



**Programa de intervención para fomentar la
demanda de ayuda frente a un posible problema
de salud mental en adolescentes de 3º de ESO**

**Intervention program to promote the demand for help in the
face of a possible mental health problem in teenagers in year
10 from school**

Autora: Cristina Pinto Betés

Tutor: Jesús Saiz Galdós

Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología Social

Universidad Complutense de Madrid

Curso 2021/2022



**ANEXO II: COMPROMISO DEONTOLÓGICO EN CASO DE TRABAJOS QUE
REQUIERAN PARTICIPANTES HUMANOS**

D./Dña: **CRISTINA PINTO BETÉS** con NIF **06034454J**, estudiante del Máster **PSICOLOGÍA SOCIAL** en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid en el curso **2021 / 2022** como autor/a del trabajo de fin de máster (TFM) titulado: **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA FOMENTAR LA DEMANDA DE AYUDA FRENTE A UN POSIBLE PROBLEMA DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES DE 3º DE E.S.O**

y presentado para la obtención del título correspondiente, cuyo/s tutor/ es/son: **JESÚS SAIZ GALDÓS**.

ME COMPROMETO A:

1. Asegurar la confidencialidad de la información obtenida, tratándola y custodiándola conforme a la legislación vigente.
2. No utilizar la información obtenida con fines ajenos a este trabajo y no cederlos a terceros partes salvo que el interesado lo haya autorizado expresamente por escrito.
3. Respetar las normas éticas marcadas por el Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos y por las Sociedades Científicas de Psicología.

Márquese en caso de que el TFM incluya una investigación en la que el estudiante recoja datos de participantes humanos. ADEMÁS, ME COMPROMETO A:

4. Informar a los participantes de manera clara acerca de los objetivos generales del estudio, de la naturaleza y duración de los procedimientos a los que van a someterse y de los posibles efectos secundarios o complicaciones que pudieran derivarse de su participación.
5. Responder satisfactoriamente a todas las preguntas que los participantes crean conveniente hacer sobre el estudio.
6. Informar a los participantes acerca de su derecho a declinar participar en el estudio y a abandonarlo una vez que éste se haya iniciado sin tener que dar explicaciones y sin que tenga ninguna consecuencia de ningún tipo.
7. Asegurar el carácter voluntario de la participación en el estudio y recabar el consentimiento informado por escrito de cada participante (o su tutor legal). En el caso de estudios de encuesta con muestras completamente anónimas no será imprescindible recoger el consentimiento por escrito.
8. Recabar sólo la información personal estrictamente necesaria para el desarrollo de la investigación y hacerlo manteniendo el anonimato de los participantes siempre que sea posible.

En Madrid, a 20 de JUNIO 2022

Fdo.:

Esta DECLARACIÓN debe ser insertada en primera página de todos los TFM de la Facultad de Psicología conducentes a la obtención del Título, que incluyan participantes humanos.



DECLARACION DE NO PLAGIO

D./Dña. **CRISTINA PINTO BETÉS** con NIF: **06034454J**


estudiante de Máster Universitario en Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, curso 2021 /2022 como autor/a de este documento académico titulado: **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA FOMENTAR LA DEMANDA DE AYUDA FRENTE A UN POSIBLE PROBLEMA DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES DE 3º DE E.S.O** y presentado como Trabajo Fin de Máster, para la obtención del título correspondiente, cuyo tutor es **JESÚS SAIZ GALDÓS**.

DECLARO QUE:

El Trabajo de Fin de Máster que presento está elaborado por mí, es original, no copio, ni utilizo ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones de cualquier obra, artículo, memoria o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita, de otra persona, de trabajo escrito de otro o cualquier otra fuente.

Soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden.

En Somosaguas, a 20 de JUNIO de 2022

Fdo.: 

Esta DECLARACION DE ORIGINALIDAD debe ser insertada en primera página de todos los Trabajos Fin de Máster conducentes a la obtención del título.

Índice

Resumen:	4
1. Introducción	5
1.1. Planteamiento del problema:	5
1.2. Desarrollo antecedentes:	5
1.2.1 La Salud y salud mental: Conceptualización histórica.....	5
1.2.2 La enfermedad mental:	6
1.2.3 Efectos de la COVID-19 en la salud mental:	9
1.2.4 Adolescencia y estadísticas salud mental:	9
1.2.5 Estigma social en la salud mental:	12
2. Diseño	14
<i>Estudio 1. Análisis de necesidades y propuesta de intervención</i>	16
1. Objetivos	16
2. Metodología	16
2.1. Participantes:	16
2.2. Instrumentos:	17
2.3. Procedimiento:	18
2.4. Análisis de datos:	18
3. Resultados	21
A. Identificación de los problemas.....	22
B. Selección problemas para intervención:.....	27
<i>Estudio 2. Intervención sobre problema encontrado</i>	30
1. Objetivos	30
2. Hipótesis	30
3. Metodología y procedimiento	30
3.1. Destinatarios del proyecto y área geográfica de intervención:	30
3.2. Procedimiento y actividades desarrolladas:	30
3.3. Sistema de evaluación:	34
3.4. Análisis de datos:	37
4. Resultados	38
4.1. Análisis cuantitativo:	38
4.2. Análisis cualitativo:	43
5. Discusión	46
5.1. Integración resultados, y posibles interpretaciones:.....	46
5.2. Limitaciones y fortalezas:	47
5.3. Recomendaciones prácticas:	48
6. Referencias	49
Anexos.....	53

Resumen:

La salud mental ha sido la gran olvidada a lo largo de la historia por parte de la sociedad, esto se debe entre otras cosas a la estigmatización que existe de las enfermedades mentales. Sin embargo, la llegada de la pandemia provocada por la Covid-19 ha propiciado que adquiera relevancia dentro del debate social, pues se ha dado un aumento de problemas de salud mental en la población en general, pero que ha afectado especialmente a la población adolescente. Así, en el presente estudio, se ha llevado a cabo una intervención con 108 alumnos de 3º de ESO de un colegio de Madrid tras la demanda de intervención realizada por el propio departamento de dirección y orientación del colegio, debido al aumento exponencial de problemas de salud mental que estaban experimentando los alumnos de esta promoción. Para ello se realizaron previamente entrevistas con 2 profesores, 4 padres, y 2 orientadoras de los alumnos. Tras ello se decidió llevar a cabo una intervención de tres sesiones distintas con los alumnos, una psicoeducativa, una de contacto, y una de reflexión; 102 alumnos participaron en la primera sesión, 96 alumnos en la segunda y 84 alumnos en la tercera, de estos, 68 alumnos participaron en todas las sesiones. Tras los análisis realizados se encontró que el presente programa ayudó a los alumnos a identificar si podían estar padeciendo un problema de salud mental y sirvió de precedente para que los mismos normalizaran y estuvieran más familiarizados con todo lo que concierne a la salud mental, y percibiesen más probable el pedir ayuda ante problemas de este tipo.

Palabras clave: Adolescentes, Salud mental, Enfermedad mental, Estigma, Covid-19, Intervención.

Abstract:

Mental health has been the great forgotten throughout history by society. This is due, among other things, to the stigmatization that exists of mental illnesses. However, the arrival of the pandemic caused by Covid-19 has made it more relevant in the social debate, as there has been an increase in mental health problems in the general population, especially affecting teenagers. In the present study, an intervention has been carried out with 108 students in year 10 from a school in Madrid, following the petition for intervention made by the school's senior leader team and pastoral team, due to the exponential increase in mental health problems that the students of this year group were experiencing. For this, interviews were previously carried out with 2 teachers, 4 parents, and 2 student counselors. After that, it was decided to carry out an intervention consisting in three different sessions with the students: a psychoeducational one, a contact session, and a reflection session. 102 students participated in the first session, 96 students took part in the second one and 84 students in the third one. Of these, 68 students participated in all the sessions. After the analyses carried out, it was found that this program helped the students to identify if they could be suffering from a mental health problem and served as a precedent for them to normalize and become more familiar with everything related to mental health, encouraging them to ask for help with mental health issues.

Keywords: Teenagers, Mental Health, Mental Illness, Stigma, Covid-19, Intervention.

1. Introducción

1.1. Planteamiento del problema:

Las autoridades académicas del colegio de Nuestra Señora del Buen Consejo, ubicado en la Comunidad de Madrid, han informado al Departamento de Psicología Social, Trabajo y Diferencial de la Universidad Complutense de Madrid, que perciben que existe una problemática en cuanto a la salud mental de los alumnos que pertenecen a la promoción de tercero de Educación Secundaria Obligatoria durante el curso 2021/2022.

Según las autoridades escolares de este colegio, a raíz del confinamiento provocado por la pandemia de la COVID-19, y como se pudo apreciar en la población en general, los alumnos de esta promoción – que para entonces cursaban primero de la ESO –, empezaron a presentar problemas de salud mental como ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, episodios autolíticos, produciéndose incluso un caso de suicidio durante el mismo. Esta problemática se achacó a los estragos que había producido la pandemia a nivel general, y se esperó que a la vuelta a la normalidad los mismos fuesen desapareciendo, sin embargo, durante este curso 2021/2022, en el que se empezaba a ver cómo poco a poco se volvía a esa normalidad en cuanto a presencialidad y la actividad escolar típica, se ha comprobado que los problemas de salud mental de los alumnos no desaparecían, y que incluso algunos alumnos se han tenido que dar de baja en el colegio debido a los mismos.

Es por ello que, tanto la dirección y el departamento de orientación de colegio, como los padres de los alumnos de esta promoción han considerado la necesidad de llevar a cabo una intervención que pueda ayudar a los alumnos a entender qué les pasa y poder demandar ayuda en caso de que lo necesiten.

1.2. Desarrollo antecedentes:

1.2.1 La Salud y salud mental: Conceptualización histórica.

Históricamente, la salud mental ha sido una materia que ha permanecido relegada a ser la gran olvidada por parte de la población en general. Es por ello, que cuando hablamos del tratamiento o la atención que se le ha ofrecido a lo largo de la historia, nos encontramos un camino lleno de vacíos y estigma social.

Si echamos la vista atrás, podemos ver que el tratamiento para los problemas de salud mental ha ido variando de época en época, y siempre permaneciendo “influenciada por ideologías y corrientes de pensamiento que han dominado el mundo a través del tiempo” (Macaya et al., 2018, p.340) Sin embargo, esto no ha sido algo muy anterior a la época en que vivimos, pues remontándonos al siglo pasado, podemos ver que los tratamientos ante problemas de salud mental relegaban en encerrar y hacinar a las personas que los padecían en hospitales psiquiátricos – antes conocidos como manicomios –, dónde recibían un tratamiento de dudosa eficacia. Y, no sería entonces una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial, que se empezaría a concienciar sobre la devastadora situación que estaban viviendo los pacientes que ingresaban en estos hospitales, y, por tanto, la necesidad existente en reformar la atención que se le daba a la salud mental (Desviat, 2020).

Con el advenimiento del Estado de Bienestar llegarán nuevos proyectos, entre ellos el referente a la salud, dónde se buscará asegurar que exista “de forma universal servicios esenciales” (Desviat, 2020, p.18) como es el caso de la sanidad. En el caso de España, “la transformación manicomial hacia una psiquiatría comunitaria y extrahospitalaria, se inicia a finales de la década de los sesenta inspirados por los cambios y experiencias llevadas a cabo en otros países (Sánchez, 1995, p.21), es así como finalmente el gran cambio de la atención psiquiátrica se gestó en el año 1985 con el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica,

la cual sentaría las bases para la Ley General de la Sanidad del año siguiente (Salvador-Carulla et al., 2020).

Más tarde, en el año 2004, se crearía una comisión para el desarrollo de la Estrategia Nacional de la Salud Mental, la cual buscaba conseguir desarrollar unos principios generales en cuanto al impulso de intervenciones en el ámbito de la salud mental en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (Salvador-Carulla et al., 2020). Sin embargo, a pesar de la cantidad de avances a los que se llegó en materia de salud mental los años posteriores, después de la revisión del plan en el año 2011 “el empuje de la comisión y los grupos de trabajo decayó significativamente” (Salvador-Carulla et al., 2020) llegándose al punto en el que en el año 2016, el Pleno del Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud tomaría la decisión de no renovar la Estrategia Nacional de Salud Mental ya que no existían análisis ni objetivos reales. Por otro lado, el propio Observatorio de Salud Europeo destacó en el informe HiT llevado a cabo en el año 2018, que en España existe desde el año 2012 una falta de registro en cuanto a los datos e informes oficiales sobre la situación de salud mental del país (Salvador-Carulla et al., 2020). Actualmente, “la salud mental constituye uno de los objetivos priorizados de la OMS” (Ribot et al., 2020, p.3), sin embargo, es destacable el hecho de que a pesar de la magnitud que tienen los trastornos mentales a día de hoy, los recursos dedicados a su investigación y atención son limitados.

Estos datos son relevantes si tenemos en cuenta que como nos indican diversos estudios, la salud mental supone una parte fundamental dentro de la salud general del ser humano, destacándose que su importancia recae en todas las etapas de la vida – infancia, adolescencia, y edad adulta – (UNICEF, 2020a) ya que nos aporta un estado de bienestar tanto a nivel individual como a nivel social, consiguiendo así que dispongamos de la capacidad para actuar de forma plena.

No obstante, es importante remarcar que el hecho de que se empezase a dar esta evolución en cuanto al tratamiento de la salud mental en la sociedad más moderna se debe, principalmente, a que también ha habido una transformación en cuanto al propio término de “salud”. Anteriormente, cuando se hablaba de “salud” o de permanecer en un “estado saludable” se hacía en términos en los que esta definición se refería a una ausencia de enfermedad, y, además, centrándose sobre todo en el plano de lo físico – olvidándose así de la salud mental –. Es por ello por lo que las investigaciones para tratar patologías relacionadas con la salud mental han evolucionado de forma más lenta, pasando – hasta hace relativamente poco – por tratamientos catalogables como inhumanos.

