferencias, como es lógico y ya ha quedado expresado, a los 6 meses entre casos y controles, hecho que habla a favor de la eficacia del programa estudiado. Como también era de esperar, a los 6 meses no se aprecian cambios en el grupo de control en la puntuación global ni en siete de los ítems. Sólo la Pena muestra una diferencia significativa ($p=0.052$), en línea con la observada en el grupo de casos pero mucho menos intensa. A juicio de la investigadora, no puede descartarse que pudiera estar reflejando un aspecto de contaminación, resultado de que los estudiantes del grupo control escucharan a sus compañeros que los participantes eran personas con enfermedad mental. En el ítem Ayuda se aprecia una mínima tendencia al cambio entre los controles. En este ítem no se apreció cambio significativo en el grupo intervención a los seis meses. Parece probable que esta tendencia se corrija con un mayor tamaño del grupo control.

Otro de los aspectos analizados en el presente estudio es si el **factor género** supone algún tipo de diferencia a la hora de expresar conductas y estereotipos estigmatizadores, tanto en la situación basal como en interacción con la intervención. Tras realizar el ajuste por contacto previo y edad de los alumnos, parece que **a nivel basal** en la muestra analizada el género sólo condiciona las respuestas de los participantes en algunos de los ítems (y no en la puntuación global), de manera que las mujeres estarían más predispuestas a tener miedo de las personas con enfermedad mental a las que, por otra parte, culpabilizarían en menor medida que los varones. Estos datos concuerdan con las aportaciones de autores que señalan que las diferencias en las actitudes estigmatizadoras en virtud al género no son lineales (79) y que su influencia puede apreciarse en diferentes direcciones, en función del componente de estigmatización analizado (173). De entre quienes tienen en cuenta el factor género, algunos no encuentran que a nivel basal condicione ni las actitudes ni la distancia social (231, 232, 263, 289, 292). Martínez-Zambrano et al. (294) encontraron que las chicas eran menos escépticas respecto a la eficacia del tratamiento ($p<0.001$). Watson et al. (319), concluyeron que los varones son más propensos a mostrar actitudes amenazadoras ($p=0.000$) y a no identificarse con el diagnosticado, separándolo del grupo ($p=0.000$). Tanto el presente como otros estudios muestran una aparente tendencia por parte de los adolescentes varones a mostrar más

conductas negativas, que pudiera deberse al rol social que desempeñan, lo que también pudiera estar en relación a su mayor reticencia a buscar ayuda (95).

Por otra parte, no parece que de manera **inmediata a la intervención** el factor **género** interactúe potenciando el impacto de ésta. De hecho, no influye ni en la puntuación total ni en ninguna de las individuales. Puede interpretarse que el impacto de la intervención es tal que minimiza, al menos inicialmente, otros factores. Este dato contrastaría los hallazgos de otros autores que encuentran que las chicas mejoran más sus actitudes tras la intervención. Así, tras la misma, las adolescentes británicas (232) se mostraron más dispuestas que los varones a entablar conversación con una persona enferma ($p=0.03$). Además, la culpabilizaban menos ($p=0.03$) y no sentían tanta vergüenza por compartir el aula ($p=0.04$). De hecho, ser mujer y acudir a un determinado tipo de escuela, junto con las actitudes basales y el contacto previo, se asoció de forma independiente con cambios positivos ($R^2=11\%$) en actitudes a la semana de la intervención. También la adolescentes canadienses (286) aprendieron más y mostraban menor distancia social que sus colegas varones. En línea con estos resultados, Economou et al. (289) encontraron que el género femenino y las puntuaciones basales predecían actitudes positivas y menor distancia social en el seguimiento tanto para creencias y actitudes ($R^2=5.1\%$, $p<0.05$) como para distancia social ($R^2=20.1\%$, $p<0.001$). Entre los jóvenes andaluces (178) las diferencias en el impacto de la intervención son ligeras, sólo se aprecian en relación al trastorno afectivo y apuntan en la dirección contraria: entre los varones desciende la intención de segregar, mientras que entre las mujeres incrementa la intención de evitar a las personas enfermas. Sin embargo, cuestionados sobre aspectos importantes para un posible enamoramiento, las mujeres apuntaban como factor relevante la personalidad, relegando el padecimiento de la enfermedad mental a un segundo plano, a diferencia de lo que hacían los chicos. Martínez-Zambrano et al. (294) analizan el cambio experimentado en cada género de forma independiente, sin comparar los grupos, por lo que no es posible establecer el papel del género en las diferencias. Las chicas mejoraron en las dimensiones de Autoritarismo y Restricción ($p<0.001$) mientras que los varones lo hicieron en las de Autoritarismo ($p<0.001$), Etiología interpersonal ($p=0.001$) y Negativismo ($p=0.003$). En cualquier caso, y a este nivel, de nuevo es difícil establecer comparaciones dadas las diferencias existentes entre los estudios (tamaño, tipo de intervención, elementos de la misma, etc.).

Sin embargo a **medio plazo (seis meses)** el **género** parece influir de forma significativa tanto globalmente como en aspectos concretos. Las mujeres muestran en total menos actitudes estigmatizadoras que los varones. Además, reconocen menor disposición a segregar y una mayor tendencia a la ayuda. Una posible explicación es que el efecto de la intervención pierde

potencia y ya no resulta suficiente para atenuar las diferencias por género. Entre otras opciones a considerar estaría la posibilidad de que las mujeres maduren antes o de que estuvieran más expuestas a la deseabilidad social. Estos resultados sí parecen coincidir con los referentes a las jóvenes británicas (232), que continuaban mostrándose más dispuestas a hablar con personas con enfermedad mental ($p=0.002$), a no culpabilizarlas ($p=0.05$) y a no avergonzarse por compartir el aula ($p=0.04$). Entre los griegos (289), género femenino y puntuación basal fueron los únicos predictores de actitudes positivas ($R^2=5.1\%$, $p<0.05$) y menor distancia social ($R^2=20.1\%$, $p<0.05$) a los doce meses de seguimiento. Naylor et al. (233) no encontraron diferencias en función del género en el impacto de la intervención pero sí en cómo la evaluaron. Ambos géneros coincidieron en cuánto habían aprendido salvo en relación a las auto-agresiones, tópico respecto al que las chicas habían aprendido más. Además, éstas se mostraban más interesadas en aprender sobre suicidio, autoagresión, depresión y trastornos de la alimentación que los varones.

Puede concluirse que, a pesar de la falta de datos consistentes en la literatura, el género es un factor a ser tenido en cuenta en el diseño de los programas por dos razones principales. La primera es que si las actitudes a nivel basal son diferentes, habrá que abordarlas de distinta manera, orientando el contenido hacia las dimensiones más relevantes para cada sexo. Por otro lado, si partiendo de unas actitudes similares resulta que los estudiantes reaccionan de diferente manera a la intervención, tal vez se deba a que la forma de aprendizaje de cada grupo y el tipo de contenido condicione cómo se integra la información. A su vez esto podría supeditar el carácter de intervenciones complementarias que traten de reforzar los beneficios de una primera intervención anti-estigma.

En cuanto a la **familiaridad previa con** personas con enfermedad mental, de la presente investigación se desprende que a **nivel basal** este factor no parece influir de manera significativa, ni de forma global ni por ítems. No obstante, se aprecia tendencia a la significación estadística para dos de las dimensiones, lo que apunta a que aquellos con contacto previo con personas con enfermedad mental tienden a culpabilizarlas en mayor medida aunque, por otro lado, también tienden a mostrarse más dispuestos a ayudarles. En población adulta el contacto se ha relacionado a la inversa con el estigma (66) y la distancia social (71). Se ha postulado que la re-categorización basada en la experiencia podría actuar predominantemente sobre las atribuciones de responsabilidad, disminuyendo la reacción de culpa y generando simpatía (34). No obstante, en población adolescente la relación no está tan clara. En un estudio comparativo (252) de las actitudes de los adolescentes hacia la enfermedad mental, la física y el abuso de alcohol, se encontró que los adolescentes con

familiaridad mostraban actitudes más estigmatizadoras de forma global y que aquellos que atribuían culpabilidad a la dolencia reaccionaban con mayor discriminación. Watson (319) observó diferencias parciales, los jóvenes con familiaridad referían actitudes más estigmatizadoras en la dimensión de Control y menos en la de Pensamiento Categórico. Por su parte, Martínez-Zambrano et al. (294) no encuentran diferencias a nivel basal, mientras que otros autores detectan que la familiaridad ejerce un efecto positivo en las actitudes basales (232) y en la distancia social (289). En relación al trastorno bipolar también se ha vinculado al contacto previo con menor tendencia a la distancia social (315).

Tampoco parece que los **efectos inmediatos** de la intervención diferencien a quienes tienen **familiaridad** previa con enfermedad mental de quienes no la tienen, ya que no se aprecian diferencias significativas en la puntuación global ni en la mayoría de los ítems particulares. Sólo se aprecia diferencia en el Miedo, de manera que aquellos con familiaridad lo expresan en mayor medida. Curiosamente éste es el único ítem en el que la intervención no tiene impacto. Pinfold et al. (232) encontraron que género, tipo de centro, actitudes basales y contacto previo se asociaban de forma independiente con cambios positivos ($R^2=11\%$) en actitudes a la semana de la intervención. Martínez-Zambrano et al. (294) analizan por separado ambos grupos (con y sin familiaridad) sin compararlos entre ellos. Ambos grupos mejoraron en las dimensiones de Autoritarismo ($p<0.001$ para ambos) y Etiología interpersonal ($p=0.001$ para familiaridad y $p=0.031$ para sin familiaridad). Los que tenían familiaridad mejoran también en Negativismo ($p=0.003$) y quienes no la tenían mejoran en Restricción ($p=0.001$). En todo caso, la limitación metodológica inherente a no realizar la comparación entre ambos grupos dificulta interpretar los hallazgos. Por su parte, Economou et al. (289) no encuentran que la familiaridad previa contribuya de forma significativa en el cambio de actitudes ni de la distancia social. Postula que puede ser que la propia intervención incremente la familiaridad con la enfermedad mental y, como resultado, las diferencias a nivel basal se vean compensadas en el seguimiento.

Tampoco se aprecian diferencias significativas en función de la **familiaridad** en ninguno de las variables dependientes ni en la puntuación total a los **seis meses de la intervención**. Los resultados concuerdan con los procedentes del estudio griego, en el que el impacto inicial de la familiaridad en las actitudes basales se perdía en el seguimiento a los doce meses (289). Sin embargo, contrarían los del estudio británico (232) en el que las actitudes basales y el contacto previo se asociaban de forma independiente con cambios positivos ($R^2=11\%$) en actitudes a los seis meses de seguimiento. Podría ser que al incrementar la intervención el conocimiento de personas con enfermedad mental, las diferencias basales se compensen en el seguimiento, ya

que el testimonio de los usuarios ha mostrado ser el factor con un mayor y más duradero impacto en términos de reducción del estigma (184).

Una limitación a la hora de interpretar el papel de la familiaridad en la presente investigación es que se ha cuestionado al estudiante de manera general sobre si conocía o no a alguien con enfermedad. Además de la confusión inherente a que se puedan estar incluyendo enfermedades que no son mentales, no se ha profundizado sobre el grado de intimidad mantenido con la persona enferma. Puede suponerse que la repercusión de la familiaridad no será la misma si se trata de un conocido o de un vínculo estrecho. También es posible que el efecto de la intervención de contacto directo tenga potencia suficiente como para reestructurar cognitivamente el estereotipo en función del grado de cercanía. Será más fácil modificar la creencia sobre algo respecto a lo que se tiene una experiencia lejana y poco asentada que sobre una conclusión extraída por el joven a partir de la convivencia diaria. En un futuro sería interesante determinar, a través de una escala del Nivel de Contacto Previo, el grado de intimidad y la correlación entre contacto previo y estigmatización en función de éste. Programas más intensivos, en los que el adolescente profundiza en el conocimiento de las personas con experiencia en la enfermedad mental, podrían ser más aptos para la reestructuración cognitiva que aquellos con un formato breve. Por otro lado, sería de interés profundizar en el mecanismo que vincula culpa y familiaridad. Explicar desde una perspectiva multifactorial la naturaleza de la dolencia podría ayudar a minimizar el enfado inherente a considerar al enfermo responsable de lo que le ocurre, y prevenir de esa manera el que compañeros afectados por una enfermedad mental fueran sometidos a discriminación o castigo como consecuencia de esta creencia.

La relevancia de este programa radica en que contribuye a la limitada, pero creciente, literatura que evalúa el efecto de intervenciones anti-estigma dirigidas a población adolescente a partir de la estrategia del contacto directo. Los resultados muestran que la interacción con personas con enfermedad mental, además de resultar eficaz en la disminución del estigma, interesa a los adolescentes; lo que hace de esta estrategia una herramienta útil para modelar los estereotipos y trabajar el desarrollo de actitudes más tolerantes en el aula.

La generación de los adolescentes de hoy será la que en un futuro requiera de los cuidados sanitarios, a lo que se suma el hecho de que los primeros síntomas de algunos trastornos mentales surgen a esta edad. La incidencia de los trastornos mentales entre los jóvenes navarros está en crecimiento. Según datos facilitados por la Dirección del Salud Mental (323), en Navarra la asistencia a niños y adolescentes se ha incrementado de forma notable durante

los últimos años. El total de pacientes nuevos, correspondientes a nuevas detecciones, atendidos por el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil ha sido aproximadamente de 800 por año. De entre las causas de consulta, los casos relacionados con aspectos psicosociales (conflictos intra-familiares, hijos de separaciones conflictivas, acoso entre iguales, etc.) han ganado protagonismo, incrementándose desde el 4,6% hasta el 10.7% del total. Además, el trastorno de conducta, presentado por uno de cada tres usuarios, constituye uno de los principales diagnósticos. Esta tendencia al alza de los trastornos menores, que se suman a las cifras más constantes de prevalencia de los trastornos mayores, señala a la población adolescente como objetivo prioritario tanto de las intervenciones de sensibilización frente al estigma como de aproximaciones preventivas y de promoción de la salud mental, que refuercen los recursos personales para el bienestar emocional.

Se requiere un abordaje interdisciplinar, en el que los centros educativos ocupan un papel clave y relevante. Los docentes mantienen un vínculo constante y continuado con la población joven y forman parte de la primera línea de acción en el manejo de las manifestaciones sintomáticas. Dada la importancia del factor social en esta franja de edad, la implementación de los programas en el centro educativo facilita trabajar desde el aula la trascendencia de las relaciones con los iguales, basadas en la comprensión y la tolerancia. Una última e importante finalidad sería el contribuir a erradicar las barreras para el acceso a los servicios sanitarios y la búsqueda de ayuda, lo que redundaría en la minimización de los efectos colaterales, a nivel social y educacional, derivados del retraso en el tratamiento de la enfermedad mental. Para desempeñar su papel, los colegios requieren formación y apoyo por parte de los servicios sanitarios.

El contacto directo constituye un componente importante en los programas anti-estigma y puede desempeñar un papel clave en la manutención del efecto de los mismos (184, 289, 324). La interacción reiterada entre el adolescente y personas diagnosticadas, junto con información fidedigna sobre la enfermedad mental, podría capacitarle para afrontar críticamente los estereotipos estigmatizadores imperantes socialmente. Conforme a la Teoría Narrativa, si el contacto se realiza de manera suficientemente precoz, el joven puede integrar una imagen positiva de la enfermedad mental y que ésta constituya la referencia para analizar la información externa de una manera crítica, que le proteja del estereotipo.

Desde su vocación local, el presente estudio ha servido además para abordar socialmente el tópico de la enfermedad mental desde una perspectiva positiva. El equipo fue convidado a presentar su experiencia en un Foro Abierto sobre Salud Mental. La gran afluencia de público

al acto, que contó con más de 249 asistentes, refleja el interés de la sociedad navarra por la enfermedad mental y la creciente demanda de este tipo de iniciativas. Los principales periódicos de la comunidad se hicieron eco del mensaje anti-estigma, con la publicación de tres reportajes protagonizados por personas diagnosticadas de enfermedad mental en los que, lejos de repetir estereotipos negativos, se trasmite una historia de recuperación, integración y capacidad profesional por parte de personas implicadas a nivel social.

También los datos cualitativos reflejan el interés y la satisfacción de los estudiantes con la intervención. Se les ha preguntado su opinión respecto a las actividades desarrolladas, con el fin de disponer de información de cara al diseño de futuros programas. Coincidiendo con los datos que señalan al contacto interpersonal como un factor clave en la eficacia del proceso (324), y en línea con la valoración de otros jóvenes (232), los estudiantes destacaron entre las actividades el dialogo y el video. En las respuestas abiertas, demandan más información, intervenciones más prolongadas y ampliar el espectro de patologías abordadas. En el futuro sería interesante determinar cuáles son los trastornos que suscitan más demanda. En la valoración cualitativa de otro programa (233) ambos géneros se decantaron por el suicidio y la autoagresión; además, las chicas se interesaron por los trastornos de la conducta alimentaria. Los tres aspectos, junto con el acoso escolar y el consumo de tóxicos, constituyeron los tópicos más frecuentemente planteados por los participantes en el transcurso de las sesiones.