Con la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 7 de abril de 1948 la concepción sobre salud dio un cambio radical, y pasó de verse como la ausencia de enfermedad a ser “un estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). Empezó así a darse la relevancia que tenían a dos aspectos hasta ahora olvidados, el estado psicológico y el estado social de la persona, y, como consecuencia, la creación de planes de salud en los distintos países que integraban la promoción, protección y prevención de la salud mental como se ha descrito anteriormente.

1.2.2 La enfermedad mental:

Por otro lado, cuando hablamos de salud mental existe la ambigüedad de que tiene implícito el concepto de enfermedad mental, esto se debe a que “el límite entre enfermedad y salud mental no es un límite claro ni bien definido” (FEAFES, 2008, p.24). Diversos estudios hablan de que estos dos conceptos están tan ligados el uno al otro que sería imposible “definir a la una como la ausencia de la otra, sino que son un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico” (FEAFES, 2008, p.24).

Si nos centramos en la definición que se da al término de enfermedad mental encontramos que es:

Una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje, y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona, su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo (FEAFES, 2008, p.24).

A lo largo de los años se han ido recopilando diferentes investigaciones sobre las enfermedades mentales, esto ha hecho que a día de hoy pueda resumirse y organizarse toda esa información en dos manuales, por un lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) que fue elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), el cual sería desarrollado para “ayudar a los profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales de los pacientes” (APA, 2014 p.3); y, por otro lado, el capítulo cinco de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Araluce, 2021). Siguiendo lo expuesto por la OMS (2018), actualmente, se pueden reconocer hasta 400 tipos distintos de enfermedades mentales que permanecen recogidas en esos dos manuales.

Dentro de estos 400 tipos podemos encontrar algunas que son más comunes que otras, especialmente teniendo en cuenta el modelo de sociedad en la que vivimos, la cual se sustenta en la aceleración y la inmovilidad frenética, que a su vez hace que dediquemos nuestras vidas a la constante de producción y consumo continuo (Sanchís, 2017), dejando de lado aspectos importantes como nuestra propia salud. Esto es esencial tenerlo en cuenta ya que “los factores sociales y culturales tienen un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad mental” (Montero et al., 2004, p.177).

Así pues, siguiendo la clasificación propuesta por los manuales anteriormente citados, entre las enfermedades mentales más comunes en nuestros días encontramos (Araluce, 2021):

- Trastornos del neurodesarrollo: comienzan a darse durante el periodo de desarrollo – es decir en la etapa infanto-juvenil –, y va a incluir limitaciones tanto en el funcionamiento intelectual, como en el comportamiento adaptativo de la persona que los padece. Algunos de los trastornos que podemos encontrar en este grupo son, por ejemplo, el trastorno del espectro del autismo (TEA), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno específico del aprendizaje entre otras (APA, 2014).
- Trastornos depresivos: caracterizados por tener impacto en el funcionamiento emocional y afectivo, entre estos trastornos se encuentra, por ejemplo, el trastorno de depresión mayor (APA, 2014).
- Trastornos de ansiedad: caracterizados por el despliegue de una serie de conductas de evitación y huida ante objetos o situaciones que generan un malestar. Dentro de esta categoría podemos encontrar, por ejemplo, la ansiedad por separación, las fobias, trastorno de ansiedad generalizada, entre otras (APA, 2014).
- Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados: caracterizados por vivir experiencias de una preocupación obsesiva acompañada de un ritual o una acción que se repite para calmar esa preocupación que genera un malestar. Dentro de esta categoría se encuentran, por ejemplo, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno dismórfico corporal, trastorno por acumulación entre otras (APA, 2014).
- Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés: caracterizados por ser aquellos en los que se presenta gran dificultad para poder hacer frente a situaciones que pueda ser estresantes o que hayan sido traumáticas. Dentro de esta categoría podemos

encontrar el trastorno de apego reactivo, trastorno de relación social desinhibida, trastorno de estrés postraumático entre otras (APA, 2014).

- Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos: caracterizados por conllevar problemas que se relacionan con la alimentación. Entre estos encontramos, por ejemplo, el trastorno de evitación de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones, entre otras (APA, 2014).
- Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos: caracterizados por el consumo excesivo de sustancias que crean adicciones como son el alcohol, la cafeína, cannabis, o tabaco entre otras. Sin embargo, dentro de este grupo también se incluye el juego patológico (APA, 2014).

Por otra parte, dentro de éstas existe un grupo denominado enfermedades mentales graves. Este grupo van a tener en común que: pueden aparecer en cualquier etapa de ciclo vital, pero, suele ser más común que se desarrollen al final de la adolescencia y el principio de la edad adulta; son enfermedades crónicas o de larga duración, aunque con la medicación adecuada los síntomas puedan remitirse; y que pueden hacer que las personas que las padecen tengan dificultades para desarrollar actividades de la vida cotidiana (ASIEM y UPD, 2012). Dentro de este grupo encontramos:

- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: caracterizados principalmente por las pérdidas de contacto con la realidad y la aparición de alucinaciones, delirios o pensamientos desorganizados. Dentro de este grupo podemos encontrar el trastorno de la personalidad, la esquizofrenia – que es una de las más famosas a nivel mediático –, o el trastorno psicótico entre otras (APA, 2014).
- Trastorno bipolar y trastornos relacionados: caracterizados por la existencia de sucesión entre episodios de manías, en el que la persona permanece en un estado anímico anormalmente elevado, activo y enérgico, y episodios depresivos, en los que la persona permanece en un estado anímico deprimido. Dentro de los trastornos bipolares podemos encontrar distintos estadios de la enfermedad con sus respectivas características (APA, 2014).
- Trastornos de la personalidad: caracterizados por padecer patrones de pensamiento, percepción, reacción y relación repetitivos y duraderos que van a afectar a la capacidad de la persona para desenvolverse. Dentro de esta categoría encontramos, por ejemplo, trastorno general de la personalidad, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de la personalidad límite entre otras (APA, 2014).

La promoción, protección y prevención de la salud mental por parte de las políticas nacionales resulta fundamental ya que “la salud mental es un elemento crítico en el funcionamiento normalizado de la sociedad” (UNICEF, 2020a), además de que se ha demostrado que las intervenciones que abordan los trastornos mentales han tenido niveles altos de eficiencia y eficacia (OMS, 2018).

Esto es algo trascendente si tenemos en cuenta que los datos más actuales sobre salud y enfermedad mental no son para nada irrelevantes. La *guía del estilo sobre salud mental para medios de comunicación* creada por la Confederación de Salud Mental de España (2018), proyecta las siguientes cifras a nivel mundial:

- Para empezar, los problemas de salud mental van a convertirse en la principal causa de discapacidad en el mundo para el año 2030.
- Las enfermedades mentales suponen un 12,5% de todos los problemas de salud, dato importante si tenemos en cuenta que es una cifra mayor que la del cáncer y los problemas cardiovasculares.
- Un 1% de la población mundial desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida.

- Actualmente no están recibiendo tratamientos, o si los reciben no es el adecuado entre el 35% y el 50% de personas que padecen algún problema de salud mental.
- Un total de 450 millones de personas se ven afectadas por un problema de salud mental que va a dificultar su vida diaria.

Sin embargo, la realidad que nos encontramos hoy en día, y que ha seguido un patrón bastante lineal a lo largo de la historia, es que – a pesar de que en la actualidad ha habido una ligera mejoría – a la salud mental no se le dedica la relevancia que se debería.

Esta realidad se vuelve incluso más destacable en la situación que comprende a España, pues ya en el año 2011 era de los últimos países de Europa en invertir en salud mental, pero es que actualmente solo dedica un 5% del gasto total de sanidad para la salud mental, cosa que como se puede ver, no es suficiente si se quiere atender a ese 18% de la población que padece algún problema de salud mental (UNICEF, 2020a).

1.2.3 Efectos de la COVID-19 en la salud mental:

En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la existencia de una nueva pandemia mundial (Maguiña et al., 2020) causada por el virus de la COVID-19 que surgió en la ciudad de Wuhan, China, a principios de ese mismo año. Y aunque en esos momentos no se imaginaba, acabó teniendo repercusiones importantes no solo físicas – pues provocó numerosas muertes –, sino que también psicológicas, ya que, como toda pandemia, la COVID-19, aparte de tener componentes biológicos e infecciosos, también cuenta con unos componentes psicosociales e impactos sociales (Buitrago et al., 2020).

“Una epidemia de gran magnitud implica ya de por sí una perturbación psicosocial que puede exceder la capacidad de manejo de la población a la que afecta” (Ribot et al., 2020, p.5), sin embargo, el hecho de que la pandemia tuviese un fuerte impacto en la salud mental se debió, entre otras cosas, a que se propuso como método de protección ante el mismo un confinamiento domiciliario. El confinamiento se trata de un “estado dónde se combinan estrategias para reducir las interacciones sociales como, restricción de horarios de circulación, cierre de fronteras, o distanciamiento social” (Sánchez-Villena y De la Fuente-Figuerola, 2020, p.74).

Si nos centramos en el caso de España, encontramos que, parte de las medidas que se llevaron a cabo por el gobierno respecto al confinamiento fue el cese total de la actividad presencial en los colegios. Y con esto, las inevitables repercusiones que tuvo en la vida diaria de muchos niños y adolescentes. (Paricio y Pando, 2020).

En el informe realizado por la OMS (2022), se muestra que tras la pandemia los problemas de salud mental han aumentado en la población general, entre los problemas que destacan como razón de ello encontramos el miedo al contagio, a la muerte, el duelo ante la pérdida de un ser querido, a las pérdidas económicas, y como no, la soledad debida al propio confinamiento.

No obstante, este informe refleja que uno de los estratos de la población que más riesgo ha experimentado a padecer un problema de salud mental debido a la pandemia ha sido la población joven.

1.2.4 Adolescencia y estadísticas salud mental:

La adolescencia es definida por la OMS como esa etapa de crecimiento que sigue a la niñez, pero que es anterior a la edad adulta, es por ello que, por lo general se la define como “transición evolutiva”, pues se trata del marco más amplio de nuestro ciclo vital (Zacarés et al., 2009) situándose entre las edades de 10 y 19 años. Si atendemos a lo expuesto por UNICEF (2020b) podemos ver que dentro de la misma se distinguen incluso tres fases distintas:

- Adolescencia temprana, se suele situar entre el rango de los 10 a los 13 años, en estos momentos se producen numerosos cambios físicos como el cambio de voz, aparece el

vello, olor corporal, o aumento de la sudoración. En esta etapa las relaciones de amistad empiezan a adquirir cierta relevancia.

- Adolescencia media, se sitúa entre el rango de los 14 a los 16 años, en esta etapa empiezan a producirse cambios a nivel psicológico, empiezan a construir su identidad, adquiere relevancia para ellos el cómo se ven, y el cómo quieren que les vean los otros, por tanto, “la necesidad de configurar su imagen se convierte en una tarea imprescindible” (Lasa, 2016, p.90). Por otro lado, se destaca que buscarán la independencia de las figuras paternas, y a la vez sus relaciones de amistad o pertenencias a grupos tienen mucha importancia.
- Adolescencia tardía, se sitúa entre el rango de los 17 a los 21 años, en esta etapa comienzan a sentirse más a gusto con sus cuerpos, pero la aceptación de los demás adquiere una mayor relevancia a la hora de definir su propia identidad. En esta etapa la pertenencia a grupos ya no tiene tanta relevancia, y empiezan a centrarse en relaciones de amistad en grupos más reducidos.

Por tanto, sobresale como “un período de cambio, crecimiento y transformación desde la inmadurez infantil a la madurez física, psicosocial y sexual de la edad adulta” (Kimmel y Weimer 1998 citado en Zacarés et al, 2009, p.316). Todos estos cambios llegarán a su conclusión con la creación de su identidad personal (Erikson, 1971). La construcción de la identidad personal va a estar marcada por factores personales, pero también por una serie de factores sociales, que serán los que finalmente la determinen; en consecuencia, hay que destacar que el contexto social en el que se desenvuelvan supondrá un gran impacto en ellos.

Por otro lado, es importante subrayar que durante esos momentos la conformación de la salud mental ocupa un momento decisivo para el futuro, y que, como expone UNICEF (2020a) el bienestar de la misma vendrá marcado por tres facetas importantes:

- Bienestar personal: esta se va a referir a la existencia de una serie de pensamientos positivos que tiene relación directa consigo mismos, como el optimismo, la autoestima, la confianza en sí mismos etc.
- Bienestar interpersonal: esta se va a referir a las relaciones que mantiene hacia los otros, como el sentido de pertenencia, el cuidado responsable y sensible, la capacidad de estar cerca de los demás etc.
- Capacidades y conocimientos: esta se va a referir a la capacidad que posea para responder a los retos de la vida, para expresarse, para aprender, tomar decisiones etc.

Siguiendo el estudio de Ballesteros et al. (2020), la OMS manifiesta que la mitad de las enfermedades mentales comienzan sobre los 14 años, pero que pueden darse incluso antes, aunque en la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan. Una de las principales razones de que pase esto viene del hecho de que históricamente los problemas relacionados con esta etapa suelen hacerse de menos – sobre todo por parte de los adultos – ya que los achacan a que son “*cosas de la edad*”. Esto hace que no solo oculten posibles problemas de salud mental, sino que “4 de cada 10 jóvenes que declaran algún problema de este tipo no han solicitado ningún tipo de ayuda especializado” (Ballesteros et al., 2020, p.15).

Durante el confinamiento los adolescentes españoles han estado expuestos a situaciones estresantes o traumáticas derivado del mismo, como por ejemplo el cierre de las escuelas, dejar de tener una rutina, imposibilidad de salir al aire libre, imposibilidad de contacto cara a cara con amigos y familiares, exposición excesiva a noticias negativas, pérdidas de familiares etc. (UNICEF, 2020b). Algunos estudios realizados en China en los primeros momentos de la pandemia señalaron que el perder las rutinas habituales y el estrés psicosocial eran unos de los factores principales en el impacto psicológico de los niños. (UNICEF, 2020a).