Destaca el potente efecto de empoderamiento que ha supuesto para los usuarios la participación en el programa, efecto que además posee una dimensión terapéutica. Si bien escapaba al diseño y objetivos de esta investigación, es importante señalar este aspecto, ya que los colaboradores no son inmunes a la propia intervención, que va ofreciéndoles oportunidades de reflexionar sobre la enfermedad y trabajar el auto-estigma y el empoderamiento, convirtiéndose en una experiencia vital potencialmente enriquecedora (ver Apéndice 1: "Un recorrido experiencial a través del programa anti-estigma"). El beneficio que supone hablar libremente de la enfermedad y de sus consecuencias puede aprovecharse tanto en iniciativas que trasladen el mensaje a un contexto social normalizado como en iniciativas que lo lleven al contexto terapéutico. Sería importante ahondar y evaluar en un futuro este aspecto, ya que abre interesantes vías de trabajo, y acompañar las intervenciones de un análisis cualitativo que dé acceso a determinados puntos que el análisis clásico cuantitativo no permite alcanzar, puntos en los que previsiblemente, y en cierta medida, se juegue el éxito de la intervención.

De la experiencia pueden extraerse **implicaciones para futuras investigaciones**. En primer lugar, no parece que sea suficiente realizar campañas aisladas, por muy eficaces que resulten. Los expertos coinciden en señalar que, para que las intervenciones anti-estigma sean efectivas, deberían insertarse en el marco de un programa global, dirigido a erradicar el estigma a diferentes niveles, tanto social como estructuralmente, por lo que es preciso trabajar con diferentes sectores poblacionales (15). Es decir, se necesita un programa anti-estigma mantenido longitudinalmente en el tiempo a través del cual se realicen intervenciones transversales con diferentes nichos de población. Es imprescindible contar con soporte institucional, que garantice y apoye el desarrollo de los programas locales a largo plazo, tal como viene ocurriendo en el seno de diferentes campañas tanto nacionales (186, 187, 275) como internacionales (325). En la lucha contra el estigma es importante reflexionar no sólo sobre el papel del estigmatizado, sino también sobre el rol del estigmatizador y sobre el poder que le confiere la estigmatización del otro. Aunque no es el más estudiado, este aspecto es fundamental para la erradicación del estigma y ha de abordarse desde una doble perspectiva. Por un lado, cambiando al estigmatizador, minimizando la inclinación a subyugar al otro. Es lo que se ha conseguido, hasta cierto punto, con el reconocimiento de los derechos humanos, con el movimiento feminista y con la liberación de la homosexualidad. Por otro lado, modificando el balance de poder entre estigmatizador y estigmatizado, de manera que el estigmatizador no consiga sus objetivos de poder a través de la discriminación. Esto es posible gracias a leyes que impiden determinados tipos de discriminación (78). Ninguno de los objetivos parece posible si no es en el contexto de un proceso de cambio a largo plazo que implique multitud de acciones y en el que la reforma estructural y cultural tenga un lugar destacado (326). A nivel transversal, entre los sectores poblacionales más significativos, además de los niños y adolescentes, son cruciales los profesionales sanitarios y los medios de comunicación, así como otros profesionales e instituciones que mantienen contacto de forma habitual con la enfermedad mental, tales como el sistema policial y judicial. Es perentorio concienciar al público general, para que favorezca la integración a nivel social y comunitario. Especialmente relevante resulta el aspecto laboral, tanto en el sentido de facilitar el acceso a un puesto de trabajo como para garantizar medidas de soporte en el desempeño de la actividad profesional. Las instituciones y personajes públicos del mundo de la cultura, del deporte o de la economía, entre otros, pueden cumplir un rol importante en la difusión de estos objetivos (15). Los propios usuarios y sus cuidadores constituyen otro colectivo con el que trabajar desde la prevención del auto-estigma. Hacer pública la enfermedad puede resultar una estrategia eficaz, no apta para todo el mundo (58), dependiente del contexto social y laboral (327). El modelo de recuperación y empoderamiento ofrece una alternativa de tratamiento esperanzadora (328).

La sostenibilidad del cambio requiere un esfuerzo a largo plazo (289). A nivel educativo se traduciría en una aproximación holística a la promoción de la salud mental y del bienestar emocional. Para evitar la integración de estereotipos negativos, sería recomendable comenzar con la población infantil, y con sus progenitores, desde una edad temprana (329) para continuar con los niños y adolescentes y llegar hasta el adulto. Para ello, los programas anti-estigma deberían integrarse dentro del currículo escolar y ser mantenidos a lo largo de los años de formación académica (231, 232, 286). Dado que el género condiciona algunos aspectos de la relación del joven con la enfermedad mental y del aprendizaje, debería considerarse este factor en el diseño de los programas. Una aproximación global pasa por implicar al centro educativo y por considerar las necesidades de su plantilla, así como sus actitudes y comportamiento en la interacción con los jóvenes con problemas mentales (293). Los progenitores también son un elemento clave tanto en la gestión del estigma como en su papel de facilitadores de la búsqueda de ayuda, cuando necesaria (173). Para garantizar la sostenibilidad de los programas se requiere no sólo financiación sino también apoyo institucional, por lo que los departamentos de Salud y Educación constituyen elementos fundamentales. Además, es necesario reclutar y formar a un equipo de técnicos y de personas con enfermedad mental que puedan implementar el programa a mayor escala. El trabajo de todos los profesionales implicados, incluidas las personas con enfermedad mental, debería ser remunerado ya que, de otra manera, es improbable la subsistencia del programa. La contratación de usuarios cumple además con otros objetivos como sería su empoderamiento y la emisión de un mensaje socialmente desestigmatizador.

En relación a cuál es la estrategia más idónea, parece que ninguna propuesta cuenta con suficiente evidencia debido, en gran parte, a las limitaciones metodológicas de los estudios (17), limitaciones que el diseño de futuros ensayos debería tratar de superar (295). No obstante, puede afirmarse que la intervención objeto de estudio ha resultado exitosa y que su potencial como base de un programa anti-estigma a nivel escolar ha quedado contrastado. De la experiencia se desprende que algunos aspectos se beneficiarían de refuerzo y otros de ser mejorados. Sería interesante determinar el peso de cada componente del programa (310), o incluso de su secuencia (290), en la eficacia del mismo. El formato utilizado parece corroborar la eficacia del contacto directo (305), por lo que se trataría de determinar su papel (324), analizar cuantitativamente el rol de cada actividad y si la medida del cambio por ítem correlaciona con el contenido específico de los ejercicios (292). Es recomendable la evaluación cualitativa de los ejercicios. La percepción subjetiva de los investigadores pudiera no corresponder con la de los participantes, tal y como ocurrió en el estudio (292) en el que los ponentes se plantearon retirar un ejercicio que parecía irrelevante y que después resultó ser el

más valorado por los adolescentes. En el programa analizado, la timidez con la que los estudiantes abordaban la actividad “Di cosas positivas” hacía pensar que el ejercicio no gustaba. Sin embargo, en la calificación final los alumnos puntúan la actividad por delante de otras. La propia justificación del ejercicio y la dificultad inherente a decir lo positivo de los demás, podía haber sido interpretada erróneamente.

Además, han de considerarse las limitaciones encontradas, mejorando ciertos aspectos y reforzando otros. Una opción pudiera ser replicar el estudio, introduciendo los cambios metodológicos pertinentes: elección aleatorizada sistemática de los centros participantes; designación del grupo control a nivel de centro educativo, previa constatación de la similitud del perfil; e intervención activa al grupo control. Ampliando el tamaño de la muestra, incluido el del grupo control, se ampliaría la potencia estadística del estudio, minimizando el efecto de la deseabilidad social en la escala de evaluación, sensible al mismo. Obviamente la situación ideal contemplaría la inclusión del programa en el currículo obligado de todos los centros (con un diseño metodológico adecuado), y la recogida sistemática de los datos de la intervención. En relación al instrumento de evaluación, es de valorar el uso de escalas que permitan la medida fidedigna de los cambios reales en estereotipos, actitudes y, especialmente, en el comportamiento, superando las limitaciones del instrumento utilizado. En caso de optar por la misma herramienta, sería recomendable verificar la calidad de traducción y validarla, así como presentarla en un formato informatizado que minimice la pérdida de información. Puede plantearse el uso de herramientas que determinen el cambio comportamental de manera implícita (183, 287). Además, recurrir a material de evaluación complementario enriquecería la información sobre aspectos tales como la medida del conocimiento y, sobre todo, la repercusión del programa en la búsqueda de ayuda y su papel como herramienta preventiva.

Del análisis de los datos y del comportamiento de los ítems puede deducirse que algunos aspectos requerirán de refuerzo a lo largo del tiempo, mientras que otros necesitarán ser abordados de diferente manera. Aquellas dimensiones que no experimentaron cambios requerirán que se introduzca contenido específicamente diseñado para modificarlas. Las que sufren modificaciones de poca fuerza, además de la adaptación del contenido, van a precisar de una mayor intensidad, con un mayor número de sesiones seguidas que consoliden el cambio. Sin embargo, los aspectos que responden bien a la intervención probablemente se beneficien del planteamiento y ejecución de otro tipo de intervenciones de “recuerdo” que permitan una mayor consistencia y persistencia a largo plazo de los efectos obtenidos. Con el objetivo de valorar la evolución de los cambios, el periodo de seguimiento debería ser lo más extenso posible con medidas intermedias que faciliten la comprensión de la curva evolutiva de

cada ítem (290). Bien pudiera ocurrir que a partir de un punto se asienten los cambios y no resulte eficiente seguir interviniendo; que algunos ítems precisen constante recuerdo; o que un determinado aspecto o ejercicio deje de funcionar a partir de determinado momento o edad.

Este estudio se ha centrado en la sensibilización frente al estigma. Si se amplía el formato, pudieran tener cabida aspectos relacionados con la promoción de la salud y otros tópicos demandados por los participantes, como el acoso entre los iguales, las alteraciones de la alimentación, el consumo de drogas y las relaciones con los adultos. Aunque durante la intervención estos conceptos se abordaron superficialmente, por no corresponderse con los objetivos del programa, la frecuencia con la que se plantearon hace pensar en su importancia. Además, y ya que los participantes han demandado más intervenciones y más información sobre la salud y la enfermedad mental, sería de interés preguntarles sobre sus necesidades antes de la planificación del contenido.

Resultaría relevante valorar el impacto de este programa en población de jóvenes en situación de riesgo (17, 175) así como en relación a los diferentes diagnósticos de enfermedad mental, bien por el contenido o bien por el perfil del equipo de ponentes. Además, desde la evaluación de la relación coste-beneficio, pueden considerarse alternativas a la intervención directa como el uso del formato audiovisual (241); la creación de material disponible en formato online (290) que pueda ser difundido a través de soporte online; o la formación del profesorado, a partir del contacto directo con personas con enfermedad mental, para que sean ellos quienes trabajen la salud mental en el aula (282).

No puede dejar de hacerse hincapié en la importancia de evaluar cómo este tipo de intervenciones modifica la percepción del estigma de los usuarios que en ellas participan y la repercusión en su relación con la enfermedad. Del análisis cualitativo realizado por las personas con enfermedad mental que han colaborado en el programa se aprecia que su participación se ha traducido en beneficio a diferentes niveles, entre los que ocupa un lugar destacado el auto-estigma. Pero también ha tenido implicaciones en aspectos de su vida cotidiana e incluso en la evolución de la enfermedad, con un efecto terapéutico. No sólo los usuarios se benefician del programa, también el profesional tiene posibilidad de aprender de este planteamiento, que orienta hacia el modelo de recuperación, y de disfrutar del peso del empoderamiento en la relación terapéutica, que se ve enriquecida. Indudablemente se trata de una impresión cualitativa que sería interesante futuras investigaciones cuantificaran, profundizando en los diferentes aspectos.

Por último, incidir en la pertinencia de analizar la eficacia de este tipo de intervenciones en relación a los diferentes diagnósticos, aspecto con dos vertientes. Por un lado, habría que considerar hasta qué punto los beneficios obtenidos por esta intervención son generalizables a otros diagnósticos. Si el programa, llevado a cabo por diagnosticados de trastorno bipolar, ha sido eficaz para reducir el estigma asociado a la enfermedad mental, cabe preguntarse si el efecto hubiera sido el mismo en caso de haber sido liderado por personas con otro diagnóstico. La segunda cuestión sería aclarar si resulta más eficaz realizar intervenciones anti-estigma dirigidas hacia la enfermedad mental en general o hacia enfermedades mentales en particular. Ahondando más, pudiera ser que según qué población se beneficie de un tipo u otro de enfoque. Puede que el grado de diferenciación entre los diferentes diagnósticos y las atribuciones implícitas hacia ellos varíen entre diferentes poblaciones, tales como la de adolescentes y adultos o entre distintos grupos de adultos. Entre los propios usuarios el tipo de estigma y su intensidad puede diferir en función del diagnóstico, sin que necesariamente correlacione con la gravedad del mismo. Este hecho queda patente en los estudios que objetivan altos niveles de estigma internalizado en los pacientes con trastorno bipolar. Aclarar qué tipo de intervención puede beneficiar más a cada grupo adquiere en este caso un potencial terapéutico añadido.

7. CONCLUSIONES

1. Los jóvenes participantes en el estudio presentaron actitudes basales poco estigmatizadoras, con predominio de las actitudes benevolentes y de la predisposición a ayudar a las personas con enfermedad mental, sin ocultar su intención de evitarlas y segregadas. Los estereotipos de peligrosidad y culpabilidad no parecen tener un peso relevante entre ellos.
2. La intervención resulta eficaz de manera inmediata para reducir el global de las actitudes estigmatizadoras. A nivel individual modifica el estereotipo de culpabilidad, disminuye el prejuicio de pena y minimiza la tendencia a evitar y a segregar a las personas con enfermedad mental, incrementando la disposición de los participantes a ayudarlas. En menor medida, disminuyen el estereotipo de peligrosidad y el prejuicio de ira.
3. A los seis meses de su conclusión, la intervención continúa siendo eficaz en la reducción del total de las actitudes estigmatizadoras con efecto en algunas dimensiones individuales tales como tendencia a culpar a los enfermos, a sentir pena por ellos y a segregarlos.
4. El paso del tiempo atenúa los logros inmediatos de la intervención, de manera que pasados seis meses algunos pierden su efecto, tal y como ocurre con los cambios alcanzados en las dimensiones de peligrosidad e ira y en la intención de evitar o ayudar a las personas con enfermedad mental.
5. Las limitaciones del diseño y la pérdida de efectividad con el tiempo invitarían a reforzar la intervención. Aquellas dimensiones que resultan poco o nada permeables a la misma se beneficiarían de un contenido específicamente diseñado para abordarlas. Programas con un formato continuado reforzarían las ganancias, evitando la recuperación de las actitudes estigmatizadoras.
6. El género se perfila como un factor a ser considerado en el diseño de los programas anti-estigma, tanto por su influencia en algunas actitudes basales de la población adolescente como por su papel en la integración de la información facilitada por el programa.
7. La familiaridad, tal y como está recogida en este estudio, no parece ser un factor que en los adolescentes condicione ni las actitudes estigmatizadoras a nivel basal ni el efecto de la intervención sobre las mismas a corto o medio plazo. Quizá sea preciso profundizar en su papel con una mayor precisión de recogida de datos.

8. El contacto directo con personas con enfermedad mental interesa a los adolescentes. Sería recomendable profundizar en el papel de este componente en la eficacia de la intervención, además de valorar si un formato intensivo, que profundice en el conocimiento de personas diagnosticadas, resulta más eficaz que el breve.
9. La implicación de las personas con enfermedad mental en el diseño e implantación del programa anti-estigma constituye, a nivel subjetivo, una experiencia terapéutica, especialmente en lo concerniente al auto-estigma y al empoderamiento. Sería importante en un futuro ahondar en este aspecto y evaluarlo cuantitativamente.
10. Sería necesaria la implicación activa de diferentes estamentos en el desarrollo de programas anti-estigma eficaces que incluyan varios tipos de intervenciones, implementadas a distintos niveles y para diferentes dianas poblacionales. El abordaje de la prevención del estigma asociado a la enfermedad mental de forma general podría verse apoyado por campañas específicas sobre diagnósticos concretos.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Arboleda-Florez J. Considerations on the stigma of mental illness. *Can J Psychiatry*. 2003;48(10):645-50.
2. Huertas R. Del manicomio a la salud mental. Para una historia de la psiquiatría pública. Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social; 1992.
3. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.
4. Weiner B. An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychol Rev*. 1985;92(4):548.
5. Piaget J. Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Hum Dev*. 2008;51(1):40.
6. Allport GW. The nature of prejudice. 25th Anniversary ed. New York: Basic Books; 1979.
7. Corrigan PW. Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol-Sci Pr*. 2000;7(1):48-67.
8. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27(1):363-85.
9. Angermeyer MC, Matschinger H. Labeling--stereotype--discrimination. An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(5):391-5.
10. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1328-33.
11. Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005;20(8):529-39.
12. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry*. 2012;57(8):464-9.
13. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv*. 2001;52(12):1621-6.
14. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2005.
15. Angermeyer M, Arboleda-Flórez J, Baumann AE, Bernert S, Gaebel W, Hocking B, et al. The WPA global programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia. Open the Doors Training Manual 2005 [cited 21/6/2014]. Available from: http://openthedoors.com/english/01_02.html.
16. Arboleda-Florez J, Stuart H. From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses. *Can J Psychiatry*. 2012;57(8):457-63.

17. Mellor C. School-based interventions targeting stigma of mental illness: systematic review. *Psychiatr Bull.* 2014;38(4):164-71.
18. Crosnoe R, McNeely C. Peer relations, adolescent behavior, and public health research and practice. *Fam Community Health.* 2008;31 Suppl 1:S71-80.
19. Pinto-Foltz MD, Cynthia Logsdon M. Conceptual model of research to reduce stigma related to mental disorders in adolescents. *Issues Ment Health Nurs.* 2009;30(12):788-95.
20. Hinshaw SP. *The mark of shame: stigma of mental illness and an agenda for change.* Oxford: Oxford University Press; 2009.
21. Zilboorg G, Henry GW. *A history of medical psychology.* New York: W.W. Norton and Co.; 1941.
22. Aldana LL, San Miguel PS, Moreno LR. The foundation of the first Western mental asylum. *Am J Psychiatry.* 2010;167(3):260.
23. Fabrega Jr H. Psychiatric stigma in non-Western societies. *Compr Psychiatry.* 1991;32(6):534-51.
24. Huertas R. La comunidad de Gheel: una alternativa de asistencia psiquiátrica en el siglo XIX. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1988;8(25):257-66.
25. Shorter E. *A History of Psychiatry.* Cahan, Douglas Hospital. 1998:248-55.
26. Goffman E. *Internados. Ensayos sobre la condición social de los enfermos mentales.* Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
27. Huertas R. *Historia cultural de la psiquiatría.* Madrid: Los Libros de la Catarata; 2012.
28. Campos Marín R. La teoría de la degeneración y la profesionalización de la psiquiatría en España (1876-1920). *Asclepio.* 1999;51(1):185-203.
29. Gureje O, Olley BO, Olusola EO, Kola L. Do beliefs about causation influence attitudes to mental illness? *World Psychiatry.* 2006;5(2):104-7.
30. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol.* 1999;54(9):765.
31. Corrigan PW, Watson AC, Miller FE. Blame, shame, and contamination: the impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *J Fam Psychol.* 2006;20(2):239-46.
32. Beers CW. *A mind that found itself: an autobiography.* Londres: Longmans, Green; 1917.
33. Campos Marín R. Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936). *Asclepio.* 1997;49(1):39-59.

34. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2008;28(101):43-83.
35. Wahl OF. *Media madness: public images of mental illness.* New Jersey: Rutgers University Press; 2003.
36. Stuart H. Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs.* 2006;20(2):99-106.
37. Ward MJ, Warden LC. *The snake pit.* New York: Random House New York; 1946.
38. Kesey K, Bofill M. *Alguien voló sobre el nido del cuco.* Barcelona: Anagrama; 1977.
39. De Tena TL, Vallejo-Nágera JA. *Los renglones torcidos de Dios.* Barcelona: Planeta; 1981.
40. Salvador-Carulla L, Bulbena A, Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Gómez-Beneyto M, Torres F. La salud mental en España: Cenicienta en el País de las Maravillas. *Informe SESPAS.* 2002:301-26.
41. Rissmiller DJ, Rissmiller JH. Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatr Serv.* 2006;57(6):863-6.
42. Murthy RS, Bertolote JM, Epping-Jordan J, Funk M, Prentice T, Saraceno B, et al. *The World health report 2001: Mental health: new understanding, new hope.* Geneva: World Health Organization; 2001.
43. World Health Organization. *European ministerial conference on mental health.* Helsinki: World Health Organization; 2005.
44. Muijen M. The state of psychiatry in Europe: facing the challenges, developing consensus. *Int Rev Psychiatry.* 2012;24(4):274-7.
45. Wittchen H, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21:655-79.
46. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004;82(11):858-66.
47. Muijen M. Challenges for psychiatry: delivering the Mental Health Declaration for Europe. *World Psychiatry.* 2006;5(2):113-7.
48. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav.* 2003:162-79.
49. Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull.* 2004;30(3):511-41.
50. Wright ER, Gronfein WP, Owens TJ. Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *J Health Soc Behav.* 2000;41(1):68-90.

8. BIBLIOGRAFÍA

51. Magliano L, De Rosa C, Fiorillo A, Malangone C, Maj M. Perception of patients' unpredictability and beliefs on the causes and consequences of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(5):410-6.
52. Torrey EF. Stigma and violence: isn't it time to connect the dots? *Schizophr Bull.* 2011;37(5):892-6.
53. Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa A. How mental illness is portrayed in children's television: a prospective study. *Br J Psychiatry.* 2000;176(5):440-3.
54. Suárez EC. Los procesos de atribución parcial. *Estud Psicolog.* 1982 (12):34-45.
55. Penn DL, Couture SM. Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness. *World Psychiatry.* 2002;1(1):20-1.
56. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J, et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull.* 2001;27(2):187-95.
57. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(8):907-22.
58. Corrigan PW, Morris S, Larson J, Rafacz J, Wassel A, Michaels P, et al. Self- stigma and coming out about one's mental illness. *J Community Psychol.* 2010;38(3):259-75.
59. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav.* 1997:177-90.
60. Penn DL, Spaulding W, Reed D, Sullivan M. The relationship of social cognition to ward behavior in chronic schizophrenia. *Schizophr Res.* 1996;20(3):327-35.
61. Martin JK, Pescosolido BA, Tuch SA. Of fear and loathing: The role of disturbing behavior, labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *J Health Soc Behav.* 2000:208-23.
62. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull.* 1999;25(3):467.
63. Angermeyer MC, Matschinger H. Violent attacks on public figures by persons suffering from psychiatric disorders. Their effect on the social distance towards the mentally ill. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1995;245(3):159-64.
64. Ellison N, Mason O, Scior K. Bipolar disorder and stigma: a systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2013;151(3):805-20.
65. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry.* 2010;167(11):1321-30.

66. Crisp A, Gelder M, Goddard E, Meltzer H. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*. 2005;4(2):106-13.
67. Corrigan PW. Don't call me nuts: an international perspective on the stigma of mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(6):403-4.
68. Corrigan PW, Rowan D, Green A, Lundin R, River P, Uphoff-Wasowski K, et al. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophr Bull*. 2002;28(2):293-309.
69. Angermeyer M, Schomerus G. A stigma perspective on recovery. *World Psychiatry*. 2012;11(3):163-4.
70. Angermeyer MC, Matschinger H. The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophr Bull*. 2004;30(4):1049-61.
71. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull*. 2001;27(2):219-25.
72. Ohaeri JU, Fido AA. The opinion of caregivers on aspects of schizophrenia and major affective disorders in a Nigerian setting. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(10):493-9.
73. Holmes EP, Corrigan PW, Williams P, Canar J, Kubiak MA. Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1999;25(3):447-56.
74. Pescosolido BA, Monahan J, Link BG, Stueve A, Kikuzawa S. The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1339-45.
75. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2009;373(9661):408-15.
76. Farina A, Felner RD. Employment interviewer reactions to former mental patients. *J Abnorm Psychol*. 1973;82(2):268.
77. McPherson IG, Cocks FJ. Attitudes towards mental illness: Influence of data collection procedures. *Soc Psychiatry*. 1983;18(2):57-60.
78. Link BG, Phelan J. Stigma power. *Soc Sci Med*. 2014;103:24-32.
79. Holzinger A, Floris F, Schomerus G, Carta MG, Angermeyer MC. Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: a systematic review of population studies. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2012;21(1):73-85.
80. Corrigan PW. Research and the elimination of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry*. 2012;201(1):7-8.

81. Crandall CS, Moriarty D. Physical illness stigma and social rejection. *Br J Soc Psychol.* 1995;34(1):67-83.
82. Kurzban R, Leary MR. Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychol Bull.* 2001;127(2):187.
83. Stuart H. Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry.* 2003;2(2):121-4.
84. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry.* 2002;180(6):490-5.
85. Stuart HL, Arboleda-Florez JE. A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness. *Psychiatr Serv.* 2001;52(5):654-9.
86. UNIL. European sourcebook of crime and criminal justice statistics. Lausanne: Université de Lausanne; [cited 7/04/2015]. Available from: <http://www3.unil.ch/wpmu/europeansourcebook/>.
87. Krakowski M, Czobor P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry.* 2004;161(3):459-65.
88. Estroff SE, Swanson JW, Lachicotte WS, Swartz M, Bolduc M. Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33(1):S95-S101.
89. Milner A, LaMontagne AD, Aitken Z, Bentley R, Kavanagh AM. Employment status and mental health among persons with and without a disability: evidence from an Australian cohort study. *J Epidemiol Community Health.* 2014;68(11):1064-71.
90. Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119(3):180-91.
91. Volavka J. Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiat Danub.* 2013;25(1):24-33.
92. Vicens-Pons E. Aproximación a la Metodología para el estudio de los Trastornos mentales en población penitenciaria. El estudio PreCa. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria.* 2009;11(1):17-25.
93. Link BG, Stueve A, Phelan J. Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of "threat/control-override" symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33(1):S55-S60.
94. Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur violence risk assessment study. *Am J Psychiatry.* 2000;157(4):566-72.
95. Yap MB, Wright A, Jorm AF. The influence of stigma on young people's help-seeking intentions and beliefs about the helpfulness of various sources of help. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011 ;46(12):1257-65.
96. Wahl OF, Harman CR. Family views of stigma. *Schizophr Bull.* 1989;15(1):131.

97. Thompson AH, Stuart H, Bland RC, Arboleda-Florez J, Warner R, Dickson RA. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(10):475-82.
98. Swanson JW, Swartz MS, Essock SM, Osher FC, Wagner HR, Goodman LA, et al. The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Am J Public Health.* 2002;92(9):1523-31.
99. Astrain V. Maltrato y enfermedad mental. Estudio de personas con enfermedad mental víctimas de maltrato [tesina fin de master]. Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 2010.
100. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry.* 2002;1(1):16-20.
101. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health.* 2013;103(5):777-80.
102. Reavley NJ, Mackinnon AJ, Morgan AJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48(5):433-41.
103. Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *Br J Psychiatry.* 2009;194(6):491-9.
104. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull.* 2004;30(3):481-91.
105. Rabkin JG. Opinions about mental illness: a review of the literature. *Psychol Bull.* 1972;77(3):153.
106. Fabrega H, Jr. The culture and history of psychiatric stigma in early modern and modern Western societies: a review of recent literature. *Compr Psychiatry.* 1991;32(2):97-119.
107. Angermeyer M, Beck M, Dietrich S, Holzinger A. The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *Int J Soc Psychiatry.* 2004; 50: 153.
108. Corrigan PW, Powell KJ, Rusch N. How does stigma affect work in people with serious mental illnesses? *Psychiatr Rehabil J.* 2012;35(5):381-4.
109. Page S. Psychiatric stigma: Two studies of behaviour when the chips are down. *Can J Commun Ment Health.* 2009;2(1):13-9.
110. Murphy GC, Athanasou JA. The effect of unemployment on mental health. *J Occup Organ Psychol.* 1999;72(1):83-99.
111. Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ.* 1998;317(7151):115-9.
112. Drake RE, Whitley R. Recovery and severe mental illness: description and analysis. *Can J Psychiatry.* 2014;59(5):236-42.

113. Henderson C, Williams P, Little K, Thornicroft G. Mental health problems in the workplace: changes in employers' knowledge, attitudes and practices in England 2006-2010. *Br J Psychiatry Suppl.* 2013;55:s70-6.
114. Corrigan P, Lundin R. Coming Out Proud to eliminate the stigma of mental illness. Manual for program facilitators and participants 2012. Available from: www.ncse1.org.
115. Corrigan PW, Larson JE, Rusch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry.* 2009;8(2):75-81.
116. Henderson C, Corker E, Lewis-Holmes E, Hamilton S, Flach C, Rose D, et al. England's time to change antistigma campaign: one-year outcomes of service user-rated experiences of discrimination. *Psychiatr Serv.* 2012;63(5):451-7.
117. Trust S. Tackling The Last Workplace Taboo 2015 [cited 27/01/2015]. Available from: <http://www.tacklementalhealth.org.uk/>.
118. Carling PJ. Major mental illness, housing, and supports. The promise of community integration. *Am Psychol.* 1990 Aug;45(8):969-75.
119. López M. Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía (España). *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 2004;50(2):99-109.
120. Cuadrado P. Mejora de la calidad de vida en pacientes con baja adherencia al tratamiento. *Intervenciones en dependientes del alcohol "Sin Hogar". Adicciones.* 2003;15(4):321-30.
121. Muñoz M, Pérez E, Panadero S. Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa. *Rehabilitación Psicosocial.* 2004;1(2):64-72.
122. Panadero-Herrero S, Muñoz-López M. Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar. *An Psicol.* 2014;30(1):70-7.
123. Kirst M, Zerger S, Wise Harris D, Plenert E, Stergiopoulos V. The promise of recovery: narratives of hope among homeless individuals with mental illness participating in a Housing First randomised controlled trial in Toronto, Canada. *BMJ Open.* 2014;4(3).
124. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry.* 2011;199(6):453-8.
125. Ochoa E. Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Esp Psiquiatri.* 2000;1:40-52.
126. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry.* 2011;199(6):441-2.
127. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness: Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *BMJ: British Medical Journal.* 2002;324(7352):1470-1.
128. Saiz-Ruiz J, Saiz-Gonzalez MD, Alegria AA, Mena E, Luque J, Bobes J. Impact of the spanish consensus on physical health of patients with schizophrenia [Impacto del consenso

español sobre la salud física del paciente con esquizofrenia]. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2010;3(4):119-27.

129. Magliano L, Read J, D'Ambrosio A, Patalano M, Campitiello F, Sagliocchi A, et al. Contrarrestar el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el ámbito sanitario: una experiencia piloto en una muestra de estudiantes italianos de medicina. *Psychology, Society, & Education.* 2013;4(2):41-13.

130. Gorriti MA, Ferrer B, del Arco I, Bermudez-Silva FJ, de Diego Y, Fernandez-Espejo E, et al. Acute delta9-tetrahydrocannabinol exposure facilitates quinpirole-induced hyperlocomotion. *Pharmacol Biochem Behav.* 2005;81(1):71-7.

131. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev.* 1987:96-112.

132. Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Tat Chiu W, G DEG, et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry.* 2007;6(3):177-85.

133. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, R DEG, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry.* 2007;6(3):168-76.

134. Struening EL, Perlick DA, Link BG, Hellman F, Herman D, Sirey JA. Stigma as a barrier to recovery: the extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatr Serv.* 2001;52(12):1633-8.

135. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry.* 2001;158(3):479-81.

136. Franz L, Carter T, Leiner AS, Bergner E, Thompson NJ, Compton MT. Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: a grounded theory study. *Early Interv Psychiatry.* 2010;4(1):47-56.

137. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol.* 2004;59(7):614-25.

138. Conner KO, Copeland VC, Grote NK, Koeske G, Rosen D, Reynolds CF, 3rd, et al. Mental health treatment seeking among older adults with depression: the impact of stigma and race. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2010;18(6):531-43.

139. Rüsçh N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Larson JE, Olschewski M, et al. Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *Br J Psychiatry.* 2009 ;195(6):551-2.

140. Stuber J, Meyer I, Link B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Soc Sci Med.* 2008 ;67(3):351-7.

141. Gray AJ. Stigma in psychiatry. *J R Soc Med.* 2002;95(2):72-6.

142. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Flórez J, et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*. 2010;9(3):131-44.
143. World Health Organization. *Mental Health: A Call to Action by World Health Ministers*. Geneva: World Health Organization; 2001.
144. Ayuso-Mateos JL, Wykes T, Arango C. The Madrid Declaration: why we need a coordinated Europe-wide effort in mental health research. *Br J Psychiatry*. 2011;198(4):253-5.
145. Ayuso-Mateos JL, Barros PP, Gusmao R. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;382(9890):391-2.
146. Bravo Ortiz MF. Tiempo de crisis: juntos para resistir mejor. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2011;31(3):413-6.
147. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med*. 2003;56(2):299-312.
148. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull*. 2007;33(6):1312-8.
149. Rusch N, Abbruzzese E, Hagedorn E, Hartenhauer D, Kaufmann I, Curschellas J, et al. Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. *Br J Psychiatry Suppl*. 2014;204:391-7.
150. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, Allee E, Corrigan PW. Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literature. *Psychiatr Serv*. 2012;63(10):974-81.
151. O'Driscoll C, Heary C, Hennessy E, McKeague L. Explicit and implicit stigma towards peers with mental health problems in childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(10):1054-62.
152. Kelly CM, Mithen JM, Fischer JA, Kitchener BA, Jorm AF, Lowe A, et al. Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *Int J Ment Health Syst*. 2011;5(1):4.
153. Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, Raue P, Sirey J. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(1):31-7.
154. Girma E, Moller-Leimkuhler AM, Dehning S, Mueller N, Tesfaye M, Froeschl G. Self-stigma among caregivers of people with mental illness: toward caregivers' empowerment. *J Multidiscip Healthc*. 2014;7:37-43.
155. Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A, et al. Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(6):299-303.
156. Boyd JE, Adler EP, Otilingam PG, Peters T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Compr Psychiatry*. 2014;55(1):221-31.

157. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull.* 2007;33(1):192-9.
158. Fung KM, Tsang HW, Chan F. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(5):561-8.
159. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salah J, Struening EL, et al. Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatr Serv.* 2001;52(12):1627-32.
160. Corrigan PW. Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv.* 2006;57(10):1493-6.
161. Dols MW. Insanity and its treatment in Islamic society. *Med Hist.* 1987;31(01):1-14.
162. Gureje O, Alem A. Mental health policy development in Africa. *Bull World Health Organ.* 2000;78(4):475-82.
163. Hammond R. Condemned [cited 20/09/2014]. Available from: <http://www.robinhammond.co.uk/>.
164. Koschorke M, Padmavati R, Kumar S, Cohen A, Weiss HA, Chatterjee S, et al. Experiences of stigma and discrimination of people with schizophrenia in India. *Soc Sci Med.* 2014;123C:149-59.
165. Yang LH, Lo G, WonPat-Borja AJ, Singla DR, Link BG, Phillips MR. Effects of labeling and interpersonal contact upon attitudes towards schizophrenia: implications for reducing mental illness stigma in urban China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(9):1459-73.
166. Kurumatani T, Ukawa K, Kawaguchi Y, Miyata S, Suzuki M, Ide H, et al. Teachers' knowledge, beliefs and attitudes concerning schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(5):402-9.
167. Nakane Y, Jorm AF, Yoshioka K, Christensen H, Nakane H, Griffiths KM. Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia. *BMC Psychiatry.* 2005;5:33.
168. Jorm AF, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, Griffiths KM, Wata Y. Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Med.* 2005;3:12.
169. Geidel R. El Estigma y la Esquizofrenia: Qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores [tesis]. Granada: Universidad de Granada; 2005.
170. Angermeyer MC, Matschinger H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *Br J Psychiatry.* 2005;186(4):331-4.