Obviamente, este impacto se dio en todos los estratos de la población, sin embargo, cabe remarcar que éste ha sido más desfavorable para los niños y adolescentes, puesto que las etapas

de la infancia y la adolescencia suponen un momento crucial en el desarrollo cognitivo, social, y emocional de las personas (UNICEF, 2020a); momento que se ha visto interrumpido por el cambio tan brusco que ha habido en las rutinas y hábitos de vida de los niños y adolescentes (Paricio y Pando, 2020), además del añadido que suponen los factores estresantes provocados por una situación de emergencia como ha sido esta.

Haciendo caso a estudios realizados sobre la población infanto-juvenil China, encontramos que durante la pandemia el 22,6% de sus estudiantes han presentado síntomas depresivos y un 18,9% síntomas de ansiedad (Paricio y Pando, 2020). Por otro lado, uno de los primeros estudios que ese realizó entre España e Italia, ha demostrado que durante la cuarentena el propio comportamiento de los niños y adolescentes ha cambiado también, y destaca cifras como que el 85,7% de los padres y madres han afirmado que sus hijos han presentado síntomas como dificultad de concentración, desinterés, irritabilidad, nerviosismo o sentimientos de soledad entre otros. (UNICEF, 2020a).

Estos estudios sugieren además que la presencia de dicha sintomatología estaría relacionada con dos factores importantes: la reducción en cuanto a la interacción social, y la reducción de realización de actividades fuera de sus hogares, y por tanto, es fundamental entender que dentro de este contexto la población infanto-juvenil española ha sido la peor parada en comparación con otros países, ya que España ha sido uno de los países más estrictos en cuanto a la imposición de restricciones de movimientos en niños y adolescentes, cosa que se ha podido reflejar incluso en los propios estudios demostrándose que se han reportado más síntomas en nuestra población infanto-juvenil que en otros países. (UNICEF, 2020a).

La explicación para esta situación vendría del hecho de que, para poder desarrollar nuestras habilidades sociales y el desempeño en los distintos roles, es necesario mantener una interacción con nuestros iguales, especialmente en las etapas de la niñez y la adolescencia. Por tanto, es normal que este aislamiento social de los pares pueda haber venido seguido de sentimientos de soledad e incluso de frustración (Paricio y Pando, 2020) sobre todo para dichas etapas, ya que han visto mermado su propia capacidad de desarrollo social.

Por otro lado, estos porcentajes y esta sintomatología no son nada que nos pille de primeras pues numerosos estudios nos indican que, de por sí los periodos no lectivos suelen estar asociados a una menor actividad física, unos patrones de sueño irregulares, y también a dietas menos saludables, si a esto le añadimos que gracias al confinamiento había un impedimento en cuanto a la realización de actividades en el exterior, y que esta población en concreto tuvo que pasar muchas horas de su día delante de dispositivos electrónicos gracias a esa transformación de la formación académica y su nuevo sistema de escolarización online, todos estos malos hábitos se vieron bastante potenciados (Paricio y Pando, 2020).

En cuanto a los dispositivos electrónicos, hay que hacer hincapié en que, si bien la informatización y el paso de lo presencial a lo online fue una medida tanto útil como necesaria para el desarrollo más normalizado de la sociedad en los momentos de confinamiento, dicha transformación también tuvo una gran repercusión – negativa – para la población – especialmente en la población infanto-juvenil –. Esto ha sido así ya que estuvieron expuestos mucho tiempo a las redes sociales, y, por tanto, a las consecuencias negativas de las mismas, como son la depresión, el déficit atencional, la hiperactividad, insomnio, disminución de horas de sueño, bajo rendimiento académico, así como adicción a las mismas (Arab y Díaz, 2015). Otro factor importante a tener en cuenta en cuanto a estas etapas es que se encuentran en el momento de construcción de sus identidades, y, por tanto, el estar sometidos a un ambiente – como son las redes sociales – en el que prima el “*postureo*” y las imágenes distorsionadas de la realidad con tendencia a lo idílico, es muy probable que terminen desarrollando conductas desadaptativas como respuesta.

Como se ha señalado anteriormente, la tarea de España en cuanto a la salud mental en general aún necesita un fuerte impulso, pero además según Unicef (2020a), en el año 2018 el comité de los derechos del niño le hizo hincapié a España en cuanto a la necesidad que tenía el país de adoptar una política nacional de salud mental.

Es por ello que se puede decir que después de haber pasado la pandemia, “es muy importante actuar de forma urgente en los ámbitos de promoción, detección y prevención de las necesidades que hayan podido surgir o que se hayan agravado” (UNICEF, 2020a).

1.2.5 Estigma social en la salud mental:

Cuando hablamos de estigma hay que tener en cuenta que también es un término que ha sufrido una evolución con el tiempo, ya que, en un principio los griegos lo asociaban a signos corporales que mostrasen algo malo o poco habitual en la persona que lo presentase (Goffman 1963), sin embargo, tiempo más tarde pasó a ser utilizado para “hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador” de la persona (Goffman, 1963, p.13), aunque este no fuese algo visible ante los otros.

Según Goffman (1963), podemos encontrar tres tipos de estigmas: Primero se encuentran lo que él define como las abominaciones del cuerpo, dentro de esta categoría estarían todas las características corporales que se saliesen de la norma; Después, están los defectos del carácter del individuo, dentro de esta categoría él habla de pasiones tiránicas o antinaturales, falta de voluntad, creencias rígidas, y falsas o la deshonestidad; Por último, lo que define como estigmas tribales, que son los que tendrían que ver con la raza, la nación, y la religión, según él estas podrían ser heredables y llegar así a todos los miembros de una familia.

Actualmente cuando hablamos de estigma lo hacemos refiriéndonos a él como “una serie de atributos que caracterizan a una persona o grupo de personas y le hacen pertenecer a una categoría social concreta” (Ramos, 2010, p.15) y, por tanto, servirá para ejercer la exclusión sobre la persona o grupo de personas que lo padezcan (Goffman, 1963).

El estigma va a generar una serie de consecuencias que afectará a la vida de las personas que lo padezcan (Martín y Ahaoual, 2019), ya que como se explica en el estudio de Moreno et al. (2014), éste se compone de elementos cognitivos, emocionales y conductuales que se manifestarán a través de estereotipos, prejuicios y discriminación sobre las mismas (Muñoz et al., 2011).

Cuando hablamos del proceso de estigmatización hay que destacar que como se explica en el estudio de Martín y Ahaoual (2019), actualmente existen cinco tipologías dependiendo de quién pueda reproducir ese estigma y quién lo pueda recibir, encontrándonos, por tanto:

- Estigma estructural: cuando la discriminación viene por parte de la estructura social, es decir, de leyes, políticas y prácticas constitucionales.
- Estigma de cortesía: cuando la discriminación se centra en el entorno directo de la persona estigmatizada.
- Estigma de proveedor: cuando la discriminación viene por parte de las personas que deben proporcionar apoyo profesional.
- Autoestigma: cuando la propia persona estigmatizada asume los prejuicios y estereotipos que se atribuyen a su condición.
- Estigma público o social: cuando la persona estigmatizada sufre discriminación por parte de los individuos de la sociedad.

El proceso de estigmatización se puede explicar desde la teoría de la identidad social de Tajfel (1984), en esta los individuos forman su identidad individual a través de la pertenencia a un grupo, y al formar parte de una identidad de grupo tendemos a categorizar a las personas que

pertenecen al exogrupo de forma negativa. Por tanto, el proceso de estigmatización se trata de un producto social surgido de las dinámicas de poder existentes (Aretio, 2010), y que tiene su desenlace en la pérdida de estatus descrita por Link y Phelan (2001).

Históricamente, la salud mental ha sido uno de los ámbitos más estigmatizados a nivel social, ya que en la “antigüedad se asociaban los problemas de salud mental a fuerzas demoníacas que poseían al individuo” (Oviedo, 2013, p.162), y, por tanto, las personas que los padecían eran obligados a permanecer encerrados y encadenados entre otras cosas. Esto hizo que la enfermedad mental empezase a ser estigmatizada por la sociedad, y, por tanto, las personas que las padeciesen tuviesen que enfrentarse a episodios de discriminación si se conocía su condición.

El rechazo social que se ha generado hacia la enfermedad mental ha provocado que “en muchas ocasiones, las personas afectadas no quieran acudir a los servicios específicos para abordar la enfermedad mental” (Aretio, 2010, p.294) ya que, no quieren que se les ponga esa etiqueta de “*enfermo mental*” pues, “ser etiquetado como enfermo mental conllevaba una carga de valoración peyorativa” (Bueno y Mestre, 2015, p.136) relacionada con los prejuicios y estereotipos que se han impuesto históricamente al término promovida por el desconocimiento hacia las mismas.

Si bien, aunque el conjunto de enfermedades mentales permanece estigmatizado, hay que tener en cuenta que el estigma afecta sobre todo a aquellas que son denominadas “*graves*” – “como son la esquizofrenia, los trastornos psicóticos, la depresión mayor, los trastornos bipolares, los trastornos de la personalidad y la conducta alimentaria (Aretio, 2010, p.290)” –, pues son las que históricamente los medios de comunicación, las películas, la literatura o más recientemente las redes sociales han asociado con mayor frecuencia a “estereotipos de peligrosidad, responsabilidad, impredecibilidad, o incompetencia” (Muñoz et al., 2011, p.168), perpetuando así el estigma.

Es importante afirmar que aún en pleno siglo XXI se estigmatiza a las enfermedades mentales, y, por tanto, a las personas que las padecen (Oviedo, 2013, p.162) sin embargo, hay que destacar que éste se sigue sosteniendo ya que casi toda la información que posee la gente, por lo general, sobre las enfermedades mentales proviene de todos esos medios masivos (Treviño-Elizondo et al., 2018), y, por tanto, si unimos eso con el desconocimiento general que existe sobre las mismas, no se podía esperar otra cosa.

Por otro lado, como aspecto positivo se puede destacar que a pesar de que el estigma siga estando muy presente, desde diferentes disciplinas como la psicología, la sociología, la integración social, o el trabajo social entre otras se ha evaluado a la enfermedad mental en diversos estudios (Mascayano et al., 2015) en los que se avala la eficacia que las intervenciones psicológicas tienen en las personas que padecen una enfermedad mental (Muñoz et al, 2009), y cómo éstas pueden llevar una vida normalizada gracias a esta.

Es por ello por lo que la creación de programas de sensibilización social contra el estigma adquiere vital importancia, pues el que se pueda incluir a estas personas en sociedad otra vez tiene beneficios para ambas partes, para la sociedad porque deja de ser discriminatoria, y para las personas que padecen problemas de salud mental porque pueden llevar una vida normal.

2. Diseño

En el presente trabajo se llevó a cabo una evaluación de necesidades, una intervención y evaluación de dicha intervención, ya que como he comentado en los apartados anteriores, la dirección y el departamento de orientación del colegio de Nuestra señora del Buen Consejo, demandaron una intervención tras la cantidad de problemas de salud mental que estaban padeciendo los alumnos de 3º de ESO después de haber acontecido la pandemia provocada por la COVID-19.

Por ello, se propusieron una serie de *objetivos generales* que guían este trabajo:

- Determinar las necesidades de la promoción 2021-2022.
- Diseñar una intervención para la promoción 2021-2022.
- Intervenir sobre la problemática y necesidades detectadas.

Para la consecución de dichos objetivos se dividió el trabajo en *dos estudios* distintos:

Estudio 1: este consta de un análisis de las necesidades existentes y una propuesta de intervención en la promoción que se encuentra cursando 3º de ESO durante el curso 2021/2022 en el colegio de Nuestra Señora del Buen Consejo de Madrid.

Dentro de este estudio se proponen una serie de objetivos específicos los cuales serán alcanzados mediante la realización de entrevistas al entorno directo de los alumnos, así como su posterior análisis mediante técnicas cualitativas, para finalmente crear la propuesta de causas sobre las que intervenir.

Estudio 2: este consta de la implementación de la propuesta de intervención sobre la promoción que se encuentra cursando 3º de ESO durante el curso 2021/2022 en el colegio de Nuestra Señora del Buen Consejo de Madrid.

Dentro de este estudio se proponen una serie de objetivos específicos que son alcanzados a través de la realización de tres sesiones distintas – psicoeducación, contacto, y reflexión – con los alumnos, así como el análisis del programa mediante técnicas cuantitativas y cualitativas para ver la efectividad que ha tenido el mismo.

Cronograma:

La intervención sigue un diseño longitudinal, puesto que lo que se busca es ver los cambios que atraviesa la muestra con el paso del tiempo a lo largo de las sesiones que se lleven a cabo. Ésta empezó con la primera fase en el mes de noviembre; en esta se realizaron las entrevistas con las orientadoras, los padres y los profesores para poder hacer posteriormente un análisis de necesidades.

Una vez hecho el análisis de necesidades, se llegó a conclusión de que lo mejor sería llevar a cabo un programa de intervención compuesto por 3 sesiones – una de psicoeducación, otra de contacto, y la última de reflexión sobre lo visto anteriormente –, que se llevarían a cabo entre los meses de febrero y mayo, teniendo en cuenta las preferencias de horario determinadas por el centro escolar y las semanas de margen entre sesiones.

Durante las sesiones se hizo una recogida de datos mediante cuestionarios durante cuatro momentos diferentes: Para empezar, en el mes de febrero, una semana antes de la primera sesión del programa; después, entre la última semana de febrero y la primera semana de marzo coincidiendo con el momento previo a la implementación de la sesión psicoeducativa; a continuación, durante las tres últimas semanas de abril, una vez realizadas ya la psicoeducación y la sesión de contacto; y finalmente, en el mes de mayo, una vez realizada la sesión reflexiva.

A continuación, se representa el cronograma con la distribución de todo el programa de intervención por semanas:

	Semana	Bloque 1. Entrevistas		Bloque 2. Determinación problemática		Bloque 3. Sesión Psicoeducación		Bloque 4. Sesión contacto		Bloque 5. Sesión reflexiva	
		Preparación	Implementación	Análisis	Decisión	Preparación	Implementación	Preparación	Implementación	Preparación	Implementación
Noviembre	s.1										
	s.2										
	s.3										
	s.4										
Diciembre	s.1										
	s.2										
	s.3										
	s.4										
Enero	s.1										
	s.2										
	s.3										
	s.4										
Febrero	s.1										
	s.2						*				
	s.3						*				
	s.4						*				
Marzo	s.1						*				
	s.2										
	s.3										
	s.4										
Abril	s.1										
	s.2								*		
	s.3								*		
	s.4								*		
Mayo	s.1										
	s.2										
	s.3										
	s.4										*

Gráfico 1. Cronograma (elaboración propia). *= Momentos en los que se pasó evaluación.