171. Corker E, Hamilton S, Henderson C, Weeks C, Pinfold V, Rose D, et al. Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011. *Br J Psychiatry Suppl.* 2013;55:s58-63.
172. Crisp A. The tendency to stigmatise. *Br J Psychiatry.* 2001;178(3):197-9.
173. Jorm AF, Wright A. Influences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: national survey of young Australians and their parents. *Br J Psychiatry.* 2008 ;192(2):144-9.
174. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry.* 2000;177:4-7.
175. Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A, Reid R. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry.* 2014;13(2):161-75.
176. Pettigrew TF, Tropp LR. A meta-analytic test of intergroup contact theory. *J Pers Soc Psychol.* 2006;90(5):751.
177. Kingdon D, Sharma T, Hart D. What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatr Bull.* 2004;28(11):401-6.
178. Bono A, Toro S, Ruiz P, R. C. Informe de Evaluación de la Intervención Lo Hablamos. Sensibilización sobre la Salud Mental en las aulas Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2012 [cited 7/07/2013]. Available from: http://www.1decada4.es/adolescenciayestigma/lohablamos/Informe_Eval.pdf.
179. Pedersen ER, Paves AP. Comparing perceived public stigma and personal stigma of mental health treatment seeking in a young adult sample. *Psychiatry Res.* 2014;219(1):143-50.
180. Watson AC, Corrigan PW. On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change. Washington: American Psychological Association; 2005(281-95 p).
181. Schachter HM, Girardi A, Ly M, Lacroix D, Lumb AB, van Berkomp J, et al. Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: a systematic review. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2008;2(1):18.
182. Vezzoli R, Archiati L, Buizza C, Pasqualetti P, Rossi G, Pioli R. Actitud hacia los pacientes psiquiátricos: un estudio piloto en una ciudad del norte de Italia. *Eur Psychiatry.* 2001;16:451-8.
183. Couture S, Penn D. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: a review of the literature. *J Ment Health.* 2003;12(3):291-305.
184. Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry.* 2005;17(2):123-31.
185. Phillips DL. Public identification and acceptance of the mentally ill. *Am J Public Health Nations Health.* 1966;56(5):755-63.

186. Henderson C, Thornicroft G. Evaluation of the Time to Change programme in England 2008-2011. *Br J Psychiatry Suppl.* 2013;55:s45-8.
187. Stuart H, Chen SP, Christie R, Dobson K, Kirsh B, Knaak S, et al. Opening minds in Canada: background and rationale. *Can J Psychiatry.* 2014;59(10 Suppl 1):S8-S12.
188. Lauber C, Anthony M, Ajdacic-Gross V, Rössler W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *Eur Psychiatry.* 2004;19(7):423-7.
189. Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Checinski K, Surgenor T. The stigmatisation of psychiatric illness the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatr Bull.* 2002;26(5):178-81.
190. Ay P, Save D, Fidanoglu O. Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(1):63-7.
191. Tay S, Pariyasami S, Ravindran K, Ali M, Rowsudeen MT. Nurses' attitudes toward people with mental illnesses in a psychiatric hospital in Singapore. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2004;42(10):40-7.
192. Gaebel W, Zasko H, Cleveland HR, Zielasek J, Stuart H, Arboleda-Florez J, et al. Measuring the stigma of psychiatry and psychiatrists: development of a questionnaire. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2011;261 Suppl 2:S119-23.
193. Sriram TG, Jabbarpour YM. Are mental health professionals immune to stigmatizing beliefs? *Psychiatr Serv.* 2005;56(5):610.
194. White A, Shiralkar P, Hassan T, Galbraith N, Callaghan R. Barriers to mental healthcare for psychiatrists. *Psychiatr Bull.* 2006;30(10):382-4.
195. Tagore A. Personal experience: coming out -the psychotic psychiatrist- an account of the stigmatising experience of psychiatric illness. *Psychiatr Bull.* 2014;38(4):180-2.
196. Jamison KR. *Una mente inquieta: testimonio sobre afectos y locura.* Barcelona: Tusquets editores; 1996.
197. Corrigan P. Conference at Mental Illness Stigma Symposium 2011 [cited 10/10/2013]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=-TCL4nffW_I.
198. Durgin J. Robert Liberman, M.D.: Agent of change. *Dartmouth Medicine* [Internet]. 2009. Available from: http://dartmed.dartmouth.edu/winter09/html/alumni_album.php.
199. Östman M, Kjellin L. Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *Br J Psychiatry.* 2002;181(6):494-8.
200. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M. Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Can J Psychiatry.* 2004;49(5):322-30.
201. Phelan JC, Bromet EJ, Link BG. Psychiatric illness and family stigma. *Schizophr Bull.* 1998;24(1):115-26.

202. Thara R, Srinivasan T. How stigmatising is schizophrenia in India? *Int J Soc Psychiatry*. 2000;46(2):135-41.
203. Lefley HP. Family burden and family stigma in major mental illness. *Am Psychol*. 1989;44(3):556.
204. Clement S, Lassman F, Barley E, Evans-Lacko S, Williams P, Yamaguchi S, et al. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;7:CD009453.
205. Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, Guillén AI, Izquierdo S. La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión [Mental illness in the media: an empirical study in press, radio and television]. *Clin Sal*. 2011;22(2):157-73.
206. Hyler SE, Gabbard GO, Schneider I. Homicidal maniacs and narcissistic parasites: stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42(10):1044-8.
207. Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa A. Mental illness depictions in prime-time drama: identifying the discursive resources. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(2):232-9.
208. Coverdale J, Nairn R, Claasen D. Depictions of mental illness in print media: a prospective national sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36(5):697-700.
209. Wahl OF, Kaye AL. Mental illness topics in popular periodicals. *Community Ment Health J*. 1992 ;28(1):21-8.
210. Murphy NA, Fatoye F, Wibberley C. The changing face of newspaper representations of the mentally ill. *J Ment Health*. 2013;22(3):271-82.
211. Matas M, El-Guebaly N, Peterkin A, Green M, Harper D. Mental illness and the media: an assessment of attitudes and communication. *Can J Psychiatry*. 1985;30(1):12-7.
212. Reavley NJ, Pilkington PD. Use of Twitter to monitor attitudes toward depression and schizophrenia: an exploratory study. *PeerJ*. 2014;2:e647.
213. Evans-Lacko S, Malcolm E, West K, Rose D, London J, Rusch N, et al. Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009-2011. *Br J Psychiatry Suppl*. 2013 ;55:77-88.
214. Wahl OF, Lefkowitz JY. Impact of a television film on attitudes toward mental illness. *Am J Community Psychol*. 1989;17(4):521-8.
215. Wahl O. Depictions of mental illnesses in children's media. *J Ment Health*. 2003;12(3):249-58.
216. Mayer A, Barry DD. Working with the media to destigmatize mental illness. *Hosp Community Psychiatry*. 1992;43(1):77-8.
217. Stuart H. Stigma and the daily news: evaluation of a newspaper intervention. *Can J Psychiatry*. 2003;48(10):651-6.

218. SANE. A re-survey of New Zealand print media reporting on mental health 2005 [cited 01/01/2015]. Available from: <http://www.hdc.org.nz/media/199605/discriminating%20times.%20a%20re-survey%20of%20nz%20print%20media%20reporting%20on%20mental%20health%20june%2005.pdf>.
219. Thornicroft A, Goulden R, Shefer G, Rhydderch D, Rose D, Williams P, et al. Newspaper coverage of mental illness in England 2008-2011. *Br J Psychiatry Suppl.* 2013;55:64-9.
220. Mehta N, Kassam A, Leese M, Butler G, Thornicroft G. Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994-2003. *Br J Psychiatry.* 2009;194(3):278-84.
221. Myers F, Woodhouse A, Whitehead I, McCollam A, McBryde A, Pinfold V, et al. Evaluation of 'See Me', the national scottish campaign against the stigma and discrimination associated with mental ill-health. The Scottish Government. Health and Social Care; 2009.
222. Mena AL, Bono Á, López A, Díaz D. Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2010;30(108):597-611.
223. FAISEM, Escuela Andaluza de Salud Pública, Servicio Andaluz de Salud. Uno de cada cuatro. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales [cited 20/09/2014]. Available from: <http://www.1decada4.es/>.
224. SAMSHA. Substance Abuse and Mental Health Service Administration [cited 20/09/2014]. Available from: <http://beta.samhsa.gov/voice-awards/award-winners>.
225. López-Herrero R. Normal. Madrid: AguayoLab Editorial; 2014.
226. Velasco R. El escritofrénico. Barcelona: Miret Editorial; 2013.
227. Rubio V. Solo. [Documental]. Alicante. 2011. p. 73 min.
228. Saldaña S. Tengo Trastorno Bipolar. El Ejido: Editorial Círculo Rojo; 2013.
229. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rusch N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv.* 2012;63(10):963-73.
230. Corrigan PW. Strategic stigma change (SSC): five principles for social marketing campaigns to reduce stigma. *Psychiatr Serv.* 2011;62(8):824-6.
231. Schulze, M R-W, H M, Angermeyer M. Crazy? So what; Effects of a school project on student's attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;107:142-50.
232. Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry.* 2003;182:342-6.
233. Naylor PB, Cowie HA, Walters SJ, Talamelli L, Dawkins J. Impact of a mental health teaching programme on adolescents. *Br J Psychiatry.* 2009;194(4):365-70.

234. 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):563-72.
235. Corrigan PW, Watson AC. At issue: Stop the stigma: call mental illness a brain disease. *Schizophr Bull.* 2004;30(3):477-9.
236. Pinto-Foltz MD, Logsdon MC, Myers JA. Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Soc Sci Med.* 2011;72(12):2011-9.
237. Corrigan PW, Green A, Lundin R, Kubiak MA, Penn DL. Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 2001;52(7):953-8.
238. Corrigan PW, Michaels PJ, Vega E, Gause M, Larson J, Krzyzanowski R, et al. Key ingredients to contact-based stigma change: a cross-validation. *Psychiatr Rehabil J.* 2014;37(1):62-4.
239. Patten SB, Remillard A, Phillips L, Modgill G, Szeto A, Kassam A, et al. Effectiveness of contact-based education for reducing mental illness-related stigma in pharmacy students. *BMC Med Educ.* 2012;12:120.
240. Friedrich B, Evans-Lacko S, London J, Rhydderch D, Henderson C, Thornicroft G. Anti-stigma training for medical students: the Education Not Discrimination project. *Br J Psychiatry Suppl.* 2013 ;55:89-94.
241. Clement S, van Nieuwenhuizen A, Kassam A, Flach C, Lazarus A, de Castro M, et al. Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2012 ;201(1):57-64.
242. Hansson L, Markstrom U. The effectiveness of an anti-stigma intervention in a basic police officer training programme: a controlled study. *BMC Psychiatry.* 2014;14:55.
243. Spagnolo AB, Murphy AA, Librera LA. Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatr Rehabil J.* 2008;31(3):186-93. eng.
244. Girma E, Tesfaye M, Froeschl G, Moller-Leimkuhler AM, Dehning S, Muller N. Facility based cross-sectional study of self stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. *Int J Ment Health Syst.* 2013;7(1):21.
245. Corbiere M, Samson E, Villotti P, Pelletier JF. Strategies to fight stigma toward people with mental disorders: perspectives from different stakeholders. *Scientific World Journal.* 2012;2012:516358.
246. Sartorius N. Fighting stigma: theory and practice. *World Psychiatry.* 2002;1(1):26-7.
247. Corrigan PW, Sokol KA, Rusch N. The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses. *Community Ment Health J.* 2013;49(1):1-6.
248. Jones N, Corrigan PW, James D, Parker J, Larson N. Peer support, self-determination, and treatment engagement: a qualitative investigation. *Psychiatr Rehabil J.* 2013;36(3):209-14.

249. Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*. 2014;14:39.
250. Rootman I, Lafave HG. Are popular attitudes toward the mentally ill changing? *Am J Psychiatry*. 1969;126(2):261-5.
251. Star SA. The public's ideas about mental illness: a paper. National Opinion Research Center. 1955.
252. Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH, Slopen N, Medasani K, Phelan S. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatr Serv*. 2005;56(5):544-50.
253. Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science*. 1973;179(4070):250-8.
254. Sibicky M, Dovidio JF. Stigma of psychological therapy: Stereotypes, interpersonal reactions, and the self-fulfilling prophecy. *J Couns Psychol*. 1986;33(2):148.
255. Sriram N, Greenwald AG. The brief implicit association test. *Experimental Psychology (formerly Zeitschrift für Experimentelle Psychologie)*. 2009;56(4):283-94.
256. Corrigan P. A toolkit for evaluating programs meant to erase the stigma of mental illness. Chicago: Illinois Institute of Technology; 2008.
257. Wood AL, Wahl OF. Evaluating the effectiveness of a consumer-provided mental health recovery education presentation. *Psychiatr Rehabil J*. 2006;30(1):46-53.
258. Danielle Rhydderch B, Henderson C, Thornicroft G. Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *Can J Psychiatry*. 2010;55(7):440-8.
259. Cohen J, Struening EL. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *J Abnorm Soc Psychol*. 1962;64(5):349.
260. Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull*. 1981;7(2):225-40.
261. Angermeyer M, Matschinger H. The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1996;31(6):321-6.
262. 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.
263. Corrigan PW, Watson AC. How children stigmatize people with mental illness. *Int J Soc Psychiatry*. 2007;53(6):526-46.
264. Evans-Lacko S, Rose D, Little K, Flach C, Rhydderch D, Henderson C, et al. Development and psychometric properties of the reported and intended behaviour scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2011;20(03):263-71.

265. Evans-Lacko S, Gronholm R. Development and validation of the Adolescent Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS-A). In press.
266. Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz JL. Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *J Pers Soc Psychol*. 1998;74(6):1464.
267. Corrigan PW, Michaels PJ, Vega E, Gause M, Watson AC, Rusch N. Self-stigma of mental illness scale-short form: reliability and validity. *Psychiatry Res*. 2012;199(1):65-9.
268. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO, Sangster Y, Keck L. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr Bull*. 2004;30(4):1035-41.
269. Weeks G, Slade M, Hayward M. A UK validation of the Stages of Recovery Instrument. *Int J Soc Psychiatry*. 2011;57(5):446-54.
270. Kassam A, Papish A, Modgill G, Patten S. The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*. 2012;12:62.
271. Beldie A, den Boer JA, Brain C, Constant E, Figueira ML, Filipcic I, et al. Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47 Suppl 1:1-38.
272. Gaebel W, Baumann AE. Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the open the doors program in Germany. *Can J Psychiatry*. 2003 ;48(10):657-62.
273. Evans-Lacko. Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009–2012. *Br J Psychiatry Suppl*. 2013;55:51-7.
274. Stuart H, Chen SP, Christie R, Dobson K, Kirsh B, Knaak S, et al. Opening minds in Canada: targeting change. *Can J Psychiatry*. 2014;59(10 Suppl 1):S13-8.
275. Thornicroft C, Wyllie A, Thornicroft G, Mehta N. Impact of the "Like Minds, Like Mine" anti-stigma and discrimination campaign in New Zealand on anticipated and experienced discrimination. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48(4):360-70.
276. SANE. Stigma Watch: tackling stigma against mental illness and suicide in the Australian media: SANE Australia; 2013 [cited 17/2/2015]. Available from: <http://www.sane.org/images/stories/media/stigmawatch2013.pdf>.
277. BeyondBlue. Depression Monitor 2014 [22/03/2015]. Available from: <http://www.beyondblue.org.au/resources/research/depression-monitor>.
278. Varios. Actividades de sensibilización social y lucha contra el estigma desarrolladas desde los centros y servicios de la red de atención social a personas con enfermedad mental. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Asuntos Sociales; 2013.
279. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe sobre la Salud Mental de niños y adolescentes. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2008.

280. Kutcher S, McLuckie A. Evergreen: A Child and Youth Mental Health Framework for Canada. Calgary: Mental Health Commission of Canada; 2010.
281. Rowe SL, French RS, Henderson C, Ougrin D, Slade M, Moran P. Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48(12):1083-95.
282. Loughran J. Time to Change Children and Young People's programme. Interim pilot evaluation results; April 2012 to September 2013. London: Time to Change; 2013.
283. Tirapu-Ustárrroz J, Pérez-Sayesa G, Erekatxo-Bilbaoa M, Pelegrín-Valerob C. ¿Qué es la teoría de la mente? *Rev Neurol*. 2007;44(8):479-89.
284. Sakellari E, Leino-Kilpi H, Kalokerinou-Anagnostopoulou A. Educational interventions in secondary education aiming to affect pupils' attitudes towards mental illness: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;18(2):166-76.
285. Yamaguchi S, Mino Y, Uddin S. Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: a narrative review of educational interventions. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;65(5):405-15.
286. Stuart H. Reaching out to high school youth: the effectiveness of a video-based antistigma program. *Can J Psychiatry*. 2006;51(10):647-53.
287. Saporito J, Ryan C, Teachman B. Reducing stigma toward seeking mental health treatment among adolescents. *Stigma Research and Action*. 2011;1(2):9-21.
288. Rahman A, Mubbashar MH, Gater R, Goldberg D. Randomised trial of impact of school mental-health programme in rural Rawalpindi, Pakistan. *Lancet*. 1998;352(9133):1022-5.
289. Economou M, Louki E, Peppou LE, Gramandani C, Yotis L, Stefanis CN. Fighting psychiatric stigma in the classroom: the impact of an educational intervention on secondary school students' attitudes to schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*. 2012;58(5):544-51.
290. Chan JY, Mak WW, Law LS. 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. *Soc Sci Med*. 2009;68(8):1521-6.
291. Fisher WR. Narration as a human communication paradigm: the case of public moral argument. *Communications Monographs*. 1984;51(1):1-22.
292. Wahl O, Susin J, Kaplan L, Lax A, Zatina D. Changing knowledge and attitudes with a middle school Mental Health Education Curriculum. *Stigma Research and Action* 2011;1(1):44-53.
293. Pinfold V, Stuart H, Thornicroft G, Arboleda-Flórez J. Working with young people: the impact of mental health awareness programs in schools in the UK and Canada. *World Psychiatry*. 2005;4(Suppl 1):48-52.
294. Martínez-Zambrano F, García-Morales E, García-Franco M, Miguel J, Villellas R, Pascual G, et al. Intervention for reducing stigma: assessing the influence of gender and knowledge. *World J Psychiatry*. 2013;3(2):18-24.

295. Chisholm KE, Patterson P, Torgerson C, Turner E, Turner E. A randomised controlled feasibility trial for an educational school-based mental health intervention: study protocol. *BMC Psychiatry*. 2012;12-23.
296. Gobierno de Navarra. Estadística de datos básicos: Gobierno de Navarra. Departamento de Educación; 2014 [cited 2014/11/20]. Available from: <http://www.educacion.navarra.es/web/dpto/estadisticas/estadistica-de-datos-basicos>.
297. Gobierno de Navarra. Información estadística: Instituto de Estadística de Navarra; 2014 [cited 2014/11/20]. Available from: <http://www.navarra.es/appsext/gn.institutoestadistica.web/InformacionEstadistica.aspx?R=1&E=3>.
298. Escuela Andaluza de Salud Pública. "Validación del Cuestionario AQ-C8 creado para medir las percepciones sobre las personas con problemas de salud mental entre chicos y chicas [Informe interno no publicado, realizado en el marco de la Estrategia contra el Estigma "1decada4" de la Consejería de Salud y Políticas Sociales y la Junta de Andalucía]; 2011.
299. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea [On Line] Disponible en: <http://www.wma.net>. 2008.
300. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. BOE núm. 2007;159:28826-48.
301. Vaquero C, Cebollero M, Escudero MA, Ureña E, Saiz J. Proyecto innovación-acción sobre el estigma en jóvenes estudiantes de institutos de zona rural [comunicación oral]. Madrid: XVI World Congress Psychiatry; 14-18 Sept 2014.
302. O'Kearney R, Gibson M, Christensen H, Griffiths KM. Effects of a cognitive-behavioural internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: a school-based controlled trial. *Cogn Behav Ther*. 2006;35(1):43-54.
303. Rojas NL, Sherrit L, Harris S, Knight JR. The role of parental consent in adolescent substance use research. *J Adolesc Health*. 2008;42(2):192-7.
304. O'Kearney R, Kang K, Christensen H, Griffiths K. A controlled trial of a school-based Internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depress Anxiety*. 2009;26(1):65-72.
305. Reinke RR, Corrigan PW, Leonhard C, Lundin RK, Kubiak MA. Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *J Soc Clin Psychol*. 2004;23(3):377-89.
306. Penn DL, Guynan K, Daily T, Spaulding WD, Garbin CP, Sullivan M. Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? *Schizophr Bull*. 1994;20(3):567-78.
307. Michalak EE, Livingston JD, Maxwell V, Hole R, Hawke LD, Parikh SV. Using theatre to address mental illness stigma: a knowledge translation study in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord*. 2014;2:1.

308. Hawke LD, Michalak EE, Maxwell V, Parikh SV. Reducing stigma toward people with bipolar disorder: impact of a filmed theatrical intervention based on a personal narrative. *Int J Soc Psychiatry*. 2014;60(8):741-50.
309. Wahl O, Susin J, Lax A, Kaplan L, Zatina D. Knowledge and attitudes about mental illness: a survey of middle school students. *Psychiatr Serv*. 2012;63(7):649-54.
310. Rusch LC, Kanter JW, Angelone AF, Ridley RC. The impact of in our own voice on stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2008;11(4):373-89.
311. Barney LJ, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. *BMC Public Health*. 2009;9:61.
312. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(3):163-79.
313. Hawke LD, Parikh SV, Michalak EE. Stigma and bipolar disorder: a review of the literature. *J Affect Disord*. 2013;150(2):181-91.
314. Lazowski L, Koller M, Stuart H, Milev R. Stigma and discrimination in people suffering with a mood disorder: a cross-sectional study. *Depress Res Treat*. 2012;2012:724848.
315. Ellison N, Mason O, Scior K. Public beliefs about and attitudes towards bipolar disorder: testing theory based models of stigma. *J Affect Disord*. 2014;175C:116-23.
316. Durand-Zaleski I, Scott J, Rouillon F, Leboyer M. A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry*. 2012;12:128.
317. Ruiz MA, Montes JM, Correias Lauffer J, Alvarez C, Maurino J, de Dios Perrino C. Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5(2):98-106.
318. Wolkenstein L, Meyer TD. Attitudes of young people towards depression and mania. *Psychol Psychother*. 2008;81(Pt 1):15-31.
319. Watson AC, Miller FE, Lyons JS. Adolescent attitudes toward serious mental illness. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(11):769-72.
320. López Álvarez M, Fernández L, Laviana Cuetos M, Aparicio A, Perdiguero D, Rodríguez AM. Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla. Resultados generales del estudio "Salud mental: imágenes y realidades". *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2010;30(106):219-48.
321. Corrigan PW. *Beat the Stigma and Discrimination; Four lessons for mental health advocates*. Chicago: Center for Psychiatric Rehabilitation at Evanston Northwestern Healthcare and The Chicago Consortium for Stigma Research; 2004.
322. Angermeyer MC, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(9):526-34.

323. Dirección de Salud Mental. Memoria 2013 Red de Salud Mental de Navarra. Pamplona: Dirección de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud; 2014.
324. Meise U, Sulzenbacher H, Kemmler G, Schmid R, Rössler W, Gunther V. "...not dangerous, but nevertheless frightening". A program against stigmatization of schizophrenia in schools. *Psychiatr Prax.* 2000;27(7):340-6.
325. World Psychiatric Association. Compendium of Programmes Aiming to Reduce Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia or Mental Illness in General. Geneva: World Psychiatry Association; 2002.
326. Link BG. It is time to change our cultural context. Invited commentary on...Evaluation of England's Time to Change programme. *Br J Psychiatry Suppl.* 2013;55:s106-7.
327. Rusch N, Evans-Lacko S, Thornicroft G. What is a mental illness? Public views and their effects on attitudes and disclosure. *Aust N Z J Psychiatry.* 2012;46(7):641-50.
328. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry.* 2011;199(6):445-52.
329. Lauria-Horner BA, Kutcher S, Brooks SJ. The feasibility of a mental health curriculum in elementary school. *Can J Psychiatry.* 2004;49(3):208-11.

9. APÉNDICE 1. Un recorrido experiencial a través del programa anti-estigma

“Nicolás me ha pegado. Nicolás es tonto, malo y loco”, dijo Martina. Y así comenzó este proyecto. Si una niña de cinco años conseguía juntar en una sola frase gran parte de los estereotipos relativos a la enfermedad mental, era inevitable plantearse qué no hacemos el resto de la sociedad. Me pregunté qué pasaría si fuéramos a contarles a los jóvenes qué es eso de la enfermedad mental. Pensé que si ellos vieran lo que yo veía en la consulta, personas capaces, atrapadas en una etiqueta social, personas ante quienes a menudo me admiro, podríamos poner un granito de arena en la lucha contra la carga que el estigma supone para aquellos que padecen este tipo de trastornos. No pensé entonces en lo que podía suponer para mí como profesional, una experiencia única, que me ha descubierto aspectos no imaginados.

Mi primera sorpresa fue la reacción de los entonces pacientes cuando les planteé el programa. Digo entonces porque la palabra ni les sirve ni les gusta. No hubo reticencias ante la propuesta, rápidamente tuvimos un equipo. Escribiendo o hablando sobre su experiencia, casi todos coincidían en los mismos aspectos. Algunos cotidianos y sencillos como la sala de espera, que se refleja como un espacio incómodo donde la enfermedad del otro amenaza; dónde uno se resiste a identificarse con ese que también aguarda allí, formando parte del grupo de los enfermos, de los diferentes, grupo al que no se quiere pertenecer. Otros previsible como el simbólico papel de la medicación en la resistencia a la enfermedad. Sentimientos de vergüenza, rabia, tremendo el peso de la contención y del ingreso involuntario. De fondo, la frustración con el sistema sanitario, en su amplio espectro.

“Veía personas cuando salían de su habitación, como yo, después de estar atados, se te cae el alma. La primera vez que me pasó fue un golpe muy bajo, me deshizo como persona y me sentía un animal de cobaya”. G.J.

“Vergüenza. Eso es lo que siento al releer (...) lo que he escrito. Como si la falta hubiera sido mía o de mi madre. Ninguna de las dos hemos sido culpables ni responsables de nada. Sin embargo, me da vergüenza reconocer que hemos sido víctimas de esas cosas de la vida que no pudimos controlar (...)”. C.G.

“No sabes el esfuerzo que hago al salir contigo porque dicen que estás loco”. L.D.

El segundo impacto fue el primer encuentro entre S. y C. Se saludaron, se identificaron y comenzaron a hablar. Directo al grano: *“¿Tú qué tomas?”, “¿Y qué haces cuando te viene?”, “Pues a mí me va bien tirar del humor”, “Ah, ¿sí?, pues va a ser que tienes razón”.* Y ahí andaban los dos echándose unas risas acodados en la barra de un bar, cómplices y sin

vergüenza. C. lo llama el efecto “foro-coches”, donde te encuentras con el grupo de gente que se interesa por lo mismo que tú. Goffman lo llama identificarse con el igual. Yo sólo sé que pensé “*Tú aquí sobras*” y envidié no tener ese recetario de herramientas curativas, esa capacidad para transmitir que sabía desde la experiencia vital, no cognitiva, de qué estábamos hablando.

“No fue hasta que conocí a un igual al que podía admirar, Sergio, presentando su libro “Tengo trastorno bipolar” a los medios de comunicación, en presencia de su familia y sus amigos, elocuente, brillante y feliz, cuando sentí que la experiencia de la enfermedad mental enriquecía mi existencia -¡quién lo iba a decir!-. En ese momento, el encuentro con el igual, la magia de entendernos, de hablar el mismo idioma, se me ofreció como una bocanada de aire fresco”. C.G.

Primera reunión de equipo. Todos en el CSM. Mismo contexto pero diferente. Una sensación rara, preludio de lo que será después. Explicación metodológica, trabajamos sobre la presentación. Atentos, motivados, muy motivados. Este equipo tenía un proyecto, más allá del proyecto de investigación. Se notaba.

“El diseño de la intervención fue sorprendentemente fructífero. No sólo pudimos profundizar en la percepción del estigma, sino que pudimos tomar contacto con otros muchos aspectos y, en especial, con una dimensión que hasta entonces se nos había quedado semioculta: el auto-estigma”. C.G.

Grabar el video. Impactante. Acompañar a cada protagonista durante un día, con una cámara en ristre. Tan diferente la realidad de lo imaginado tras la mesa del despacho. Cosas importantes que desconocías, cosas que ayudan a curar. El perro de E., mirándola, escuchando. Los colores que rodean a C. La sala de fumar de S. Además, el efecto de sentirse rey por un día. Sales a la calle con una cámara tras de tí y te vuelves importante, muy importante. Da igual que entres a comprar litio en la farmacia. Te miran con admiración. Otra etiqueta, ¡qué poderosa ésta! Después las llamadas tras ver cada uno su video en la intimidad de la familia. Verte desde fuera, convertida tu historia en algo valioso y poético; ver tu vida en seis minutos, tu cotidianeidad hecha retrato, resulta terapéutico.

“Empecé a ver a mis seres queridos, que aparecían en el vídeo, como soportes que habían hecho que mi enfermedad no me hundiera mucho más que si ellos no hubieran formado parte de mi vida” C.G.

Hemos decidido impregnar al programa de su espíritu desde el principio, empoderar con ejemplo. C. acudirá a todas las sesiones con los alumnos y a las reuniones con orientadores y tutores. Se presenta como persona diagnosticada que va a trabajar en el programa. Miradas de desconcierto, un movimiento de cabeza, como de no he escuchado bien. Comienza la reunión,

nos repartimos el peso. C. sabe lo que se trae entre manos y transmite confianza. Siete reuniones, en todas ellas encontramos una amable resistencia de los interlocutores a considerar a C. una enferma, insistían en presentarnos ante los alumnos como dos psiquiatras o dos profesionales de la salud mental. No era rechazo. Era como si la realidad fuera tan increíble que no pudiera ser. Esta chica tan maja no es una loca, venían a decir.

“La sociedad no nos acepta y no quiere vernos como personas lúcidas” G.J.

Entramos en el aula, conocemos a los alumnos. El tema les interesaba, se notaba en que colaboraban desde el inicio. Primero risas. En la primera sesión bastante desconocimiento, confunden la enfermedad mental con cualquier cosa. Sin embargo tienen arraigados los tópicos. La violencia sale siempre. Mucho subtexto en las relaciones. Historias veladas, personales y familiares.

“En las primeras sesiones participaban mucho, y bien (...) percibí, no sin irritación y enfado, situaciones de acoso escolar a las que, sobre todo al principio, respondí de manera visceral (...). Los chicos eran bastante receptivos, mostraban interés y permeabilidad hacia lo que les exponíamos. Sentía que era fácil hablar ante ellos aunque a veces estaban claramente con cara de póker, probablemente disimulando las emociones que fluían en su interior, quizás en un intento de protegerse de sus propias realidades “. C.G.

Segunda sesión. Proyectamos el video. Codazos, “Es ella”, “Anda ya”, “Que sí”, “Que no, que es una actriz”. Termina, silencio. No podía ser. O sí. En algunas clases rompen a aplaudir. Empieza la “charla”. Impresiona el poder de la palabra: ver a estas personas, que supuestamente conocía bien, desde una perspectiva que las ensalza, a ellas y a su capacidad, por delante del diagnóstico. También sorprenden la potencia terapéutica del proceso, el poder de la palabra y de la exposición en público, no desde la enfermedad sino desde la experiencia vital. La imagen de G. hablando ante casi una treintena de estudiantes, desgranando sus ideas, me impacta. Después de seis años de conocerle, de tratar con él, allí estaba, diciendo cosas desconocidas de una manera distinta.

“En la primera sesión debíamos identificarnos sólo con nuestros nombres. Eso fue algo que dio un giro inesperado a las intervenciones, pues después de haber estado presente en la primera sesión, en la segunda, tras la emisión del vídeo donde se explicaba que yo estaba diagnosticada de trastorno bipolar, las reacciones de sorpresa –y de vergüenza: ¡habían dicho cosas que no se hubieran atrevido a decir a alguien que tenía una enfermedad mental a la cara! – eran evidentes. (...) Debo reconocer que el hecho de que no hubieran reconocido en mí a una persona con enfermedad mental me hacía sentir halagada. Sentía que era importante que no se me notara. (...) Me gustaría poner especial énfasis en el poder de hablar en público a una audiencia atenta (...). El entusiasmo era evidente: mis vivencias, mis problemas,

mis fracasos, cobraban un gran valor. Cuando nos pidieron ayuda, una vez cuatro alumnos en una misma clase, me sentí muy valorada y útil. Estaba empoderándome". C.G.

Durante tres meses estuvimos sometidos a un horario anárquico, adaptado al de los institutos, difícil de encajar con cualquier actividad laboral. Cada miembro del equipo tenía un cronograma. No se le recordaba a nadie su tarea. Sólo un día empezamos tarde. Fue mi culpa, me perdí.

Pasábamos dos semanas acudiendo prácticamente todos los días al mismo instituto. Los adolescentes nos esperan, nos llaman por los pasillos, se acercan a las aulas, “¿Cuándo nos toca?”, “¿Se puede repetir?”, “Hemos hablado con el profe para que nos deje otra hora más”. Participan, les cuesta callarse, hablar por turnos, se lanzan pullas. Pero preguntan, preguntan sin parar. Directamente. Parece gustarle el que un adulto les hable de sus limitaciones, de sus dificultades. Cuando terminan las sesiones les dejamos una dirección de correo electrónico. Se reciben mensajes. Otros piden hablar con nosotros allí mismo. Bueno, con ellos, porque hay cola y me ofrezco pero me dicen que no. Ya sé, yo soy una profesional. Potencial, mucho potencial.

“Ahora me he dado cuenta de que cualquier enfermedad es mejor contárselo a gente que te pueda apoyar”. “Que se haga todos los años y más horas, fue genial”. “Lo mejor fue la charla del segundo día, me hizo emocionarme”. “Me parece que ha sido muy interesante y que nos habéis dado una buenísima oportunidad para aprender a no juzgar a las personas y para un montón de cosas”. “Seguid yendo por otros institutos enseñando esto, sirve mucho”. (Estudiantes anónimos).

A lo largo del tiempo la narrativa va cambiando, el discurso se hace más maduro. Deja de ser algo personal para convertirse en un objetivo externo. Coge peso la responsabilidad docente, el gusto por enseñar y transmitir. No obstante, ha resultado también terapéutico para los protagonistas, que ven sus vivencias validadas.