Estudio 1. Análisis de necesidades y propuesta de intervención

1. Objetivos

Los padres y profesores de un centro escolar en el centro de Madrid perciben que están aumentando los casos de alumnos con problemas de salud mental y demandan que se estudie y solucione este problema.

Para responder a esta demanda se plantean los siguientes *objetivos específicos*:

1. Conocer la percepción del problema de orientadoras, profesores y padres del centro.
2. Describir la percepción que existe sobre salud mental en el entorno directo de los alumnos de 3º de ESO.
3. Analizar el tratamiento que se le da a la salud mental en el entorno directo de los alumnos de 3º de ESO.
4. Identificar los problemas y elementos específicos relacionados con el problema percibido.
5. Seleccionar un área específica de intervención para la solución del problema percibido.

2. Metodología

Como recurso para abordar estos objetivos se ha optado por emplear una metodología de carácter cualitativo.

La metodología cualitativa busca “comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto” (Hernández Sampieri et al., 2022, p.364), esto hace que esta metodología sea la más adecuada ya que, como se puede ver en los objetivos de la investigación, se pretende comprender la problemática que existe en esta promoción viendo las distintas perspectivas sobre la misma del entorno más directo a los alumnos. Por otro lado, servirá como plan de exploración (Hernández Sampieri et al., 2022) para ver la percepción que tiene este entorno directo acerca de la salud mental y la posible repercusión que pueden tener en los alumnos a la hora de desarrollar la problemática.

2.1. Participantes:

Para conocer la percepción del problema de una forma amplia y general, se incluyó en la muestra a padres, profesores y orientadoras.

Tal y como se observa en la Tabla 1, la muestra estuvo compuesta por ocho participantes, contando, por tanto, como parte de la misma con dos orientadoras, dos profesores y cuatro padres.

Tabla 1. *Descripción de los participantes.*

Participante	Abreviatura	Género
1	P1	Mujer
2	P2	Mujer
3	P3	Mujer

4	P4	Hombre
5	P5	Mujer
6	P6	Hombre
7	P7	Mujer
8	P8	Hombre

Nota. Elaboración propia a partir de datos de la muestra.

2.2. Instrumentos:

Para la recogida de datos se emplearon entrevistas ya que con ellas se podía obtener una información más completa dado que, permiten profundizar en las opiniones y perspectivas que tienen los participantes sobre la problemática a trabajar. Por otro lado, su conveniencia para un análisis de las necesidades reside en el hecho de que de este modo se consigue una información más detallada y que los participantes tienen la posibilidad de razonar sus respuestas, haciendo así que el posterior análisis de la información obtenida sea más exhausto (Hernández Sampieri et al., 2022). Por último, se destaca que se llevaron a cabo entrevistas *semiestructuradas* con el fin de poder profundizar en los temas que cada participante creyese más relevante a la hora de definir la problemática.

En cuanto a las entrevistas semiestructuradas, con el fin de explorar las áreas comprendidas en los objetivos, el guion se dividió en cuatro bloques temáticos: personal, nivel social/político, situación de los jóvenes, y recursos del centro. Previamente a los cuatro bloques, se les realizó una serie de preguntas sociodemográficas. En cuanto a los bloques de preguntas, en primer lugar, encontramos el bloque personal, en este se les realizaron preguntas sobre su propia opinión acerca de la salud mental, para conocer la relevancia que le aplican en su día a día. En segundo lugar, el bloque social/político, en este se realizaron preguntas para saber cómo piensa cada entrevistado que se trata a nivel social todo lo referente a la salud mental, y si piensan que existe un estigma social sobre la misma. En tercer lugar, el bloque de la situación de los jóvenes en el que se les realizaron preguntas para saber hasta qué punto estaban enterados de los problemas que están teniendo los alumnos de este curso y para conocer su opinión e hipótesis acerca de los mismos. Y, por último, el cuarto bloque, sobre los recursos del centro, se les preguntó acerca de los recursos que pensaban que estaban ofreciendo desde el propio centro para este tipo de problemáticas, así como, qué mejoras creían que se podrían implementar desde sus perspectivas (véase el anexo I para ver el guion de las entrevistas).

La realización de las entrevistas se hizo de forma presencial en diferentes despachos reservados por el propio colegio, manteniendo las medidas de seguridad establecidas por la situación de la COVID-19. Cada entrevista fue realizada en parejas, haciéndose en total cuatro entrevistas diferentes, la primera fue con dos orientadoras, la segunda fue con un matrimonio de padres, la tercera fue con otro matrimonio de padres y la última con dos profesores del colegio. Las entrevistas se realizaron en parejas por conveniencia de las participantes, y por considerar que esta modalidad permite una discusión y profundización mayor en las temáticas.

Las conversaciones fueron grabadas con un dispositivo móvil, para ser transcritas posteriormente. Tanto las transcripciones de las entrevistas como la codificación de las mismas para su posterior análisis cualitativo de las respuestas se realizaron a través de los programas *Microsoft Word*, *Microsoft Excel*, y *Atlas. Ti en su versión 8*.

2.3. Procedimiento:

El servicio de orientación del colegio Nuestra Señora del Buen Consejo se puso en contacto vía correo electrónico con la Universidad Complutense de Madrid explicando la situación problemática a la que estaban percibiendo con el curso de 3º de ESO desde que empezó el confinamiento y solicitando ayuda para llevar a cabo una intervención.

Se decidió entonces que lo primero que habría que hacer era realizar una entrevista semiestructurada a las orientadoras para tener una visión profesional de lo que estaba pasando. Es entonces cuando se concertó la cita con las orientadoras, y una vez que se confirmó la disponibilidad se llevaron a cabo en el propio colegio.

Una vez realizadas las entrevistas con las orientadoras, se estableció que para conocer mejor la problemática que se percibía, así como encontrar la mejor forma de abordarla era necesario contar también con la perspectiva que tenían sobre la misma tanto los padres como los profesores de los alumnos de 3º de ESO.

Así pues, las orientadoras se encargaron de ponerse en contacto tanto con padres como con profesores para explicarles lo que se pretendía hacer y la relevancia que tendría que participasen en las entrevistas para tratar de entender la problemática de forma más profunda. Desde el principio se les explicó que era algo totalmente voluntario. Finalmente, se prestaron a hacer las entrevistas dos profesores y cuatro padres.

Las entrevistas se llevaron a cabo entre los meses de noviembre y diciembre, de forma presencial en despachos que facilitaron desde el propio colegio.

Previamente a la realización de las entrevistas, se les explicó a los participantes por qué desde el servicio de orientación del colegio habían solicitado la realización de la intervención, y cuáles eran los objetivos que se esperaban cumplir con la misma. Por otro lado, también se les solicitó su consentimiento para participar en las entrevistas y para poder grabar las conversaciones explicándoles que la información que se comentasen en las mismas iba a ser tratada de forma totalmente anónima y confidencial.

La duración que tuvieron las entrevistas oscila entre los cuarenta minutos y una hora y cuarto, según las respuestas proporcionadas por los entrevistados.

2.4. Análisis de datos:

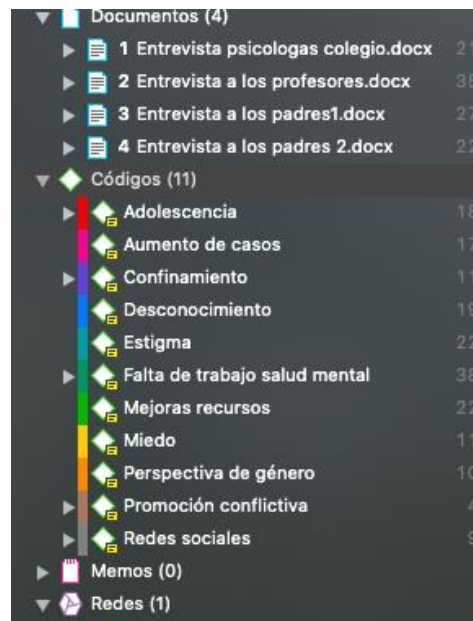
Una vez transcritas todas las entrevistas, se realizó un análisis de contenido sobre las transcripciones de las entrevistas realizadas tanto a los padres, a los profesores, como a las orientadoras. El análisis de estos datos está inspirado en el análisis sociológico del discurso (Ruiz, 2009), se ha escogido este tipo de análisis ya que tiene como característica principal el “conectar los diferentes discursos y prácticas con los espacios sociales y las relaciones conflictivas que en ellos dominan” (Ruiz Chasco, 2013 p.430) y supone un factor importante para análisis de necesidades, ya que, por lo general las causas manifiestas de la problemática suelen asentarse en unas causas latentes.

Para empezar, se llevó a cabo una primera lectura de todas las transcripciones con el objetivo de sacar relaciones y disonancias en las percepciones de cada uno de los entrevistados sobre la problemática a trabajar. Después se realizó una segunda lectura en la que cual se extrajeron aquellas citas que la autora consideró transcendentales para su posterior análisis; de este proceso se sacaron un total de 105 citas.

Una vez que se obtuvieron las citas, se llevó a cabo una tercera lectura de las transcripciones – teniendo en cuenta las citas seleccionadas –, con la que se procedió a realizar una codificación

abierta de dichas citas; durante este proceso se obtuvieron un total de 11 códigos como se puede ver en la figura 1.

Figura 1. Códigos obtenidos de la codificación de entrevistas.

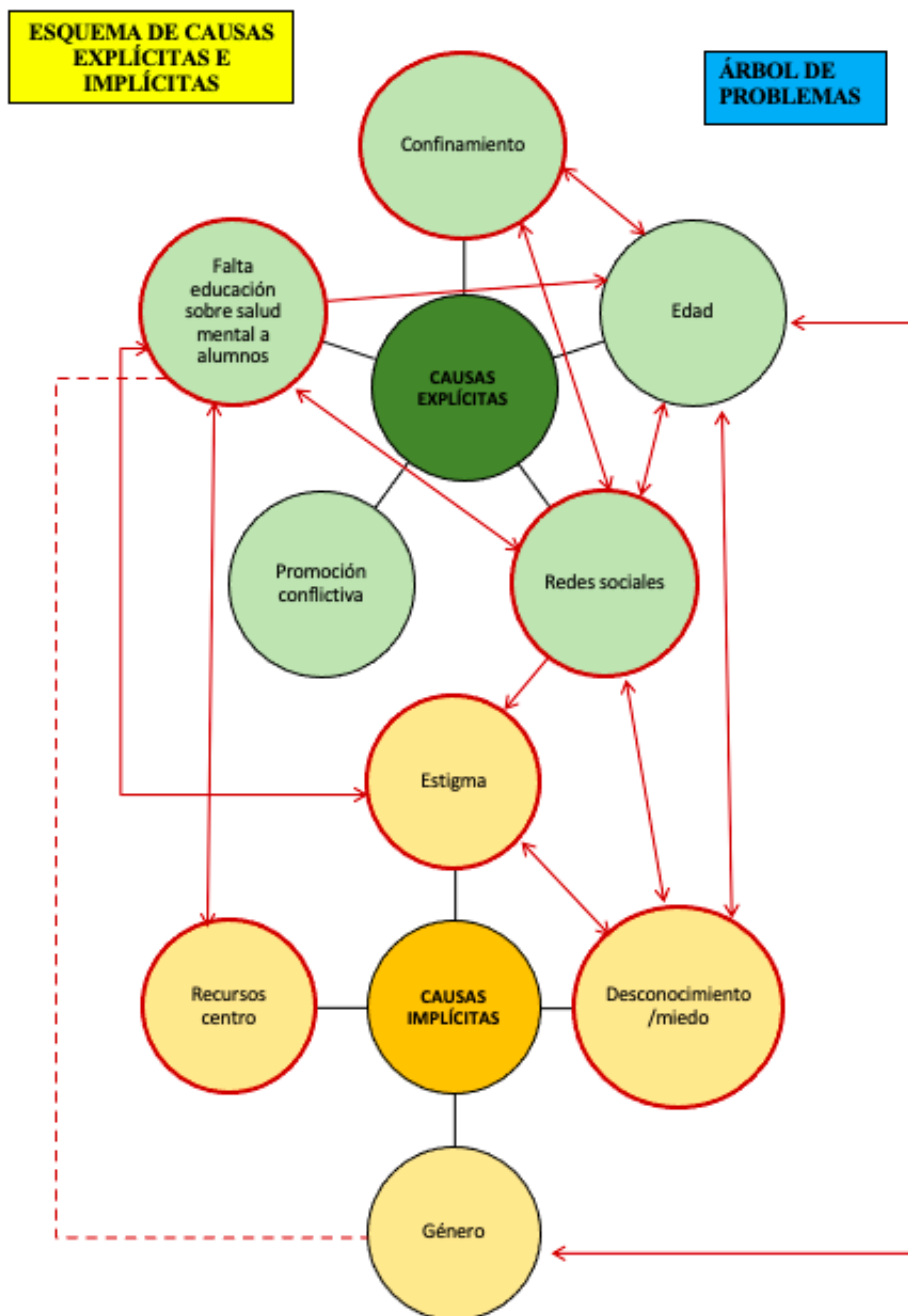


Nota. Elaboración propia mediante Atlas. Ti 8

Por último, con la codificación de las transcripciones establecida, se realizó una red de códigos, en la que se destacó como base de la problemática el “Aumento de casos”, y se llevó a cabo una división de los códigos en dos categorías, por un lado, la categoría “Explícito”, la cual hace referencia a las percepciones propias de los entrevistados en cuanto a lo que podría determinarse como causas del problema a tratar. Y, por otro lado, la categoría “Implícito”, la cual hace referencia a las causas ocultas que la autora determinó como parte del problema (Véase la figura 2 en el anexo II).