“Ese doble rol, profesional y testimonial, tiene mucha miga. Por una parte, los aspectos profesionales: yo ejercía un trabajo remunerado, por cuya labor debía dar la talla a la parte contratante. Adaptar mis conocimientos y experiencias a los requerimientos de la misma, aceptar sus limitaciones y reconocer las mías, lidiar con las particularidades del público –que eran muchas y cambiantes-, improvisar.

Entre las sesiones iniciales y las que hicimos al final del estudio pude observar que había un cambio en la manera de presentar nuestra experiencia de una manera muy notable. En mi caso particular, al inicio del programa mi necesidad de desahogo era inevitable. Pude expresar toda la rabia e impotencia que había sentido junto a los síntomas de mi enfermedad, al saber el diagnóstico y el pronóstico y al intentar explicarlo a mi entorno más inmediato y no recibir respuestas positivas. Poco a poco, al repetir una y otra

vez las mismas cosas empecé a acordarme de otras no tan negativas, algunas de ellas muy positivas (...). La catarsis dejó paso a la reflexión, a la elaboración de un discurso más profundo y más rico, libre de lastres". C.G.

También la relación entre nosotros ha cambiado. Primero había tenido que enfrentarme con la imagen que como usuarios reflejaban de los servicios sanitarios. Escuché mucha rabia, no sólo contra la enfermedad sino también contra los profesionales, nuestras prácticas supuestamente terapéuticas, sobre el día a día del CSM. Una imagen casi más cercana a la de enemigos que a la de compañeros que juegan en el mismo equipo. Al médico se le ocultan cosas, cosas importantes que sí se dicen entre iguales. Risas en el café, “¿Cómo quieres que te contase eso?”, “Claro mujer, eso al psiquiatra no se le dice”. Pero también ven que no pasa nada y, poco a poco, se diluye esa frontera entre dos grupos diferentes. Lo aprecio en las bromas, en que ahora a mí también me toman el pelo. No es fácil pasar por el proceso, a menudo con la sensación de que va contra lo que como profesional tengo integrado, un rol del que no era plenamente consciente. Te cuestionan los planteamientos sobre los que has aprendido. Sorpresa al constatar que estamos tirando en distintas direcciones. Una especie de deconstrucción necesaria. Pero si se sale de ese “ellos contra nosotros”, “nosotros y ellos”, hay un punto común. Y al llegar ahí, empieza el cambio.

Estamos terminando las intervenciones cuando un estudiante plantea una situación más que delicada. Quieren hacerlo cada uno a su modo, se han empoderado, es a ellos a quienes los adolescentes hablan. Surge de nuevo el “ellos frente a nosotros”. Hasta entonces había sido el representar a un gremio, ahora tocaba confrontarme con mis propias limitaciones. Me encontré personalmente cuestionada y perdida. Tuve que afrontar mis propios prejuicios para conmigo y para con la enfermedad, sentí miedo de mi ignorancia, de no tener respuestas, de no saber curar. Al final entendí por qué resulta más fácil seguir estando en otra dimensión. Por momentos eché de menos la distancia de la mesa y el poder de la bata. Es más fácil cuando el paciente es eso, un enfermo que se pone en mis manos, confiando en ser curado. Pero si me cuestiona, si este paciente no lo es tanto y me sale sabiondo, mi naturaleza humana se revuelve, me defiende en mi inseguridad. Al final, como en todo grupo de trabajo, se habla, se discute y se resuelve limpiamente la situación. Hemos madurado.

“Nos pidieron ayuda, y en ese momento nos crecimos. Ahí no había ningún problema. Les planteamos unas sesiones en las que acudiríamos junto a la psiquiatra, pues ellos habían pedido expresamente hablar con nosotros. Nos contaban cosas que no habían podido contar a nadie, incluso olvidaban que ella era psiquiatra, pues decían que no querían hablar ni con psiquiatras ni con psicólogos (...) Más adelante, otros alumnos nos pidieron ayuda. Y ahí empezó mi crisis. Quizá me había crecido demasiado

y la balanza estaba ahora otra vez desequilibrada, ahora hacia el lado contrario, quizá me había empoderado demasiado, si puede ocurrir algo así. Empecé a desconfiar de la psiquiatra, de sus capacidades de reacción y de sus habilidades como terapeuta. ¡Dejadme a mí, que yo sé! -, quería gritarles. Sentí que el equipo necesitaba formación urgente si queríamos continuar con esto, pues veía que lo que sabían se quedaba corto. Estaba proyectando mis propias inseguridades, mis miedos y mis carencias.

A la vez, la propia dinámica del proyecto nos hizo contactar con otros sectores de la sociedad no tan receptivos a la ayuda del igual, algo que funciona en otros países y que aquí levanta cejas de asombro e incredulidad. Me vi en conversaciones donde no se dirigían a mí porque yo ahí no era la que tenía ni voz ni voto, no era la que tomaba decisiones, no era la persona importante. Y me sentí aún más vulnerable.

Quise esconderme, desaparecer, volver atrás en el tiempo y decirle que no quería colaborar con ella en ningún trabajo para estudiar el estigma. Que nadie supiera que estaba enferma. Que me encontrara con alumnos o profesores por la calle y que no me conocieran porque había estado en su instituto dando unas charlas de salud mental. Quería centrarme en mi profesión – también en crisis-, en mi familia. Volver a ser la de antes, si no la de antes de la enfermedad, la de antes de contárselo a todo el mundo. Además, irónicamente, me sentía curada. Después de tanta catarsis y limpieza había llegado a un nuevo estado con el que ya no sentía necesario lo que ahora consideraba un exhibicionismo insano (...).

Como explicaba al principio, yo me debía a un acuerdo profesional. Aún quedaban los grupos de control, a los que íbamos a darles las primeras y segundas sesiones a final de curso, cuando volvíamos a pasar los cuestionarios a los grupos de estudio. Ahí tenía que ir por obligación, así que, una vez abandonadas todas las expectativas que tenía al principio del proyecto, me entregué al trabajo sin más. Ya no quería cambiar el mundo, ya no quería profundizar en mí misma, ni crecer como persona, ni aprender: quería seguir adelante en mi vida. Entonces, algo pareció iluminarse de un modo distinto. (...) Por otro lado, todos ya sabían que tenía trastorno bipolar. Sin embargo, parecían seguir actuando de la misma manera que antes. Los simpáticos seguían siendo simpáticos, los distantes, distantes, etc. Empecé a ver que mi visión era lo que distorsionaba nuestra relación, no mi diagnóstico. Estaba tomando conciencia del auto-estigma. Liberarme de querer cambiar el mundo, de resultar socialmente aceptada, de ser esa niña perfecta a los ojos de un mundo que sólo me veía imperfecta, de ser esa paciente de psiquiatría impecable (¡!) me hizo sentir muchísimo más libre". C.G.

Terminan las rondas por los institutos y llega la primavera. Y las crisis. Alguien enferma. Me da terror. Con lo que ahora sé, con lo que conozco de sus vivencias, cómo pensar en un ingreso. Pero no queda más remedio. Y qué diferente es a los anteriores. Al alta recibo un fuerte abrazo, cómplice. G se marcha del equipo. Pero sigue con nosotros. Ha tomado un rumbo y su experiencia ante medio millar de adolescentes que le han escuchado ha sido decisiva. Tal vez las cosas no hayan resultado como el equipo terapéutico pensábamos que debían ser, pero he

aprendido que hablar del empoderamiento acarrea implicaciones terapéuticas importantes. Orienta hacia un modelo de recuperación funcional y hacia una forma de tratar, a escuchar lo que realmente quiere el interesado, a usar sus armas, no las mías. He aprendido que es preferible dejar de centrarse en la enfermedad y en sus limitaciones para reforzar lo que sí que se puede hacer, el desarrollo de las propias capacidades como herramientas de curación. Trabajar en positivo. Esto da esperanza. Y la esperanza es un motor. Como profesional puedo usar mi posición de técnico para ayudar a entender esto. Cuando alguien llega a consulta, asustado con su etiqueta, con el tener que aceptar el nuevo rol de la sociedad, temiendo que le llamen loco y le impidan trabajar, que cuestionen su capacidad de ser padre, puedo ayudarle a entender que el poder sigue teniéndolo él, que no es un sujeto pasivo al que le van a llover consejos, mandatos, medicamentos y un sinfín de desgracias. Ayudarle a entenderlo dando yo ejemplo.

“¿Soy una valiente por haberme expuesto como lo he hecho? ¿Una temeraria inconsciente? ¿O una exhibicionista, quizá? Sea lo que sea, he aprendido algo: hay cosas que son más grandes que nosotros y que no podemos entender racionalmente. En relación con todo lo vivido siempre se ha mantenido una sensación en mí, a veces más latente y otras más en la superficie: hay mucha labor por hacer y esto tiene mucho recorrido. Sin yo haber conocido a ninguna persona que ejerza de peer support ni haber leído casi nada del tema –lo confieso-, he ido desarrollando algunas ideas que creo nos podrían ayudar a sistematizar de alguna forma lo que ya hemos recorrido. La figura del peer sería, entre otras cosas, la de puente entre la fuente terapéutica y académica por excelencia -la autoridad médica- y el resto de seres terrenales, ya sean diagnosticados o familiares de los mismos. Una especie de traductor-intérprete que facilite la comprensión mutua y la asimilación de lo que nos ocurre y nos ocurrirá para llegar a ser tratados en las unidades de psiquiatría.

Me atrevo a llamar claves terapéuticas del proceso a aquellos aspectos de lo que creamos y desarrollamos, a veces con más intuición que conciencia científica, que favorecieron de una manera genuina mi transformación y crecimiento:

- *El doble rol profesional / testimonial.*
- *El factor sorpresa entre la primera y la segunda sesión.*
- *Que fuera un trabajo remunerado, con unos objetivos y requerimientos concretos.*
- *Que fuera una labor cotidiana con una cadencia estructurada que requería de una dedicación y una responsabilidad –horarios, etc.*
- *Que viera el vídeo en el que aparecíamos mi familia y yo, así como los otros compañeros del proyecto, tantas veces como los alumnos.*
- *Superar la catarsis y profundizar por el hecho de repetir las segundas sesiones de testimonio.*
- *El poder de hablar en público.*
- *El trabajo en equipo.*
- *El contacto con el igual: el peer support.” C.G.*

Terminado el estudio vamos a realizar el programa con los controles. Han pasado seis meses. Nos reciben los profesores, contentos. “No sé qué les disteis pero les gustó”. Nos reciben los alumnos, se acuerdan. Vienen a saludar y nos piden más. Un estudiante del grupo control resulta ser hijo de una compañera de trabajo de C. A los pocos días ella se acerca a preguntarle qué tal está. “Mi hijo me ha dicho que te gusta que te pregunten, que no se ignore esa parte de tu vida”. En la piscina me aborda una chica “ya no fumo tantos porros, que lo sepas”. Una familia nos escribe a través del instituto. Funciona, nos funciona a todos.

“Me parece una idea muy buena que la sociedad tome conciencia de las enfermedades mentales. Estoy segura que por falta de información, no tienen buena prensa y que vosotros dediquéis vuestro tiempo y vuestro esfuerzo a esta labor me parece de aplaudir. En mi caso particular, la persona que disfrutó de vuestras dos sesiones fue mi hijo A. No os podéis imaginar el bien que le habéis hecho explicándole en persona y mediante el vídeo el tema del “trastorno bipolar”, ya que su hermano mayor I. lo padece, y para todos ha sido muy complicado entender que es lo que pasaba, ¿por qué actúa así?. Ayer cuando llegué a casa, A. me estaba esperando para contarme todo lo que les explicasteis. Me decía “es que es igual que I., hacen lo mismo”. Y veros personalmente le sirvió de mucha ayuda. Yo por mi parte intenté en su día explicarle la situación, pero que lo pudiera ver en otras personas y que éstas le contaran su experiencia personal y sus vivencias fue genial. Me contó como uno de vosotros, Sergio, no pudo acudir. Supongo que será Sergio Saldaña, con quien tuve la oportunidad de hablar en un par de ocasiones. Le enseñé su libro y me dijo “sí, sí, ese es”. Bueno ese libro lleva en mi casa ya tiempo, pues ayer a la noche se lo llevó a la cama y se puso a leerlo. Estoy realmente alucinada de lo que habéis conseguido con él, y espero que con el resto de la clase” (Madre de participante).

Pasa el verano. Nos invitan a participar en un Foro Abierto organizado por el Foro de Salud Mental, una presentación del programa al público general. Decidimos hacerlo. Cuatro días antes del acto nos llama un periódico regional, quieren hacer una entrevista para publicar el lunes una breve nota informando del evento. Viernes por la tarde, charla en el parque con la periodista y el fotógrafo. El sábado nos despierta con la contraportada del periódico dedicada al proyecto. ¿Y esto? Nadie sabe qué ha pasado. Alguien ha leído la entrevista y decide publicarla entera, hoy el periódico habla de la enfermedad mental en positivo. Descubro el poder de la prensa. No es un mito, no. Mensajes, llamadas, conocidos que sólo ahora se dan por enterados de lo que estamos haciendo. No puede ser, pero es verdad. Hasta hay quien empieza a saludarte, me muero de la risa. Aquí nos vemos, poniendo la locura de actualidad. Va a ser verdad lo que dice la WPA. Local, local, orientación local, que llega. Martes por la mañana. Llaman del auditorio dónde se celebrará el acto, que están recibiendo muchas solicitudes, que se va a llenar, que si ponen sillas en el escenario. Quiero huir. Acuden 249 personas que dejan un gran sabor de boca y una altísima valoración en las encuestas. El

sábado siguiente el segundo periódico dedica un reportaje en las páginas centrales. Nadie se lo pidió.

“Me ha gustado mucho”. “Ha sido muy natural e interesante, ojalá hubiera más personas que hablasen de esa manera para quitar muchos prejuicios que hay en la sociedad”. “Muy buena charla, deberían hacerse más seguidas ya que es importante que todos podamos conocer y ayudar con estas enfermedades para lograr una sociedad mejor”. “Haced más actividades de este tipo, ayuda”. (Anónimos asistentes al Foro Abierto).

Y todo pasa, como la moda. Pero ahí queda, en nuestro recuerdo y en una visión rápida de lo que puede llegar a ser. Gracias a todos los que lo habéis hecho posible.

Pamplona, Abril 2015

Lorena de Simón, en colaboración con Cristina García-Aguayo.

10. TABLAS

Tabla 1. Perfil sociodemográfico del grupo de repetidores frente al de no repetidores.....	146
Tabla 2. Distribución según la nacionalidad	147
Tabla 3. Distribución según centro educativo, modelo lingüístico y programa de diversificación curricular.....	147
Tabla 4. Análisis comparativo de variables sociodemográficas entre grupos de casos y control	148
Tabla 5. Puntuación media de las variables dependientes por grupo y momento de evaluación	151
Tabla 6. Análisis comparativo por grupo de las puntuaciones basales en variables dependientes	152
Tabla 7. Análisis del efecto inmediato de la intervención en el grupo de casos.....	153
Tabla 8. Análisis del efecto a los seis meses de la intervención en el grupo de casos.....	154
Tabla 9. Medida del cambio del efecto de la intervención longitudinalmente.....	155
Tabla 10. Análisis de las diferencias longitudinales para el grupo control	162
Tabla 11. Regresión lineal para el ítem 1 en T0 por Contacto Previo y Género	165
Tabla 12. Regresión lineal para el ítem 2 en T0 para Contacto Previo y Género	165
Tabla 13. Regresión lineal para el ítem 3 en T0 por Contacto Previo y Género	165
Tabla 14. Regresión lineal para el ítem 4 en T0 por Contacto Previo y Género	166
Tabla 15. Regresión lineal para el ítem 5 en T0 por Contacto Previo y Género	166
Tabla 16. Regresión lineal para el ítem 6 en T0 por Contacto Previo y Género	166
Tabla 17. Regresión lineal para el ítem 7 en T0 por Contacto Previo y Género	166
Tabla 18. Regresión lineal para el ítem 8 en T0 por Contacto Previo y Género	167
Tabla 19. Regresión lineal para la Puntuación Total en T0 por Contacto Previo y Género.....	167
Tabla 20. Regresión lineal para el ítem 1 en T1 por Contacto Previo y Género	168
Tabla 21. Regresión lineal para el ítem 2 en T1 por Contacto Previo y Género	168
Tabla 22. Regresión lineal para el ítem 3 en T1 por Contacto Previo y Género	168

Tabla 23. Regresión lineal para el ítem 4 en T1 por Contacto Previo y Género	169
Tabla 24. Regresión lineal para el ítem 5 en T1 por Contacto Previo y Género	169
Tabla 25. Regresión lineal para el ítem 6 en T1 por Contacto Previo y Género	169
Tabla 26. Regresión lineal para el ítem 7 en T1 por Contacto Previo y Género	169
Tabla 27. Regresión lineal para el ítem 8 en T1 por Contacto Previo y Género	170
Tabla 28. Regresión lineal para la Puntuación Total en T1 por Contacto Previo y Género.....	170
Tabla 29. Regresión lineal para el ítem 1 en T2 por Contacto Previo y Género	171
Tabla 30. Regresión lineal para el ítem 2 en T2 por Contacto Previo y Género	171
Tabla 31. Regresión lineal para el ítem 3 en T2 por Contacto Previo y Género	171
Tabla 32. Regresión lineal para el ítem 4 en T2 por Contacto Previo y Género	172
Tabla 33. Regresión lineal para el ítem 5 en T2 por Contacto Previo y Género	172
Tabla 34. Regresión lineal para el ítem 6 en T2 por Contacto Previo y Género	172
Tabla 35. Regresión lineal para el ítem 7 en T2 por Contacto Previo y Género	172
Tabla 36. Regresión lineal para el ítem 8 en T2 por Contacto Previo y Género	173
Tabla 37. Regresión lineal para la Puntuación Total en T2 por Contacto Previo y Género.....	173
Tabla 38. Resultados de la encuesta de satisfacción.....	174