Tras la creación de la red, se realizó un árbol de problemas mediante *Microsoft Word*, tomando como referencia el Enfoque del Marco Lógico (USAID, 1969) sobre las causas explícitas e implícitas como se muestra en la figura 3, con la finalidad de ver cuáles eran las causas sobre las que se podía intervenir.

Figura 3. Esquema causas problemática.



Nota. Elaboración propia a partir de la red de códigos obtenida.

A continuación, se procedió a realizar un *análisis cualitativo de las alternativas* que existían ante dichas causas como se muestra en la tabla 2, respondiendo a los siguientes criterios establecidos por el mismo Enfoque del Marco Lógico:

- **Viabilidad:** las posibilidades reales de las que se dispone para en este caso llevar a término cada una de las alternativas. Se considerará *alta*, cuando exista una posibilidad real de llevar a cabo la alternativa propuesta; *media*, cuando existan posibilidades reales de llevar a cabo la alternativa propuesta, pero sea más complejo hacerlo; y *baja*, cuando haya pocas o inexistentes posibilidades reales de llevar a cabo la alternativa propuesta.
- **Impacto sobre los alumnos:** el cómo llevar a cabo cada alternativa sobre dicha problemática podría influir directamente sobre el alumno. Se considerará *alto*, cuando

la alternativa propuesta pueda ofrecer un impacto real positivo en los alumnos; *medio*, cuando exista posibilidad real de que ofrezca un impacto positivo en los alumnos, pero sea más complicado de conseguir; y *bajo*, cuando no exista posibilidad de conseguir un impacto real en los alumnos.

- **Impacto sobre la salud mental del alumno:** el cómo llevar a cabo cada alternativa sobre la problemática podría influir indirectamente sobre el alumno. Se considerará *alto*, cuando la alternativa propuesta pueda ofrecer un impacto real positivo en la salud mental del alumno; *medio*, cuando exista posibilidad real de que ofrezca un impacto positivo en la salud mental del alumno; y *bajo*, cuando no exista posibilidad real de conseguir un impacto real en la salud mental del alumno.
- **Tiempo:** el tiempo que sería necesario para llevar a cabo cada una de las alternativas de intervención. Se considerará *largo*, cuando llevar a cabo la alternativa sea un proceso que conlleve mucho tiempo; *medio*, cuando llevar a cabo la alternativa sea un proceso que conlleve su tiempo, pero que no sea un tiempo muy extenso; y *bajo*, cuando llevar a cabo la alternativa no conlleve mucho tiempo.
- **Utilidad:** el beneficio que se podría sacar a la hora de llevar a cabo dicha alternativa. Se considerará *alta*, cuando el llevar a cabo la alternativa propuesta influiría en la mejora de la problemática inicial; *media*, cuando llevar a cabo la alternativa propuesta podría influir en la mejora de la problemática inicial; y *baja*, cuando llevar a cabo la alternativa propuesta no influiría en la mejora de la problemática inicial.
- **Recursos:** los medios de los que se dispondrá para llevar a cabo las alternativas de intervención. Se considerará *muchos* cuando se disponga de recursos para llevar a cabo las alternativas propuestas; y *pocos*, cuando no se disponga de recursos para llevar a cabo las alternativas propuestas.

Una vez realizado el análisis cualitativo de las alternativas propuestas, se procedió a darle una cuantificación, y realizar también un *análisis cuantitativo de las alternativas* para así, finalmente, decantarnos por las mejores alternativas que llevar a cabo en la posterior intervención.

Para llevar a cabo el análisis cuantitativo de las alternativas, lo primero que se hizo fue incluir un coeficiente en cada uno de los criterios para así saber qué criterios serían más relevantes o menos relevantes a la hora de plantear la intervención. Después, se ha valorado cada alternativa siguiendo una base numérica establecida por el Enfoque del Marco Lógico, utilizando una escala del 1 al 5 (donde 1 = bajo, 2 = medio/bajo, 3 = medio, 4 = medio/alto, y 5 = alto) como se puede ver en la tabla 3, siguiendo el resultado del análisis cualitativo de las alternativas previamente expuesto.

Por último, se multiplicaron los valores asignados a cada alternativa por el coeficiente de los criterios, obteniendo así unas puntuaciones ponderadas de cada una de las alternativas como se puede ver en la tabla 3.

3. Resultados

A continuación, en primer lugar, se exponen los resultados extraídos del análisis del contenido de las entrevistas realizadas, que pretenden agotar los objetivos del 1 al 3. Seguidamente, se abordan los objetivos 4 y 5, para finalmente identificar unos elementos específicos para la posterior intervención psicosocial siguiendo el procedimiento del Enfoque del Marco Lógico descrito en el apartado anterior.

A. Identificación de los problemas

3.1. Aumento exponencial de casos:

Cuando se les pregunta acerca de cuál creen que es la problemática principal que existe en este curso, todos los entrevistados recalcan el hecho de que desde el inicio de la pandemia, los alumnos que actualmente están cursando 3º de ESO, han empezado a experimentar un aumento exponencial de casos en cuanto a problemas de salud mental, entre estos problemas, se destacan especialmente casos de ansiedad, trastornos de conducta alimentaria, autolesiones e ideación suicida, así como el suicidio de un alumno.

“Yo diría que, de un tiempo a esta parte, yo diría que, desde la pandemia, desde el confinamiento a ahora, pues un incremento de los problemas relacionados con la salud mental, eh... un aumento de los trastornos de la conducta, o sea, de conducta alimentaria perdón, eeh... autolesiones, ideación suicida, um... bueno pues ansiedad, por ahí básicamente.” (Participante 1, Mujer).

Además, se destaca el hecho de que actualmente en esta promoción hay quince personas que están en tratamiento psicológico, y creen que son cifras alarmantes, sobre todo porque nunca se habían visto tantos casos en una misma promoción.

“Es que era un porcentaje de casos muy alto, aquí en este colegio en tercero de la ESO son cuatro grupos de veinticinco aproximadamente, pues si de cien niños hay quince aproximadamente es que es muy alto, es demasiado, porque puede haber dos o tres casos con algún problema y tal, pero ¿ese porcentaje?” (Participante 6, Hombre).

“A ver, yo, esta generación en concreto que es la que ahora están en tercero y que el año pasado estaban en segundo, o sea, yo... en otros... yo llevo mucho tiempo en el colegio y nunca había visto tantos casos de... de problemas de salud mental en una misma promoción. Nunca.” (Participante 3, Mujer).

3.2. Causas explícitas:

Los entrevistados han coincidido – en su mayoría –, en cuanto a la determinación de las que serían las causas de por qué ha empezado a desarrollarse este aumento de casos de problemas de salud mental en los alumnos. Éstas comprenden: el confinamiento, la edad, la mala utilización de las redes sociales, el ser una promoción conflictiva, y la falta de trabajo que existe en cuanto a la salud mental en los propios alumnos.

3.2.1. Confinamiento:

Para los entrevistados, el hecho de que los alumnos hayan tenido que experimentar un confinamiento provocado por la COVID-19, es uno de los elementos principales en cuanto al desarrollo de enfermedades mentales. Esto se debe a que opinan que se trata de una situación traumática, sobre todo por el momento en el que les toca, que pasaron de tener una rutina muy específica dónde iban a clase, tenían exámenes, actividades, y se pasaban la mayor parte del día fuera de casa, a tener que estar todo el día encerrados en sus casas, con sus familias, con incertidumbre que hizo que esa rutina tan marcada se desdibujara un poco.

“Yo también note... claro, el curso anterior a ese se cerró de forma... eh... a distancia, los exámenes finales fueron a distancia, las clases a distancia, y claro, vuelves aquí al colegio, y vuelves a los exámenes de verdad...” (Participante 4, Hombre).

“[...] y luego con respecto a la historia más reciente, pues lo que ha pasado el año pasado con el confinamiento, el COVID y tal, [...]” (Participante 6, Hombre).

Se destaca, además, que la peor parte del confinamiento y la más representativa, era justamente, el hecho de que el confinamiento les generó un sentimiento de soledad.

“[...] los medios, hablan de que el confinamiento pues ha producido muchos problemas, enfermedades... a gente se le han acentuado a lo mejor cualquier historia que tuvieran en su cabeza de tipo mental pues se le han acentuado por la soledad, por miedo, por...” (Participante 6, Hombre).

3.2.2. Edad:

La edad en la que están los alumnos también juega un papel fundamental, ya que tienen catorce o quince años, están en pleno apogeo de su desarrollo vital en los distintos niveles, y se producen diversos cambios en ellos mismos que pueden resultarles complicados de sobrellevar.

“Es que entras como un torbellino lógicamente, claro, o que cuando eres adolescente tendrás, no sé, más posibilidades de tener problemas ¿no? porque tu... tu estas más revuelto también hormonalmente, porque es una edad muy complicada.” (Participante 3, Mujer).

Los entrevistados manifiestan, por otro lado, que el hecho de que el confinamiento llegase en ese momento de su desarrollo también es importante, pues parte de poder sobrellevar ese desarrollo bien está en el contacto estrecho con los iguales, cosa que les fue arrebatada en cierto sentido.

“[...] bueno pues son esos doce/trece años, ese paso a la adolescencia, el reconocerse en su nuevo cuerpo con todos los cambios a nivel físico, a nivel emocional, eeh... eso creo que influye, el no poder tener contacto con sus iguales en esos momentos, eeh... [...]” (Participante 1, Mujer).

“[...] el problema ha sido la edad en la que les ha pillado el confinamiento, que han construido una manera de pensar sobre si mismos y con los otros no muy adaptativa del todo. [...]” (Participante 2, Mujer).

3.2.3. Redes sociales:

Una parte importante que destacar dentro de la problemática es que los alumnos se han criado en plena era digital, esto ha provocado que desde edades muy tempranas estén expuestos a la tecnología, y en su defecto a las diversas redes sociales que existen hoy en día.

“(Interrumpe) estar enganchados a las redes, redes famosas, que son...” (Participante 5, Mujer).

“Yo creo que todos los conflictos gordos que estamos teniendo en los últimos años nace un poquito o se cuece en las redes sociales. Que al final un adolescente, pues sí, tiene inseguridades, y sabe manejarse en ese mundo de postureo como tú dices, pero es que encima te crea más ansiedad.” (Participante 4, Hombre).

Los entrevistados hacen hincapié en el hecho de que el problema no son las redes sociales como tal, sino que los alumnos no cuentan con la preparación y madurez necesaria para utilizarlas correctamente.

“No están preparados, no tienen la madurez para asimilar que lo que perciben o lo que ven ellos en las redes no es real, son exposiciones de personas y ellos creen que eso es lo normal, y en el momento en el que se dan cuenta de que ellos no tienen esa disposición de poder hacer lo que ellos creen, pues se frustran, y lo que origina esa frustración pues son las reacciones que puedan llegar a tener, esa es mi opinión.” (Participante 6, Hombre).

“[...] están recibiendo todo el rato ese mensaje de “la vida es perfecta, mira que bien” todo ese postureo, ¿no? que hay, que es de solo enseñar lo bueno, y nunca enseñar lo malo, joe, pues para una persona que tenga muchas inseguridades, y que a lo mejor

mire a su alrededor y vea que todo es una mierda, pues está viendo que a todo el mundo le va fenomenal, aunque en el fondo no es así pero no es capaz de verlo, pues lógicamente tiene que ser un machaque.” (Participante 3, Mujer)

Además, se reporta el hecho de que, por desgracia, gracias a la pandemia esta problemática se ha acrecentado, pues al final, han estado mucho más expuestos por la necesidad que tenían, al no tener contacto directo con sus iguales, y por el hecho de que todo el proceso presencial pasó a ser online.

“[...] la exposición a redes, a todos esos mensajes que han estado durante la pandemia de la alimentación saludable, el culto, que, para una mente adulta, quizás pues han sido muy positivos, pero que para ellos que están un poco en esa aborágine de emociones, de autoestima, pues han podido acrecentar ¿no? pues sentimientos de “no soy válido”, de insatisfacción con su propio cuerpo, insatisfacción con su vida... [...]” (Participante 1, Mujer).

3.2.4. Promoción conflictiva:

Otra de las posibles explicaciones que le dan los entrevistados – al elevado número de casos de alumnos con problemas de salud mental – podría deberse al hecho de que ya desde un principio se consideraba que era una promoción más conflictiva o difícil que el resto.

“Pues eh... uno intenta hacer un poco de historia y no sé si tendrá que ver, pero esta promoción, de los que están ahora en tercero de secundaria, viene arrastrando durante ya bastantes años, ya hacia tercero de primaria o cuarto, se crea un grupo... no todas las clases, pero había un grupo bastante conflictivo, bastante conflictivo...” (Participante 6, Hombre).

“El año pasado teníamos como unos extremos muy marcados, alumnos que estaban que “jiji, jaja” y que venían un poco... o sea, sobretodo además en esa clase, había un grupo de niños bastante... pesados ¿no?, y luego el grupo de las niñas un poco, así como tristes y tal ¿no? Estaba muy desequilibrado.” (Participante 3, Mujer).

3.2.5. Falta de trabajo sobre salud mental con los alumnos:

Por último, los entrevistados piensan que otra de las causas puede ser no se están abordando mucho los temas de salud mental con los alumnos – salvo sobre temas en concreto como puede ser la ansiedad ante exámenes –. No obstante, muestran que son conscientes de la importancia que tiene abordar la salud mental, y que les gustaría hacerlo.

“[...] yo creo que no se aborda, no lo trabajamos directamente, o sea, yo hace poco he tenido una tutoría con cuarto de la ESO sobre el manejo de la ansiedad, y sí que he aprovechado para hablar de la salud mental, pero es como un clic que hemos hecho ahora y yo me doy cuenta de que no lo hemos abordado con ellos.” (Participante 1, Mujer).

“No, pero a lo mejor sí que hemos tenido una tutoría de para... (mira a P2), de ansiedad sí que habéis hecho alguna tutoría ¿no?” (Participante 3, Mujer).

Por otro lado, una de las principales problemáticas a la hora de abordar el tema de salud mental con los alumnos – y que se da especialmente entre padres-hijos y profesores-alumnos –, es que tal vez no disponen de la formación necesaria para hacerlo.