11. GRÁFICOS Y FIGURAS

11.1. GRÁFICOS

Gráfico 1. Análisis evolutivo de la puntuación total.....	156
Gráfico 2. Análisis evolutivo de la variable Pena	156
Gráfico 3. Análisis evolutivo de la variable Peligrosidad.....	157
Gráfico 4. Análisis evolutivo de la variable Miedo.....	157
Gráfico 5. Análisis evolutivo de la variable Culpa	158
Gráfico 6. Análisis evolutivo de la variable Segregación	159
Gráfico 7. Análisis evolutivo de la variable Ira	159
Gráfico 8. Análisis evolutivo de la variable Ayuda	160
Gráfico 9. Análisis evolutivo de la variable Evitación.....	161
Gráfico 10. Análisis evolutivo de los ítems 1, 5 y 7 en el grupo control	162
Gráfico 11. Análisis evolutivo de los ítems 2, 3, 4, 6 y 8 en el grupo control.....	163
Gráfico 12. Análisis evolutivo de la puntuación total.....	163

11.2. FIGURAS

Figura 1. Imagen de la representación gráfica del instrumento de evaluación	150
---	-----

12. ANEXOS

Anexo 1. Fidelity checklist

Fecha:	Centro:	Grupo:	Evaluador: L. de Simón
X si observado	COMPONENTES GENERALES		COMP. ESPECÍFICOS
	PRESENTACIÓN		Presentación+...
	Nombre del programa y de ponentes		
	Objetivos de la sesión		
	Objetivos personales		
=x/3	TOTAL		
	EVALUACIÓN		EVALUACIÓN+...
	Explicar necesidad medida pre-post		
	Obtención permiso participantes		
	Administración pre-test antes inicio prog		
=x/3	RATIO		
	HISTORIA PONENTE 1		Hª PONENTE 1+...
	Historia negativa		
	Historia positiva		
	Historia de esperanza		
	Historia de recuperación		
	Historia de tratamientos eficaces		
=x/5	RATIO		
	HISTORIA PONENTE 2		Hª PONENTE 2+...
	Historia negativa		
	Historia positiva		
	Historia de esperanza		
	Historia de recuperación		
	Historia de tratamientos eficaces		
=x/5	RATIO		=x/?
	DEBATE		DEBATE+...
	Potenciar la intervención de los participantes		
	Hacer preguntas para estimular participación		
	Responder cuestiones de los participantes		
	Ejemplificar con experiencias personales		
=x/4	RATIO		=x/?
	SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO+...
	Uso de ficha de monitorización del programa		
	Información a los participantes del lugar/fecha de próxima sesión		
	Programación del seguimiento		
=x/3	RATIO		=x/?
	CONCLUSIONES		CONCLUSIONES+...
=x/1	Resumir puntos clave del programa		
	POST-TEST		POST-TEST+...
=x/1	Realizar post-test		

Anexo 2. Ficha de fidelidad al t3pico

Fecha:		Centro:	
Grupo:		Evaluador: L. de Sim3n	
Ponente 1:			
Peligrosidad	Miedo	Discriminaci3n	
Imprevisibilidad	Enfado	Coerci3n	
Incompetencia	Pena	Evitaci3n	
Inmadurez	Disgusto	Recuperaci3n	
Culpa		Empoderamiento	
Ponente 2:			
Peligrosidad	Miedo	Discriminaci3n	
Imprevisibilidad	Enfado	Coerci3n	
Incompetencia	Pena	Evitaci3n	
Inmadurez	Disgusto	Recuperaci3n	
Culpa		Empoderamiento	

Anexo 3. Manual de Actividades para la Primera Sesión

Este manual comprende las fichas de las actividades que serán desarrolladas en la primera sesión del “Programa de Sensibilización frente al Estigma”.

Actividad 1. Presentación

- Objetivo: Presentación, primera toma de contacto con el grupo, creación de un ambiente distendido en el aula
- Metodología: grupal y participativa
- Material: Ninguno
- Descripción: Se introduce el programa que se va a desarrollar durante las dos próximas sesiones con una breve explicación. Cada miembro del equipo presentará a su compañero. Después se les pide a los participantes que se presenten ellos de la misma manera, esto es, cada uno presentará al compañero de al lado
- Evaluación: A través de la observación.
- Temporización: 3 minutos

Notas para el equipo: Al plantear la presentación de esta manera se facilita el contacto visual entre los participantes, es preciso inhibir la respuesta automática de decir el nombre propio y se genera un ambiente más distendido en el aula. Al mismo tiempo puede ofrecer alguna información sobre el grupo.

Actividad 2. Las enfermedades que conoces

- Objetivo: Introducir el concepto de enfermedad, reflexionar sobre la enfermedad mental y su relación con la enfermedad física, conocer con el alumnado el concepto de salud mental a través del análisis grupal
- Metodología: grupal y participativa
- Material: Pizarra, tizas
- Descripción: Se plantea como una tormenta de ideas. Se les pide que digan cuantos nombres de enfermedades conozcan. Los dos miembros del equipo las escriben en la pizarra. Después de escritas, se verá cuáles de ellas son enfermedades mentales. Se abre un diálogo sobre tópicos relativos a las enfermedades, a las diferencias entre los distintos tipos, a cómo se siente uno cuando está enfermo y cómo le gusta ser tratado. Se abordan los conceptos que tiene el alumnado a propósito de la enfermedad mental buscando paralelismos y diferencias entre las enfermedades físicas y las mentales

- **Evaluación:** A través de las respuestas del alumnado. Recapitulación al finalizar la actividad
- **Temporización:** 15 minutos

Notas para el equipo: La mayoría de las enfermedades enumeradas puede que sean físicas, lo que permitirá plantear el por qué existe dificultad para hablar de las enfermedades mentales. De las que identifican como mentales aparecerán enfermedades que no lo sean, generalmente de carácter neurológico, degenerativas y el retraso mental. En el debate surgirán los diferentes tópicos asociados a la enfermedad mental (peligrosidad, contagio, culpa, imprevisibilidad, etc.) que van a ser trabajados en grupo en la siguiente actividad. Surgirán también dudas en relación a la definición y concepto de las enfermedades mentales, lo que dará pie a explicar la naturaleza de las mismas como introducción a lo que se tratará en la segunda sesión (contacto directo). Se introduce también la idea de cómo es tratado el enfermo, las diferencias entre el físico y el mental y la potencia nociva de la discriminación, pie de la cuarta actividad (Ponte en mi lugar).

Actividad 3. ¿Qué opinas?

- **Objetivo:** Afianzar con el alumnado una definición y un conocimiento objetivo de la salud mental, a través de su experiencia y del debate de las respuestas grupales
- **Metodología:** grupal y participativa
- **Material:** Pizarra, papel y lápiz, fichas plastificadas* (Ficha al final del manual)
- **Descripción:** Se organizan grupos de cuatro o cinco alumnos. A cada grupo se le entrega un set de fichas de un color. Cada ficha representa a una figura humana que porta una etiqueta con su correspondiente leyenda. Los alumnos discuten entre ellos su opinión sobre el contenido de la etiqueta. Se entrega una hoja de papel en la que figuran dos recuadros conteniendo cada uno de ellos una leyenda (Totalmente De Acuerdo y Totalmente). Están unidos por una línea de puntos. EL grupo debe decidir en qué lugar del continuo sitúa cada muñeco. Se coloca en la pizarra el mismo esquema y cada grupo coloca su set de muñecos. La pizarra se llena de figuras de colores y al hacer el recuento se evidencia la disparidad de opiniones a propósito de cada afirmación.
- **Evaluación:** Por observación y a través de la discusión en la recapitulación final
- **Temporización:** 15 minutos

Notas para el equipo: Las cuestiones más significativas se registrarán para ser abordadas en la segunda sesión (de contacto directo) desde la experiencia de los expertos. La discusión y puesta en común entre los alumnos puede ayudar para ir introducir el concepto de la fuerza del

grupo, la sinergia del esfuerzo común y la importancia del mismo en el trato con el enfermo así como la importancia del grupo como soporte del igual. Tras plantearlas en común, se debaten las respuestas siguiendo la siguiente guía.

Actividad 4. Ponte en mi lugar

- Objetivo: Profundizar con el alumnado en la percepción de la salud mental a través de la empatía. Cuestionar la percepción propia, debatir el concepto de lo subjetivo.
- Metodología: grupal y participativa
- Material: Siete cartulinas para ser colocadas en la cabeza de los participantes, sobre las que se pega una etiqueta.
- Descripción: Siete voluntarios se sientan en grupo, en medio de la clase. A cada uno de ellos se le coloca en la cabeza una etiqueta en la frente de manera que puedan leer la de los demás pero no la propia. Se les pide que discutan sobre un tema prefijado. En la discusión hay que comportarse con el resto conforme a lo que diga la etiqueta.
- Dos de las etiquetas contienen la leyenda *Dame la razón*, cuatro de ellas *Quítame la razón* y la última *Ignórame*.
- Evaluación: A partir de lo observado por el resto de la clase y de lo vivenciado por los voluntarios.
- Temporización: 15 minutos

Notas para el equipo: Presumiblemente la persona portadora de la etiqueta *Ignórame* dejará de participar pronto en la discusión dado que el resto del grupo ni escucha ni tiene en cuenta sus argumentos. Analizaremos cómo se ha sentido esa persona. También la percepción que el grupo ha tenido de su comportamiento. Profundizaremos en lo que han experimentado el resto de los participantes y en las diferencias entre ser apoyado incondicionalmente, ser ignorado y ser escuchado aunque contrariado. Cómo nos tratamos, en función de cómo somos o de las etiquetas que portamos. Papel del etiquetado y etiquetador. Qué hay detrás de cada uno de ellos. Enlazamos el malestar de esa persona con el que puede sentir quien sufre rechazo por padecer una enfermedad mental. Podemos engarzarlo con la idea de que las personas pueden sufrir más por el rechazo que provoca su situación que por la situación en sí y reflexionar sobre de qué manera puede cada uno cambiar eso.

Actividad 5. Di cosas positivas

- Objetivo: Reflexionar sobre los estilos relacionales, la dificultad de decirnos cosas positivas frente a la facilidad para hablarnos en negativo. Cierre de la sesión,

- Metodología: grupal y participativa
- Material: Ninguno
- Descripción: Cada participante dirá dos actitudes por parte de sus compañeros que le hayan gustado, interesado o provocado una emoción positiva.
- Evaluación: A partir de la observación.
- Temporización: 5 minutos

Notas para el equipo: Podemos reflexionar sobre por qué nos resulta más complicado decir cosas positivas unos de otros mientras que nos resulta sencillo emitir verbalizaciones negativas. Trasladar la misma reflexión a cómo nos tratamos a nosotros mismos.

***Ficha de la Actividad 3 ¿Qué opinas? (1ª sesión)**

Se presentarán al alumnado las siguientes preguntas, que se responderán de forma dicotómica: verdadero/falso

1. La mayoría de la gente que tiene un problema de enfermedad mental acaba internada en un hospital

Falso. Muy pocas de estas personas requieren de tratamiento hospitalario. La investigación muestra que de cada 1000 personas, 250 experimentarán lo que se describen como síntomas psiquiátricos. De éstas, tan sólo 17 son derivadas a consultas especializadas y sólo 6 necesitan ser ingresadas.

2. Sólo cierto tipo de personas desarrollan problemas de salud mental

Falso. En el transcurso de la vida, 1 de cada 4 personas puede sufrir un trastorno mental. Muchos de estos problemas son leves y temporales y a menudo están relacionados con circunstancias vitales (por ejemplo en personas jóvenes en relación a lo que ocurre con la familia, en la escuela, etc.). Estos problemas se pueden sobrellevar con ayuda de amistades, familias, profesorado y acaban pasando conforme se encuentran soluciones. Sin embargo otros son más serios y pueden provocar que la gente esté especialmente enfadada, ansiosa, asustada, que se sientan sobrepasadas, discriminadas, aisladas.

3. No te puedes recuperar de una enfermedad mental

Falso. La mayoría de las personas que tienen experiencia de un problema de salud mental, con ayuda, obtiene una completa recuperación. Incluso personas con un diagnóstico a largo plazo, como trastorno bipolar o esquizofrenia, obtienen una recuperación y/o mejoría.

4. Se puede saber quien padece un trastorno mental nada más mirarlo a la cara

Falso. No se puede ver un problema mental. A menudo, la gente joven confunde discapacidad física con los problemas mentales. Es necesario dejar claro que no son la misma cosa.

Posible tema de discusión: ¿Cómo es el retrato que hacen en TV o en el cine de la gente con problemas de salud mental? ¿Es de ahí de dónde nos vienen las ideas erróneas?

5. No me importa que alguien con una enfermedad mental no esté internado en un hospital, siempre que no viva cerca de mi casa

Falso. Debatir acerca de por qué las personas tienen miedo o recelo hacia las personas que padecen una enfermedad mental. ¿Nos nace de las ideas erróneas que existen sobre ella? El estereotipo de la violencia, de la no recuperación, de la dificultad para controlar el estado de ánimo, la falta de tolerancia al estrés, etc.

Uno de los estereotipos más extendidos es la violencia que acompaña a la enfermedad mental. No es cierto. La investigación nos dice que existe incluso más población violenta entre la considerada normal que entre la población con enfermedad mental.

6. Si creyera que puedo tener algún problema de salud mental, sería bueno que hablara con alguien

Verdadero. Aconsejable. El apoyo es un factor positivo de prevención y que promueve la recuperación y el acceso a la atención especializada. De hecho, uno de los mayores problemas que encuentran las personas que padecen una enfermedad mental es uno poder hablar con las personas que la rodean, debido al miedo social que existe alrededor de la enfermedad mental.

7. Me daría vergüenza contar que yo o alguien de mi familia tiene enfermedad mental

Falso. Puede ser la última afirmación a debatir una vez se ha hablado de los estereotipos, falsas creencias, la distancia social, etc.

Anexo 4. Video

<https://www.youtube.com/watch?v=OgcDvmGynRY>

Se adjunta video en soporte digital

Anexo 5. Hoja de Recogida de Datos

RECOGIDA DE DATOS
PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE SALUD MENTAL EN LAS AULAS
<p>Fecha de evaluación: /..... /.....</p>
<p>CÓDIGO DE APAREAMIENTO:</p> <p>Este cuestionario se rellena de forma anónima. Con el fin de poder guardar los datos, has de identificarte con un código. Tu código se hace a partir de las iniciales de tu nombre (sólo el primero si es compuesto) y tus dos apellidos seguido del día en el que naciste (sin mes ni año)</p> <p>Por ejemplo: Xabier Ortiz Méndez, día de nacimiento 07 = Código XOM07</p>
<p>CENTRO ESTUDIOS: IES</p> <p>GRUPO:</p> <p>DIVERSIFICACIÓN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>MODELO LINGÜÍSTICO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Castellano 2. Euskera <p>FECHA DE NACIMIENTO: /...../.....</p> <p>GÉNERO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Varón 2. Mujer <p>NACIONALIDAD:</p> <p>¿Tienes contacto con alguna persona que tenga enfermedad mental? (puede ser un vecino, amigo, familiar, etc.):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

Código de apareamiento:**Fecha:**

Este cuestionario se rellena de forma anónima. Con el fin de poder guardar los datos, has de identificarte con un código. Tu código se hace a partir de las iniciales de tu nombre (sólo el primero si es compuesto) y tus dos apellidos seguido del día en el que naciste (sin mes ni año)

Por ejemplo: Xabier Ortiz Méndez, día de nacimiento 07 = Código XOM07

POR FAVOR, LEE ATENTAMENTE ESTA HISTORIA

- Te vamos a pedir que leas atentamente una historia. Después te haremos preguntas. Cada pregunta se responde rodeando con un círculo el número que mejor refleje lo que tú piensas. Tu respuesta puede ir desde el 1 al 9. Siendo lo más bajo el 1 (nada en absoluto) y el 9 lo más alto (muchísimo).

Carlos es un estudiante nuevo que va a venir a tu clase. Antes de que venga, el tutor os explica que Carlos tiene una enfermedad mental y que proviene de un colegio especial

1. Me daría pena de Carlos

Nada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------

2. Pensaría que puede ser una persona peligrosa

Nada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------

3. Le tendría miedo

Nada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------

4. Lo que sea que le ocurra, se lo ha buscado

Nada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------

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

Nada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------

6. Que estuviera en clase conmigo me molestaría

Nada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------

7. Si necesitara ayuda con sus deberes, lo ayudaría

Nada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------

8. Intentaría no acercarme a él/ella después de clase

Nada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------

Anexo 6. Encuesta de Satisfacción**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN**

Código de apareamiento:

Fecha:

Centro:

Grupo:

Puntúa del 1 al 7 cuánto te han gustado las actividades realizadas en estas sesiones.

1. Actividad Lluvia de ideas

Nada	1	2	3	4	5	6	7	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	-------

2. Actividad Colocar las figuras de colores

Nada	1	2	3	4	5	6	7	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	-------

3. Actividad Ignórame

Nada	1	2	3	4	5	6	7	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	-------

4. Actividad Di cosas positivas de tus compañeros

Nada	1	2	3	4	5	6	7	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	-------

5. Video de la segunda sesión

Nada	1	2	3	4	5	6	7	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	-------

6. Charla con Cristina y Sergio

Nada	1	2	3	4	5	6	7	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	-------

¿QUIERES SUGERIR ALGUNA COSA?