“Yo intento... o sea, no sacar ese tema en especial, pero sí que hablar de eso pues con casos que ocurren, de cuando yo me enteraba de cosas, pues la preguntaba “oye y tal, ¿qué ha pasado con este? no se que”. Y el otro día, por ejemplo, pues también tiene un primo, el hijo de mi hermano, que ahora está pasando por... pues se han separado los

padres y le ha tocado un momento difícil y tal, y también intento sacar el tema por ahí cuando me sale un conocido para ver si así... es que es muy complicado, es que no sé cómo...” (Participante 5, Mujer).

“Sí, la ansiedad sí que lo hemos trabajado, ves, por ejemplo, temas concretos pues sí. Y bueno, yo hace años sí me atrevía con el tema de alimentación ¿no? pero descubrí que yo tampoco estaba formado como para dar eso, entonces podía dar pinceladas simplemente ¿no? Pero de ansiedad, por ejemplo, este año sí que hemos trabajado, antes justo haré como tres semanas, hice una tutoría sobre ansiedad.” (Participante 4, Hombre).

3.3. Causas implícitas:

Por otro lado, mediante el análisis se ha podido establecer que existen también una serie de causas que los entrevistados no destacaban como factores determinantes del aumento de casos, sin embargo, son claves dentro de la problemática. Éstas causas son: el estigma de la salud mental, el desconocimiento, el miedo, la perspectiva de género, y la necesidad de mejoras en cuanto a los recursos del centro.

3.3.1. Estigma:

Cuando los entrevistados son preguntados acerca de si creen que la salud mental está estigmatizada a nivel social, todos parecen mostrar acuerdo, además, por otro lado, se muestran a favor de una normalidad en cuanto a hablar sobre salud mental, así como de la necesidad de acabar con el estigma.

“[...] el estigma en sí que ha habido un poco siempre sobre la salud mental, pues al tratar según qué temas las familias podrían percibirlo como... bueno... es cómo lo del suicidio ¿no?, que si hablas del suicidio vas a animar a la gente a suicidarse ¿sabes?, son como esas falsas creencias...” (Participante 2, Mujer).

“Yo creo que a la gente le sigue dando como pudor el contar que puede tener un problema o que puede tener ahí una... no sé, algo.” (Participante 8, Hombre).

“[...] en España está un poco estigmatizada, es decir, que, si vas al psicólogo, parece que es algo que tienes que esconder, que es como un defecto que tienes y que esto realmente pues es como un resfriado ¿no? es decir, que se va al médico y no pasa nada ¿no?” (Participante 4, Hombre).

No obstante, en algunos discursos se puede apreciar la existencia de estigmatización de la enfermedad mental, aunque lo que se pretendía era ese efecto de normalización.

“Estamos... obviamente hay muchos tipos y muchos casos y cada cosa es distinta y no todo el que tiene un problema de salud mental está loco ¿no? Que normalmente se asocia a que si tienes un ingreso en psiquiatría es porque estas... o porque puedes tener un problema, entonces pues está... o sea como conocimiento un poco como miedo, un poco como tabú ¿no?, y no se puede hablar, y se tapa, y se dice, y no se dice.” (Participante 7, Mujer).

“Y... y yo no sé si esto... Porque sabemos que el COVID, una gripe, un... es contagioso, pero yo no sé, si el..., sobretodo teniendo en cuenta estas edades, el ver los comportamientos y las actitudes de unos niños, pueden afectar a otros, que repitan esas... esas... (Hablando del suicidio de un compañero)” (Participante 6, Hombre).

3.3.2. Desconocimiento y miedo:

Entre los entrevistados se ofrece una explicación sobre por qué piensan que se genera ese estigma en la salud mental, ésta tiene que ver con el hecho de que a nivel social sigue siendo

un tema que genera incertidumbre debido al poco conocimiento que hay sobre la misma. Y destacan que, por lo tanto, muchas veces esa incertidumbre acaba en miedo.

“Sí, y creo que lo que son las patologías, lo que son los trastornos graves de la salud mental creo que dan miedo, que no se conocen, y creo que dan miedo, entonces hay ahí también como mucho desconocimiento ¿no? eh... entonces piensas que una persona esquizofrénica va a ir matando a los que se encuentre por delante, una persona con esquizofrenia, perdón, o una persona con trastorno bipolar pues bueno..., entonces es verdad que creo que hay desconocimiento y que eso genera miedo al final.” (Participante 1, Mujer).

En este aspecto, también destacan que muchas veces ese desconocimiento al final lo que hace es que no sepas distinguir si lo jóvenes en este caso necesitan ayuda o simplemente puede deberse a algún factor normal, como es la edad o una forma de sobrellevar la situación provocada por la COVID-19.

“[...] Antes también lo iba a comentar, que a veces también lo de los problemas de enfermedades mentales y tal porque claro, con estas edades que tienen, muchas veces nos pueden confundir ¿no? Si están de bajón porque están de bajón por las hormonas que están para arriba y para abajo o es que están... ¿sabes? [...]” (Participante 5, Mujer).

“Yo reconozco que por la edad que tiene me cuesta mucho distinguir o reconocer si esto es un tema de la edad, de la adolescencia, o es un tema sobrenido por la situación que hemos pasado o que.” (Participante 8, Hombre).

Y, por tanto, destacan que el desconocimiento es una de las causas por las que existe la falta de actuación ante los problemas de salud mental.

“Yo el año pasado... bueno... también tenía a..., también tuvo varios ataques de ansiedad que (mira a P2) estaba contigo en segundo, y sí que es verdad que le pasó uno estando en mi clase, entonces lógicamente llamamos al enfermero, yo intenté tranquilizarle, pero me di cuenta de que yo no era... yo no podía tranquilizarla, lo que la estaba pasando en ese momento se estaba escapando totalmente a lo que yo podía hacer por ella. [...]” (Participante 3, Mujer).

“Por supuesto, sí, concienciarles, pero tampoco meterles miedo, que hay muchas veces que todas estas cosas, entre este tema, y otros muchos, cuando vas a hablar de esto dices “jo, es que a lo mejor produzco el efecto contrario ¿no?” y digo “es que al final voy a conseguir que se asuste pensando: pues puedo tener esto, y esto y esto”.” (Participante 7, Mujer).

3.3.3. Perspectiva de género:

Un aspecto que remarcar dentro de las causas, y que, no han tenido en cuenta los entrevistados como algo relevante pero que incluso están experimentando en el propio colegio, es que los problemas de salud mental están ligados al factor género. Por tanto – como se puede ver en este ejemplo –, encontramos que las estadísticas existentes en cuanto a problemas de salud mental van a ser superiores en mujeres que en hombres, en este caso, prevaleciendo los mismos en alumnas más que en alumnos.

“No, o sea, en mi caso, si que es verdad que a lo largo del curso pasado acudieron de forma voluntaria bastantes alumnos o alumnas... (hace hincapié en alumnas).” (Participante 1, Mujer).

“Um... yo ahora mismo... digo como profesor eh... no veo los mismos trastornos en los chicos que en las chicas.” (Participante 4, Hombre).

“Pero es que es así, entonces, ellas están un pasito por delante, entonces, a lo mejor los niños cuando den ese paso, también se encuentran inseguros, o también se encuentran eh... pues con problemas ¿no? Pero... en las edades que nosotros manejamos y además el año pasado en esta promoción normalmente los problemas los niños no los tenían.” (Participante 3, Mujer).

3.3.4. Mejoras en los recursos del centro:

Finalmente, un aspecto que no han tenido en cuenta como factor desencadenante de la problemática – pero que todos los entrevistados han querido reseñar –, es el hecho de que a pesar de que en el centro ha habido un gran avance en cuanto a los recursos que se están utilizando para la promoción de la salud mental, todos ellos piensan que podrían implementarse una serie de mejoras. Entre éstas destacan aspectos como más puestos en la orientación, más talleres para los alumnos, más talleres para los padres, más formaciones etc...

“Yo ya le dije a María, yo haría muchos talleres con los niños, pero en hora de clase, no se si se lo dije a ella o al coordinador de convivencias, claro, les hacen falta las matemáticas, les hacen falta lengua, pero esto es algo que necesitan los niños ¿sabes? si no, ¿cómo vas a gestionar el estrés que conlleva todo? Si es verdad que ahora han propuesto unos talleres que están muy bien pensados, pero claro, fuera del horario escolar [...]” (Participante 5, Mujer).

“Sí, yo creo que al igual que ahora a los niños se les fomenta la autoestima, el darles las herramientas y tal, pues que también a los padres nos pudieran dar unas herramientas para cómo tratar a nuestros hijos, o por lo menos de cómo ayudarles a los hijos a, pues a pasar esta fase que es la adolescencia de la mejor manera posible ¿no?” (Participante 8, Hombre).

“Claro, pero un momento de encuentro, que no sea siempre con los compañeros de clase, con los mismos sobre todo con otros compañeros, y que puedan hablar sus cosas, y cuidarse un poco el estrés, compartir experiencias, podría ser interesante, sí.” (Participante 4, Hombre).

Aunque los entrevistados coinciden en que la mejora más importante que puede haber es que surja una cooperación real en este trabajo entre orientadoras – profesores – padres.

“[...] Eso es una labor que no puede quedar solo en manos nuestras como orientadoras, pues al final esto es un colegio de 1400 alumnos, entonces, que es algo que tenemos que empezar desde abajo, y para eso formar a los profes para que lo puedan trabajar en las aulas, formar a las familias y que sea, bueno, desde abajo, vayamos trabajando todos estos digamos factores de protección. Eso si me parece un plan de prevención eh... real.” (Participante 1, Mujer).

B. Selección problemas para intervención:

Una vez realizado el análisis de contenido de las entrevistas se analizaron todas las posibles áreas de intervención detectadas en las entrevistas, escogiéndose entre todas seis causas que se muestran en la figura 3, para así solventar la problemática. Éstas eran: “*Confinamiento*”, “*Redes sociales*”, “*Falta de educación sobre salud mental en los alumnos*”, “*Estigma*”, “*Desconocimiento/Miedo*”, “*Recursos de centro*”. Una vez seleccionadas las causas se propusieron seis alternativas de intervención diferentes:

- o **Alternativa 1:** Acabar con el confinamiento en situaciones de pandemia¹.
- o **Alternativa 2:** Promoción de un buen uso de las redes sociales entre los adolescentes.
- o **Alternativa 3:** Educación sobre salud mental.
- o **Alternativa 4:** Sensibilización contra el estigma en salud mental.
- o **Alternativa 5:** Reducción del desconocimiento existente en todo lo relacionado con la salud/enfermedad mental.
- o **Alternativa 6:** Mejorar los recursos que posee el centro para tratar las problemáticas relacionadas con salud mental.

Debido a la imposibilidad de actuación sobre la totalidad de las seis causas seleccionadas, se procedió a hacer tanto un análisis cualitativo (tabla 2), como un análisis cuantitativo (tabla 3) de las alternativas, para así ver cuáles serían las alternativas más favorables sobre las que trabajar en la posterior intervención psicosocial.

Tabla 2. *Valoración cualitativa de alternativas de intervención*

<i>Criterios</i>	Alternativa 1: Acabar con el confinamiento	Alternativa 2: Promoción buen uso de redes sociales	Alternativa 3: Educación sobre salud mental	Alternativa 4: Sensibilización contra el estigma en salud mental	Alternativa 5: Reducción del desconocimiento	Alternativa 6: Mejora recursos del centro
Viabilidad	BAJA	MEDIA/BAJA	ALTA	ALTA	ALTA	BAJA
Impacto sobre los alumnos	MEDIO/ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO/ALTO	MEDIO
Impacto sobre su salud mental	ALTO	MEDIO	MEDIO/ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO
Tiempo	LARGO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	LARGO
Utilidad	MEDIA	MEDIA/ALTA	MEDIA/ALTA	ALTA	ALTA	MEDIA
Recursos	POCOS	MUCHOS	MUCHOS	MUCHOS	MUCHOS	POCOS

Nota. Elaboración propia mediante Microsoft Word.

¹ Como el que se ha dado en 2020 por la COVID-19.

Tabla 3. Valoración cuantitativa de alternativas de intervención.

Coefficiente	Criterios	Alternativa 1: Acabar con el confinamiento	Alternativa 2: Promoción buen uso de redes sociales	Alternativa 3: Educación sobre salud mental	Alternativa 4: Sensibilización contra el estigma en salud mental	Alternativa 5: Reducción del desconocimiento	Alternativa 6: Mejora recursos del centro
5	Viabilidad	1 (5)	2 (10)	5 (25)	5 (25)	5 (25)	1 (5)
3	Impacto sobre los alumnos	4 (12)	5 (15)	5 (15)	5 (15)	4 (12)	3 (9)
4	Impacto sobre su salud mental	5 (20)	3 (12)	4 (16)	3 (12)	5 (20)	5 (20)
3	Tiempo ²	1 (3)	3 (9)	3 (9)	3 (9)	3 (9)	1 (3)
4	Utilidad	3 (12)	4 (16)	4 (16)	5 (20)	5 (20)	3 (12)
3	Recursos ³	1 (3)	2 (6)	2 (6)	2 (6)	2 (6)	1 (3)
	TOTAL	55	68	87	87	92	52

Nota. Elaboración propia mediante Microsoft Excel. Entre paréntesis aparece el valor final resultado de la multiplicación con el coeficiente asignado.

Una vez realizados los análisis cuantitativos, se estableció que las puntuaciones a partir de 80 aparecerían como las más deseables a la hora de llevar a cabo dicha alternativa en la intervención final, quedándonos, por tanto, con tres alternativas a realizar: “**Educación sobre la salud mental**”, “**Sensibilización contra el estigma en salud mental**” y “**Reducción del desconocimiento**”.

² La cuantificación empleada para la escala del criterio “tiempo” ha sido a la inversa.

³ La base numérica empleada en el criterio “recursos” ha sido una escala del 1 al 2, donde 1 = pocos recursos, y 2 = a muchos recursos.

Estudio 2. Intervención sobre problema encontrado

1. Objetivos

El *objetivo general* de este estudio es desarrollar e implementar un programa comunitario de intervención para paliar el estigma sobre la salud mental y así fomentar la demanda de ayuda ante un posible problema de salud mental en adolescentes de 3º de ESO del colegio de Nuestra Señora del Buen Consejo de Madrid.

En cuanto a los *objetivos específicos* que se van a trabajar encontramos:

1. Desarrollar conocimientos fundamentales sobre salud mental en los alumnos de 3º de ESO.
2. Reducir el desconocimiento sobre salud y enfermedad mental en los alumnos de 3º de ESO.
3. Sensibilizar sobre el estigma de la salud mental a los alumnos de 3º de ESO.

2. Hipótesis

Las *hipótesis de trabajo* que orientan esta intervención son:

H.T.1: Si se informa a los alumnos sobre salud mental, el desconocimiento del que parten se reducirá.

H.T.2: Si se sensibiliza a los alumnos sobre la importancia de la salud mental, el estigma se reducirá.

H.T.3: Si se sensibiliza a los alumnos sobre la importancia de la salud mental, la percepción sobre la demanda de ayuda será más positiva.

H. T. 4: Si hay una reducción del estigma de salud mental en los alumnos, la percepción sobre la demanda de ayuda será más positiva.

H.T.5: Si los alumnos tienen más conocimiento sobre distintos problemas de salud mental, serán capaces de identificar si padecen algún problema de salud mental.

H.T.6: Los alumnos que realicen la intervención completa, verán de forma más positiva la solicitud de ayuda ante un problema de salud mental.

3. Metodología y procedimiento

3.1. Destinatarios del proyecto y área geográfica de intervención:

Como se ha señalado con anterioridad, la población diana de este proyecto son adolescentes de entre 14 y 15 años, que corresponden a los alumnos del curso de 3º de ESO, por el cual se ha solicitado la intervención por parte del centro escolar.

El área geográfica de la intervención se desarrolló en el colegio concertado Nuestra Señora del Buen Consejo, situado en la Comunidad de Madrid.

3.2. Procedimiento y actividades desarrolladas:

El programa se desarrolló a través de tres sesiones, las cuales se llevaron a cabo durante los meses de febrero, marzo, abril y mayo, siguiendo el horario determinado por el propio centro.

El taller se dividió en tres bloques que se desarrollaron en cada sesión, la primera sesión fue de psicoeducación, la segunda fue una sesión de contacto, y la tercera una sesión reflexiva.

Sesión 1. Psicoeducación

La razón por la que el centro demanda una intervención en esta promoción en concreto es porque muchos de los alumnos padecen un problema de salud mental, razón por la cual hay un 14% de los alumnos que están recibiendo ayuda psicológica.

Tras el análisis de necesidades se comprobó que existía en esta promoción la necesidad de impartir unas nociones básicas sobre salud y enfermedad mental, es por ello que se pensó que la primera sesión debía ser, por tanto, una sesión psicoeducativa, pues ésta “busca abordar situaciones cotidianas en la vida de las personas que se vuelven complejas por el desconocimiento” (Godoy et al. 2020, p.170), situación que está dándose en esta promoción desde el confinamiento, y así se asentaría la base para paliar el problema.

Los **objetivos** que persigue esta sesión son:

- Que los alumnos adquieran conocimientos sobre qué son la salud y la enfermedad mental.
- Que los alumnos reduzcan su desconocimiento o ideas erróneas sobre distintos aspectos de la salud mental.

Duración: 2 horas.

Recursos:

- Aula
- Ordenador.
- Proyector.
- Internet.
- Presentación de Powerpoint:
<https://docs.google.com/presentation/d/1xOto3aOLMic7GWaAA0ewktuVHvdDyLv0/edit?usp=sharing&oid=101371257256739832080&rtpof=true&sd=true>

Descripción: En esta primera sesión se les proyectó una presentación de Powerpoint en la cual se llevó a cabo una exposición teórica de contenido sobre salud y enfermedad mental, teniendo en cuenta los objetivos que se habían planteado previamente trabajar. No obstante, debido a que el taller estaba dirigido a adolescentes se buscó que fuese lo más dinámico y participativo posible, esto fue por medio de debates abiertos acerca de diferentes conceptos relacionados con la salud mental, visualización de material audiovisual – como tráilers, fragmentos de películas, vídeos etc. –, y la realización de tres actividades grupales.

Entre las actividades que se llevaron a cabo encontramos:

- Actividad 1: Relaciona los síntomas.

Para el desarrollo de esta actividad se les pidió que se pusiesen por parejas o tríos. A continuación, se les presentó en el proyector una serie de enfermedades – COVID, Ansiedad, Gastroenteritis, y Esquizofrenia –, y una serie de síntomas asociadas a las mismas y se les pidió que relacionasen los síntomas con las enfermedades que pensasen que podían causarlas. Por último, debían ponerlo en común con el resto de la clase y ver qué conclusión habían sacado.

Objetivo específico actividad 1: Con esta actividad se pretendió que los alumnos se diesen cuenta de que muchas veces hay síntomas que se comparten tanto enfermedades comunes como enfermedades mentales, pero que, sin embargo, muchas veces se le da más sentido a que se puedan tratar de las primeras a la hora de buscar diagnóstico.

Duración: 10 minutos.

- Actividad 2: Encuentra a la persona con un problema de salud mental.

Para el desarrollo de esta actividad se les pidió que se pusiesen en grupos de cuatro o cinco personas. A continuación, se les proyectó el juego sobre estigma propuesto por la Confederación de Salud Mental de España (<https://puedessertu.org>); en este, se les presentaba una imagen con diferentes personajes, y ellos debían elegir a las tres personas que pensasen que podían estar padeciendo una enfermedad mental simplemente por sus apariencias. Por último, debían ponerlo en común con el resto de la clase, indicando por qué razón habían elegido a cada uno de esos personajes.

Objetivo específico actividad 2: Con esta actividad se pretendió que los alumnos se diesen cuenta de que existen tantos estigmas sobre las personas que padecen enfermedades mentales que, se ha creado un imaginario en el que se tiene una imagen totalmente distorsionada del aspecto que deben tener éstas, cuando, la realidad es que a simple vista no podríamos saber quién está padeciendo una enfermedad mental.

Duración: 10 minutos.

- Actividad 3: Reinventando la prensa.

Para el desarrollo de esta actividad se les pidió que se pusiesen en grupos de tres personas. A continuación, se les proyectó cuatro artículos de prensa distintos en los que se les daba el titular y parte de la noticia. Después, ellos debían decidir si el artículo les parecía estigmatizante hacia las enfermedades mentales o no, y si les parecía estigmatizante decir por qué razón, y cómo lo reescribirían ellos. Por último, debían ponerlo en común con el resto de la clase.

Objetivo específico actividad 3: Con esta actividad se pretendió que los alumnos se diesen cuenta de que muchas veces, el estigma hacia enfermedades mentales se establece en nuestra socialización de manera sutil, como puede ser a través de artículos de prensa que utilizan un lenguaje estigmatizante hacia las mismas. Así como, la importancia de utilizar un vocabulario correcto a la hora de referirnos a personas que padecen enfermedades mentales.

Duración: 15 minutos.

Por último, se les dejó tiempo para que preguntasen dudas si les había surgido alguna.

Sesión 2. Sesión de contacto

Siguiendo la hipótesis de contacto de Allport (1954), en la que se expone que el contacto intergrupal directo reduce prejuicios, y abalado por estudios como el de Mullor et al. (2019), se decidió que sería importante llevar a cabo una sesión de contacto con los alumnos para reducir sus niveles de estigma.

Reducir el estigma existente en esta promoción es necesario, puesto que, otra de las razones por las que el colegio solicitó una intervención fue debido a la falta de solicitud de ayuda por parte de los alumnos, y ésta puede deberse –entre otras razones – al propio estigma que existe en cuanto a las enfermedades mentales (Saiz et al., 2020).

Los **objetivos** que persigue esta sesión son:

- Que los alumnos reduzcan sus prejuicios en cuanto a enfermedades mentales.
- Que los alumnos estén sensibilizados en cuanto al estigma de la salud mental.
- Que los alumnos comprendan la importancia de pedir ayuda ante un problema de salud mental.

Duración: 1 hora.

Recursos:

- Aula.
- Material para dinámica (pegatinas etiquetas y tarjetas preguntas).
- Personas voluntarias con diagnóstico de enfermedad mental.
- Profesionales (Terapeuta ocupacional, Educadora social y Psicóloga).

Descripción: En esta sesión se contó con la participación de usuarios y profesionales del *Centro de Día de Latina* y del *Centro de Rehabilitación Laboral de Aranjuez*, pertenecientes a Grupo 5.

Para empezar, se inició la sesión con una dinámica en la cuál la Educadora Social – del Centro de Día de Latina –, leía una serie de preguntas a los alumnos acerca del estado anímico, si los alumnos respondían afirmativamente debían levantar la mano, entonces se les entregaba una pegatina que contenía una etiqueta que debían pegarse en la camiseta.

Las preguntas fueron las siguientes:

- a) ¿Te has sentido triste en las últimas semanas?
- b) ¿Te has sentido nervioso y/o agobiado en las últimas semanas?
- c) ¿Te has enfadado o discutido con alguien en las últimas semanas?
- d) ¿Hay días que te sientes feliz y animado y otras veces decaído como sin ganas de nada?
- e) ¿Sientes a veces la necesidad de evadirte de la realidad y desconectar de todo?

Y las etiquetas que correspondían a cada pregunta fueron las siguientes:

- a) Depresivo/a.
- b) Ansioso/a.
- c) Agresivo/a o Violento/a.
- d) Bipolar.
- e) Esquizofrénico/a

Una vez que terminó la dinámica se les preguntó si les gustaría salir al patio con esas pegatinas en la camiseta y que se lo viesan el resto de los compañeros y profesores del colegio, y luego se les explicó el porqué de la dinámica.

A continuación, los usuarios que se habían prestado voluntarios – dos del Centro de Día de Latina y una del Centro de Rehabilitación Laboral de Aranjuez –, procedieron a contar uno a uno sus experiencias con la enfermedad. En estas ponencias se destacaron aspectos como el diagnóstico, la edad a la que empezaron a presentar síntomas, qué síntomas tenían, cuándo decidieron acudir a un profesional, cómo es su vida con la enfermedad actualmente, qué hacen en los recursos a los que acuden (CD, CRPS, CRL etc.), o la repercusión que tuvo el apoyo de su familia entre otras cosas.

Por último, se dejó tiempo para que los alumnos hiciesen preguntas tanto a los usuarios como a las profesionales de los centros.

Sesión 3. Sesión reflexiva.

Una vez trabajado el desarrollo de conocimientos fundamentales sobre salud mental y en conseguir esa aproximación hacia los “otros” en la sesión de contacto, se estimó la necesidad de que la última sesión fuese un espacio dónde se fomentase la reflexión por parte de los propios alumnos. Este tipo de sesiones pueden dar paso a generar procesos de transformación tanto individual como comunitaria (Zacarías, Uribe & Gómez, 2018), por lo que resultará imprescindible a la hora de combatir el estigma social de la salud mental – tanto en ellos como, por tanto, en el resto de las personas con las que se relacionen –.

Los **objetivos** que persigue esta sesión son:

- Que los alumnos reflexionen sobre el contenido visto en las sesiones previas.
- Que los alumnos normalicen la existencia de problemas de salud mental y puedan darles voz.
- Que los alumnos conozcan los recursos a los que pueden acudir si se encuentran ante un problema de salud mental.

Duración: 1 hora.

Recursos:

- Aula
- Ordenador.
- Proyector.
- Internet.
- Presentación de Powerpoint: <https://docs.google.com/presentation/d/1G1aJ8vesAEioZ5E4uFfRv4KTmbI8r47j/edit?usp=sharing&oid=101371257256739832080&rtpof=true&sd=true>
- Programa de Salvados “Generación Ansiedad”: https://www.atresplayer.com/lasexta/programas/salvados/temporada-18/generacion-ansiedad_61f3fc614beb28265fff7167/
- Folios.

Descripción: En esta última sesión se les proyectó algunas partes previamente seleccionadas del programa de Salvados, del capítulo “Generación Ansiedad”, en el cual estudiantes universitarios, dos famosos (una cantante y un actor), y un profesional se reúnen para hablar sobre salud mental en las generaciones actuales y cómo ha podido afectar la pandemia en este caso.

Previamente al visionado, se les pidió que fuesen apuntando en un folio (el cual se iba a recoger posteriormente) qué cosas les sugería todo lo visto en el taller, si se sentían identificados con algo, si algo les había llamado la atención, si su perspectiva sobre la salud mental había cambiado entre la pre y la post pandemia etc... para que posteriormente – una vez acabado el programa –, compartiesen sus reflexiones con el resto de la clase y así hacer un pequeño debate.

Después se les proyectó un Powerpoint con información sobre los distintos recursos de salud mental a los que pueden acudir – tanto privados como públicos – si creen que tienen un problema de salud mental, y qué tienen que hacer para solicitar esos recursos.

A continuación, se les proyectó el cambio que se había producido sobre las preguntas de solicitud de ayuda ante problemas de salud mental entre el primer cuestionario que habían realizado y el penúltimo, para que así vieses el impacto que estaba pudiendo tener la intervención en ellos.

Por último, se les dejó tiempo para que preguntasen dudas si les había surgido alguna.

3.3. Sistema de evaluación:

La evaluación del programa se llevó a cabo mediante la creación e implementación de cuestionarios en la plataforma de *Google Forms*, los cuales los alumnos completaron a través de las tablets facilitadas por el propio centro escolar. Asimismo, se realizó una actividad durante la última sesión en el que se recogían reflexiones de los propios alumnos sobre el programa para su posterior análisis.