Anexo 7. Calendario de intervención con grupo de casos por centro académico**Meses de Octubre, Noviembre y Diciembre 2013**

7 oct	8 oct IES P. Ursúa 1ª sesión	9 oct	10 oct IES P. Ursúa 1ª sesión	11 oct	12 oct	13 oct
14 oct	15 oct IES P. Ursúa 2ª sesión	16 oct IES Beriozar 1ª sesión	17 oct IES P. Ursúa 2ª sesión	18 oct	19 oct	20 oct
21 oct	22 oct	23 oct IES Beriozar 2ª sesión	24 oct	25 oct	26 oct	27 oct
28 oct IES P. Ursúa 1ª sesión	29 oct IES P. Ursúa 1ª sesión	30 oct IES P. Ursúa 1ª sesión	31 oct	1	2	3
4 nov IES P. Ursúa 2ª sesión	5 nov IES P. Ursúa 2ª sesión	6 IES P. Ursúa 2ª sesión	7	8	9	10
11 nov IES P. Atarr. 1ª sesión	12 nov IES P. Atarr. 1ª sesión	13 nov	14 nov IES P. Atarr. 1ª sesión	15 nov IES P. Atarr. 1ª sesión	16 nov	17 nov
18 nov IES P. Atarr. 2ª sesión	19 nov IES P. Atarr. 2ª sesión	20 nov	21 nov IES P. Atarr. 2ª sesión	22 nov IES P. Atarr. 2ª sesión	23 nov	24 nov
25 nov	26 nov	27 nov	28 nov	29 nov	30 nov	1 dic
2 dic	3 dic	4 dic	5 dic IES R. Arga 1ª sesión	6 dic	7 dic	8 dic
9 dic	10 dic IES R. Arga 1ª sesión	11 dic	12 dic IES R. Arga 2ª sesión	13 dic	14 dic	15 dic
16 dic	17 dic IES R. Arga 2ª sesión	18 dic	19 dic	20 dic	21 dic	22 dic

Anexo 8. Calendario de intervención con grupo control por centro académico

Meses de Abril y Mayo 2014

	1 abril	2 abril IES Beriozar 1ª sesión control	3 abril IES P. Ursúa 1ª sesión control (c)	4 abril	5 abril	6 abril
7 abril	8 abril	9 abril IES Beriozar 1ª sesión control	10 abril P. Ursúa 2ª sesión control (c)	11 abril	12 abril	13 abril
14 abril	15 abril	16 abril	17 abril	18 abril	19 abril	20 abril
21 abril	22 abril	23 abril	24 abril	25 abril	26 abril	27 abril
28 abril	29 abril	30 abril	1 mayo	2 mayo	3 mayo	4 mayo
5 mayo	6 mayo	7 mayo	8 mayo IES P. Ursúa 1ª sesión control (e)	9 mayo	10 mayo	11 mayo
12 mayo	13 mayo	14 mayo	15 mayo IES P. Ursúa 2ª sesión control (e)	16 mayo	17 mayo	18 mayo
19 mayo	20 mayo	21 mayo IES R. Arga 1ª sesión control	22 mayo IES P. Atar. 1ª sesión control (e)	23 mayo IES P. Atar. 1ª sesión control (c)	24 mayo	25 mayo
26 mayo	27 mayo	28 mayo IES R. Arga 1ª sesión control	29 mayo IES P. Atar. 2ª sesión control (e)	30 mayo IES P. Atar. 2ª sesión control (c)	31 mayo	

ANEXO 9. Listado de Variables independientes

1. Código de apareamiento: iniciales de nombre y apellidos seguido día de nacimiento
2. Fecha de la primera administración de la escala
3. Fecha de la segunda administración de la escala
4. Fecha de la tercera administración de la escala
5. Centro de estudios*:
 - 1= IESO de Berriozar
 - 2= IES Pedro de Atarrabia
 - 3= IES Pedro de Ursúa
 - 4= IES Ribera del Arga
6. Letra del curso*:
 - 1-11= letras sucesivas desde la A hasta la K
7. Pertenencia a grupo de diversificación*:
 - 1= si
 - 2= no
8. Modelo lingüístico*:
 - 1= castellano
 - 2= euskera
9. Fecha de nacimiento
10. Género:
 - 0= no rellenado
 - 1= varón
 - 2= mujer
11. Nacionalidad:
 - 0= no rellenado
 - 1= española
 - 2= sudamericana
 - 3= norteamericana
 - 4= europea
 - 5= africana
 - 6= otras
12. Contacto previo con persona diagnosticada de enfermedad mental:
 - 0= no rellenado
 - 1= si
 - 2= no

*0= no rellenado. Categoría eliminada tras constatar ausencia de valores perdidos.

Anexo 14. Modelo de Consentimiento Informado para alumnos del grupo de casos

CONSENTIMIENTO INFORMADO participación Programa de Sensibilización sobre Salud Mental en las Aulas
<p>Estimados Madres y Padres:</p> <p>El centro escolar dónde estudia su hijo ha sido seleccionado para participar en un estudio piloto dirigido a evaluar el Programa de Sensibilización sobre Salud Mental en las Aulas a nivel de 3º de ESO.</p>
<p>Se trata de un programa de actividades orientado a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajar en las aulas la sensibilización sobre tópicos relacionados con la salud y la enfermedad mental desde una doble perspectiva, educativa y preventiva. Introducir conceptos positivos en la idea que tienen de la salud y de la enfermedad mental para crear un ambiente sano en el aula, que favorezca el desarrollo emocional de los estudiantes y la comunicación entre ellos, con los docentes y con las familias. 2. Contribuir a realizar una intervención precoz que redunde en su salud emocional al tiempo que se incide en la disminución de los prejuicios y estereotipos frente a la salud y la enfermedad mental, con el fin de modificar las conductas de rechazo y estigmatizadoras dentro y fuera del aula, para consigo mismo y para con los demás.
<p>Consta de dos sesiones de 55 minutos, realizadas en el propio centro y dentro del horario escolar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En la primera, a través de dinámicas de grupos, se abordarán los tópicos relacionados con la salud mental a partir del reconocimiento de sus emociones, las relaciones interpersonales y las conductas positivas para su bienestar. 3. En la segunda, a partir de un formato audiovisual, se abordarán cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad mental, facilitando el contacto directo con personas que han vivido la experiencia, desde una perspectiva normalizadora, de recuperación y desarrollo personal satisfactorio.
<p>Se pedirá a su hijo que responda a un sencillo cuestionario de carácter anónimo y autoaplicado (escala AQ-C8 de P. Corrigan). Se recogerán los siguientes datos de carácter general (sexo, edad, grupo de convivencia, modelo educativo y lingüístico, conocimiento previo de personas con problemas de salud mental). No se recogerán datos personales.</p>
<p>El equipo investigador está liderado por D^a Lorena de Simón Alonso (médico psiquiatra en ejercicio en el CSM de Burlada). Codirigido por D. Agustín Madoz (psiquiatra y Doctor en Medicina por la Universidad de Alcalá) y por D^a. Elena Ezquiaga (psiquiatra y Profesora Asociada de la Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid).</p>
<p>Los datos serán analizados exclusivamente por el equipo investigador, conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos. Los resultados se difundirán a través de medios de divulgación científica, manteniéndose en todo momento el carácter anónimo de los datos. Puede solicitar más información y el contacto de nuestro equipo a través del departamento de orientación del centro. Esperando su colaboración, reciban un cordial saludo.</p> <p>Doy mi consentimiento para que mi hijo.....participe en el programa</p> <p>Nombre y apellidos del Padre/Madre/Tutor/a..... Fecha:</p>

Anexo 15. Modelo de Consentimiento Informado para alumnos del grupo control

CONSENTIMIENTO INFORMADO participación Programa de Sensibilización sobre Salud Mental en las Aulas
<p>Estimados Madres y Padres:</p> <p>El centro escolar dónde estudia su hijo ha sido seleccionado para participar en un estudio piloto dirigido a evaluar el Programa de Sensibilización sobre Salud Mental en las Aulas a nivel de 3º de ESO.</p>
<p>Se trata de un programa de actividades orientado a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Trabajar en las aulas la sensibilización sobre tópicos relacionados con la salud y la enfermedad mental desde una doble perspectiva, educativa y preventiva. Introducir conceptos positivos en la idea que tienen de la salud y de la enfermedad mental para crear un ambiente sano en el aula, que favorezca el desarrollo emocional de los estudiantes y la comunicación entre ellos, con los docentes y con las familias. 5. Contribuir a realizar una intervención precoz que redunde en su salud emocional al tiempo que se incide en la disminución de los prejuicios y estereotipos frente a la salud y la enfermedad mental, con el fin de modificar las conductas de rechazo y estigmatizadoras dentro y fuera del aula, para consigo mismo y para con los demás.
<p>Consta de dos sesiones de 55 minutos, realizadas en el propio centro y dentro del horario escolar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. En la primera, a través de dinámicas de grupos, se abordarán los tópicos relacionados con la salud mental a partir del reconocimiento de sus emociones, las relaciones interpersonales y las conductas positivas para su bienestar. 6. En la segunda, a partir de un formato audiovisual, se abordarán cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad mental, facilitando el contacto directo con personas que han vivido la experiencia, desde una perspectiva normalizadora, de recuperación y desarrollo personal satisfactorio.
<p>Se pedirá a su hijo que responda a un sencillo cuestionario de carácter anónimo y autoaplicado (escala AQ-C8 de P. Corrigan). Se recogerán los siguientes datos de carácter general (sexo, edad, grupo de convivencia, modelo educativo y lingüístico, conocimiento previo de personas con problemas de salud mental). No se recogerán datos personales.</p> <p>El aula a la que pertenece su hijo ha sido elegida como grupo control en la medida de la eficacia de la intervención. Por este motivo, se realizará la sesión más tarde que al resto de los grupos, dentro del mismo año lectivo, tras la finalización de la recogida de datos.</p>
<p>El equipo investigador está liderado por D^a Lorena de Simón Alonso (médico psiquiatra en ejercicio en el CSM de Burlada). Codirigido por D. Agustín Madoz (psiquiatra y Doctor en Medicina por la Universidad de Alcalá) y por D^a. Elena Ezquiaga (psiquiatra y Profesora Asociada de la Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid).</p>
<p>Los datos serán analizados exclusivamente por el equipo investigador, conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos. Los resultados se difundirán a través de medios de divulgación científica, manteniéndose en todo momento el carácter anónimo de los datos. Puede solicitar más información y el contacto de nuestro equipo a través del departamento de orientación del centro. Esperando su colaboración, reciban un cordial saludo.</p> <p>Doy mi consentimiento para que mi hijo.....participe en el programa</p> <p>Nombre y apellidos del Padre/Madre/Tutor/a..... Fecha:</p>

Anexo 16. Modelo de Consentimiento Informado para IES/IESO

CONSENTIMIENTO INFORMADO participación Programa de Sensibilización sobre Salud Mental en las Aulas
<p>Estimado Sr/a Director/a:</p> <p>Nos ponemos en contacto con usted para comunicarle que el centro escolar que usted dirige ha sido seleccionado para participar un estudio piloto dirigido a evaluar el Programa de Sensibilización sobre Salud Mental en las Aulas.</p> <p>Pedimos su colaboración porque pensamos que puede ser de interés para los estudiantes de su centro y, al mismo tiempo, ayudarnos en la evaluación de la eficacia de la intervención y de su utilidad para conseguir los objetivos deseados.</p>
<p>Se trata de un programa de actividades orientado a trabajar en las aulas la sensibilización sobre tópicos relacionados con la salud y la enfermedad desde una doble perspectiva, educativa y preventiva.</p> <p>Se adjunta el Protocolo para los equipos docentes y de orientación, para una detallada información.</p>
<p>Este proyecto está siendo desarrollado por D^a Lorena de Simón Alonso (médico psiquiatra en ejercicio en el CSM de Burlada) como investigadora principal y codirigido por el D. Agustín Madoz Gúrpide (médico psiquiatra y Doctor en Medicina por la Universidad de Alcalá) y por la Dra. Elena Ezquiaga Terrazas (médico psiquiatra y Profesora Asociada del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid). La Dirección de Salud Mental de Navarra tiene conocimiento de la realización del presente proyecto de investigación.</p>
<p>Los datos serán analizados posteriormente de forma exclusiva por el equipo investigador respetándose lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.</p>
<p>Los resultados, tanto positivos como negativos, de la evaluación se difundirán a través de revistas y otros medios de divulgación científica de interés, manteniéndose en todo momento el carácter anónimo de los datos. Siempre que lo desee, puede solicitar un informe con el resultado final del estudio.</p>
<p>Si desea recibir cualquier otro tipo de información, puede contactar con D^a Lorena de Simón Alonso, al teléfono 609450341 o a través del correo electrónico ldesimoa@cnavarra.es</p> <p>Como Director del centro, doy mi consentimiento para que el IES participe en este estudio de investigación.</p> <p>Nombre y apellidos: Fecha:</p>

Anexo 17. Listado de sugerencias procedente de la Encuesta de Satisfacción

1. Que me gustó mucho el rap que cantó Gaizka y me alegro mucho de que lo haya superado. Ahora me he dado cuenta de que cualquier enfermedad es mejor contárselo a gente que te pueda apoyar.
2. Me gustaría que nos diesen otra sesión. Nos vendría bien a todos.
3. Beraiekin beste saio izatea
4. Beste saio bat Beraiekin
5. Dar las gracias a Gaizka por contarnos su historia que no es fácil.
6. Me gusta mucho el rap de Gaizka. Me alegro de que lo haya superado. Ahora me doy cuenta de que las cosas siempre hay que contarlas para bien o para mal.
7. Que se haga más a menudo
8. Que se haga más a menudo y que se haga a todos los cursos.
9. Me gustaría que volvieran a realizar más sesiones porque es muy interesante.
10. Quiero volver a hablar con ellos y quedar algún día. Me encantó y fue un placer. Que se haga todos los años y más horas, fue genial.
11. Son muy majos, y me encantaría que volvieran a venir.
12. Que se haga muchas más veces, más horas. Ha sido muy entretenido y precioso.
13. Todo estuvo genial. Lo mejor fue la charla del segundo día, me hizo emocionarme.
14. Me ha gustado mucho, me parece muy bien que se hagan este tipo de programas, pienso que son buenos para todos y se aprende mucho.
15. Algún otro video.
16. Poner algún otro video no estaría nada mal.
17. Más horas de Salud Mental.
18. Más charlas de estas.
19. No sugerir pero si opinar sobre la actividad de la charla con Cristina y Gaizka. Me parece que ha sido muy interesante y que nos habéis dado una buenísima oportunidad para aprender a no juzgar a las personas y para un montón de cosas.
20. Me ha gustado mucho, no recomendaría nada.
21. Me gustaría que viniera más gente, con más enfermedades, para conocer más.
22. La hiperactividad, ¿es una enfermedad mental?.
23. Que se hagan más sesiones.
24. Que haya más charlas.
25. Que pudieran hacer más sesiones.
26. Debería haber también una actividad contraria a la número 4, decir cosas positivas, para así conocernos mejor.

27. Que haya más charlas.
28. Me ha gustado mucho, me parece que son muy fuertes. Me alegro de haber estado en la charla.
29. Ha estado muy bien todo.
30. Todo está muy bien planificado.
31. Que sigan así, que son muy grandes.
32. Otro rap.
33. Que Gaizka cante.
34. Me gustaría escuchar a Gaizka rapeando.
35. Que hagamos más días.
36. Que las charlas duren más días para poder saber más del tema.
37. Me gustaría que vendrían más veces, me lo he pasado muy bien.
38. Que los alumnos hablen más y comenten sobre sus experiencias.
39. Me han gustado mucho estas clases, han sido muy divertidas y me ha enseñado mucho. Hemos aprendido mucho.
40. Me ha parecido que el taller ha sido muy bonito.
41. Me ha parecido un taller muy interesante y me ha ayudado a ver de otra manera estas enfermedades.
42. Me ha gustado mucho, yo haría que Gaizka cantara algo.
43. Que vengan más días.
44. Que vengan más días.
45. Me ha parecido una actividad importante de hacer, para conocer cómo son en realidad los problemas mentales.
46. Más días, más horas.
47. Me ha gustado y estoy totalmente de acuerdo con Gaizka, soy igual que él y me pasa lo mismo con la música o con cualquier cosa que me emocione.
48. Me ha gustado mucho charlar con estas personas, espero que vengáis más a este centro.
49. Si hay un problema familiar muy serio, ¿qué hay que hacer?
50. Me gustaría ver más películas, hablar más del tema y tener más sesiones porque no nos ha dado tanto tiempo.
51. No, me gustó mucho la actividad, está muy bien.
52. Me parece una buena actividad.
53. Tendrían que haber explicado cada enfermedad porque la gente decía enfermedades y gente no conocía alguna.
54. Me gustaría más conocimiento sobre las demás enfermedades.

55. Que haya más charlas.
56. Que no tiren tizas, ja ja.
57. Una actividad muy bonita, te ayuda a pensar. Deberían hacerlo todos los años.
58. A mí me ha parecido muy interesante la charla.
59. Estuvo muy bien.
60. Me gustó todo y aprendí mucho.
61. Estuvo muy bien. Al principio no me gustaba pero después me fue gustando más cada vez.
62. Estuvo bastante bien.
63. Tienen que hacer más charlas de estas.
64. Está muy bien.
65. Me gustó!!!!
66. Todo en regla.
67. Que hagan más actividades en grupo.
68. Está bien así.
69. Como nos solemos quedar en blanco, que ellos hablen más de ellos o den ideas de preguntas.
70. Si tengo algunas cosas similares a las del video, ¿tengo alguna enfermedad mental?
71. Seguir iguales y no os acomplejéis.
72. Me ha gustado mucho y aprendido cosas que me interesan y quisiera saber más.
73. Me ha gustado bastante esta actividad. Me parece que lo hacéis muy bien. Seguir yendo por otros institutos enseñando esto, sirve mucho.