En cuanto a las evaluaciones realizadas, se midió en cuatro momentos diferentes (evaluación pre-post), con el objetivo de ver el estado inicial del grupo y el impacto que pudo tener la intervención en ellos:

- Para empezar, se realizó una primera evaluación en el mes de febrero, dos semanas antes de empezar la sesión de psicoeducación. Esta medición se llevó a cabo para ver cómo estaba el estado en cuestión antes de realizar la intervención.
- Después, la segunda medición se hizo dos semanas más tarde, el mismo día de la sesión de psicoeducación antes del comienzo de la misma. Esta se realizó para ver si había habido algún cambio en sus opiniones con respecto a las dos semanas previas a pesar de que no se hubiese realizado ninguna intervención aún.
- La tercera medición se llevó a cabo en el mes de abril, una vez pasadas la sesión de psicoeducación y la sesión de contacto, para ver si estas sesiones habían ocasionado algún cambio en los alumnos.
- Y, por último, la cuarta medición se llevó a cabo en el mes de mayo, el mismo día de la sesión reflexiva una vez finalizada la misma.

Los objetivos específicos se evaluaron, por tanto, a través de un cuestionario que recogía tres instrumentos de evaluación distintos, así como un instrumento de ocho preguntas ad hoc diseñado por la autora de este trabajo (p.e. consultar ítems del primer cuadro del anexo III) sobre la intención de los alumnos de pedir ayuda en caso de sufrir algún problema de salud mental (véase el anexo III para ver el cuestionario final), para así conseguir un análisis más detallado. Entre estos instrumentos encontramos:

- La escala de **Solicitud de ayuda** desarrollada por la autora de este trabajo fue creada para medir la intención de solicitud de ayuda ante posibles problemas de salud mental de los alumnos. La escala se compone de ocho ítems, los cuales fueron diseñados para responderse siguiendo una escala Likert con cinco opciones de respuesta – totalmente en desacuerdo, ligeramente en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, ligeramente de acuerdo, totalmente de acuerdo –. Para medir el rendimiento psicométrico de los ítems se llevó a cabo mediante frecuencia de respuestas.
- La escala **Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)** desarrollada por Evans-Lacko et al. (2010a), fue creada para medir el conocimiento en salud mental relacionándolo con el estigma. La escala MAKS va a comprender seis áreas distintas de conocimiento sobre salud mental que permanecen relacionadas con el estigma, éstas son: búsqueda de ayuda, reconocimiento, apoyo, empleo, tratamiento, y, recuperación; y seis elementos que sondan sobre el conocimiento de los participantes en cuanto a enfermedades mentales (Evans-Lacko et al., 2010a).

La escala se compone, por tanto, de doce ítems en total, en los cuales los seis primeros son afirmaciones sobre salud mental; mientras que los seis últimos se tratan de condiciones que pueden estar dentro del grupo de enfermedades mentales, estos últimos ítems cumplen con la función de establecer niveles de conocimiento y familiaridad con las enfermedades mentales, así como para poder contextualizar las respuestas de los seis primeros ítems, por tanto, a la hora de operacionalizar la escala, se tomaron solamente los seis primeros ítems.

Los ítems fueron diseñados para responderse siguiendo una escala Likert con cinco opciones de respuesta – totalmente en desacuerdo, ligeramente en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, ligeramente de acuerdo, totalmente de acuerdo –. Para medir el rendimiento psicométrico de los ítems se llevó a cabo mediante frecuencia de respuestas.

Es importante destacar que esta escala fue diseñada desde un principio para medir un grupo heterogéneo de ítems (Evans-Lacko et al., 2010a), y, por tanto, no sería de extrañar que la consistencia interna de la misma pudiese ser baja. No obstante, en los estudios de validación de la misma realizados por Evans-Lacko et al. (2010a), se destacó que su consistencia interna oscilaba entre el 0,6 y el 0,7.

Actualmente no está validada al castellano, por ello se usó una traducción realizada por la autora de este trabajo para poder aplicarla.

- La escala **Community Attitudes Toward the Mentally Illness (CAMI)** desarrollada por Taylor y Dear (1981), utilizándose concretamente la adaptación validada al castellano por Ochoa y Martínez-Zambrano et al. (2016) en población adolescente. Esta escala es a nivel internacional la más utilizada para medir el estigma social a través de las actitudes de las personas hacia las personas que padecen una enfermedad mental (Ochoa y Martínez-Zambrano et al., 2016).

La escala se compone de cuarenta ítems que al igual que el caso anterior, están diseñados para responderse siguiendo una escala Likert con cinco opciones de respuesta – totalmente en desacuerdo, ligeramente en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, ligeramente de acuerdo, totalmente de acuerdo –. Esta escala se divide en cuatro factores claves: autoritarismo, benevolencia, restricción social, e ideología de la salud mental en la comunidad; dentro de cada factor hay diez afirmaciones – cinco positivas y otras cinco negativas – sobre la forma de tratar y cuidar a personas que padecen una enfermedad mental.

La puntuación de esta escala surge de sumar los ítems en positivo y la inversa en negativo, en la validación al castellano en adolescentes expuesta por Ochoa y Martínez-Zambrano et al. (2016), se demuestra que esta escala tiene una fiabilidad alta, pues la consistencia interna fue en torno al 0,8 y el 0,9.

- La escala **Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)** desarrollada por Evans-Lacko et al. (2011), siendo una adaptación basada en la The Star Social Distance Scale desarrollada por Bogardus en 1924.

Esta escala evalúa la intención de comportamiento relacionado con el estigma social hacia las personas que padecen una enfermedad mental. En ella se pregunta sobre el comportamiento previsto en cuatro contextos diferentes: vivir con, trabajar con, vivir cerca, y tener relación con una persona que padezca una enfermedad mental.

Está compuesta por un total de ocho ítems, los cuatro primeros son preguntas sobre el comportamiento actual del sujeto con personas con problemas de salud mental, como éste puede haber tenido o no dicho comportamiento. Los cuatro primeros ítems son utilizados para medir la prevalencia y por ello, no se utilizan para la evaluación final (Evans Lacko et al., 2011). Mientras que los cuatro últimos ítems son afirmaciones sobre el comportamiento previsto en un futuro sobre los mismos cuatro contextos expuestos en los primeros ítems. Estos ítems, al igual que en las escalas anteriores, están diseñados para responderse siguiendo una escala Likert con cinco opciones de respuesta – totalmente en desacuerdo, ligeramente en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, ligeramente de acuerdo, totalmente de acuerdo –. Para medir el rendimiento psicométrico de los ítems se llevó a cabo mediante frecuencia de respuestas.

En cuanto a la consistencia interna de esta escala, los estudios de validación de la misma llevados a cabo por Evans-Lacko et al. (2011), mostraron unos valores que oscilaban entre el 0,72 y el 0,81.

No obstante, al igual que ocurre con la escala MAKS, actualmente no está validada al castellano, y, por tanto, se usó una traducción realizada por Sayols-Villanueva et al. (2015) para poder aplicarla.

Además de incluir tanto preguntas sociodemográficas al principio como el consentimiento de los participantes.

3.3.1 Fiabilidad para la muestra actual:

Una vez recogidos los resultados de la muestra en cada uno de los momentos en los que se midió la intervención, se encontraron los siguientes resultados en cuanto a la fiabilidad:

- 1) En cuanto a la escala de intención de solicitud de ayuda diseñada por la autora de este trabajo, se obtuvo una fiabilidad de 0,803 en el primer cuestionario, de 0,828 en el segundo cuestionario, y de 0,775 en el tercer cuestionario.
- 2) En cuanto a la escala MAKS sobre el conocimiento de la salud mental diseñada por Evans-Lacko et al. (2010), se obtuvo una fiabilidad de 0,562 en el primer cuestionario, de 0,627 en el segundo cuestionario, y de 0,779 en el tercer cuestionario.
- 3) En cuanto a la escala CAMI sobre las actitudes hacia las personas que padecen una enfermedad mental diseñada por Taylor y Dear (1981), se obtuvo una fiabilidad de 0,922 en el primer cuestionario, de 0,936 en el segundo cuestionario, y de 0,949 en el tercer cuestionario. Por otro lado, se tuvieron en cuenta también las fiabilidades de cada subescala, obteniendo para Autoritarismo una fiabilidad en torno al 0,6 y el 0,7; para Benevolencia una fiabilidad en torno al 0,7 y el 0,8; para Restricción social una fiabilidad en torno al 0,7 y el 0,8; y, por último, para Ideología una fiabilidad en torno al 0,8.
- 4) Finalmente, en cuanto a la escala RIBS sobre la intención de relación con personas con enfermedad mental diseñada por Evans-Lacko et al. (2011), se obtuvo una fiabilidad de 0,872 en el primer cuestionario, de 0,896 en el segundo cuestionario, y de 0,884 en el tercer cuestionario.

3.3.2. Justificación escalas:

Diversos estudios avalan el hecho de que el estigma se exterioriza en el comportamiento social a través de estereotipos, prejuicios y discriminación (Muñoz et al. 2011), que forman parte de los constructos de conocimiento, actitudes y conducta (Moreno et al. 2014). Es por ello por lo que en este estudio se ha querido utilizar las escalas de MAKS, CAMI y RIBS, pues a pesar de que dos de ellas no están validadas al castellano, son de las pocas escalas que evalúan el estigma en sus tres constructos – siendo MAKS utilizada para medir el conocimiento, CAMI para las actitudes y RIBS para las conductas –. Por otro lado, el hecho de que se traten de escalas con un nivel de fiabilidad elevado hace más factible su utilización. Asimismo, destacar que se tratan de escalas breves, pues en estudios previos se ha demostrado que el tiempo de realización de las mismas por separado oscila entre 1 y 5 minutos, pudiendo realizarse las tres juntas en un tiempo inferior a 13 minutos; cosa que puede ser esencial a la hora de hacer una intervención con adolescentes.

Por último, subrayar que no existen numerosos artículos en castellano que utilicen estas tres escalas juntas en una investigación sobre estigma en la salud mental, sin embargo, estudios como el de Moreno et al. (2014) y Sayols-Villanueva et al. (2015) demuestran la efectividad de las mismas para medir de forma más amplia el estigma social.

3.4. Análisis de datos:

Para llevar a cabo el análisis de datos que se recogieron de los cuestionarios se usó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 25.

En el momento previo a realizar los análisis, se invirtieron todos los ítems oportunos y se comprobó la fiabilidad de cada una de las escalas utilizadas – Solicitud de ayuda, MAKS, CAMI y RIBS –, así como la fiabilidad de las cuatro subescalas que componen CAMI – Autoridad, Benevolencia, Restricción Social e Ideología –. Por otro lado, se comprobó también que se cumpliera el supuesto de normalidad de cada escala.

En cuanto a los estadísticos utilizados para el análisis, se encuentran la prueba t de student para muestras independientes para comparar las variables de conocimiento, de actitudes y de solicitud de ayuda antes y después de la psicoeducación y el contacto. La correlación de Pearson para conocer si existía relación entre las actitudes y la solicitud de ayuda. Y ANOVA de un

factor para determinar si existía una relación entre el conocimiento y la identificación de un problema de salud mental.

Por otro lado, también se realizó una actividad con los alumnos durante la última sesión, en ésta debían reflexionar de forma individual y anónima en un papel sobre: qué les sugería el hablar sobre salud mental, sus impresiones sobre cosas vistas en el taller, si se identificaban con algo de lo que habían podido ver, y, si pensaban que su perspectiva sobre la salud mental había cambiado antes y después de la pandemia. Todas las respuestas fueron recogidas y leídas, y se llevó a cabo un análisis del discurso a través de las mismas, para así tener una visión más completa del impacto que podía haber supuesto la intervención en ellos.

4. Resultados

4.1. Análisis cuantitativo:

Durante el primer cuestionario se obtuvo respuesta de 91 estudiantes, el 84.25% de la población (N=108), con una media de edad de 14.21 (DT=0.460) años. El 56% (n=51) de los estudiantes eran hombres, el 44% (n=40) de los estudiantes eran mujeres.

Durante el segundo cuestionario se obtuvo respuesta de 76 estudiantes, el 70.37% de la población (N=108), con una media de edad de 14.37 (DT=0.512) años. El 50% (n=38) de los estudiantes eran hombres, el 50% (n=38) de los estudiantes eran mujeres.

Durante el tercer cuestionario se obtuvo respuesta de 72 estudiantes, el 66.66% de la población (N=108), con una media de edad de 14.35 años (DT=0.508) años. El 48.6% (n=35) de los estudiantes eran hombres, el 51.4% (n=37) de los estudiantes eran mujeres.

Antes de la intervención, el 70.3% (n=64) de los estudiantes declararon no padecer ningún problema de salud mental, el 24.2% (n=22) no saber si padecían algún problema de salud mental, y el 5.5% (n=5) declararon padecer algún problema de salud mental. De estos 5 estudiantes que sí padecían algún problema de salud mental, el 80% (n=4) eran mujeres, mientras que el 20% (n=1) era un hombre.

Tras las sesiones de psicoeducación y contacto, el 69.7% (n=53) de los estudiantes declararon no padecer ningún problema de salud mental, el 21.1% (n=16) no saber si padecían algún problema de salud mental, y el 9.2% (n=7) declararon padecer algún problema de salud mental. De estos 7 estudiantes que sí padecían algún problema de salud mental, el 71.4% (n=5) eran mujeres, mientras que el 28.6% (n=2) eran hombres.

Por último, tras la finalización del programa, el 65.3% (n=47) de los estudiantes declararon no padecer ningún problema de salud mental, el 22.2% (n=16) no saber si padecían algún problema de salud mental, y el 12.5% (n=9) declararon padecer algún problema de salud mental. De estos 9 estudiantes que sí padecían algún problema de salud mental, el 77.8% (n=7) eran mujeres, mientras que el 22.2% (n=2) eran hombres.

Entre los problemas de salud mental se mencionaron: Ansiedad, Estrés, Trastornos de la conducta alimentaria – anorexia y bulimia –, y TDAH.

Las puntuaciones medias de las escalas han sido, para solicitud de ayuda de 3.42 (DT= 0.798), para MAKES de 3.59 (DT= 0.491), para CAMI 3.74 (DT=0.566), y para RIBS de 3.88 (DT=0.901).

Hipótesis 1: Si se informa a los alumnos sobre salud mental el desconocimiento de partida se reducirá.

Tabla 4.

Resultados prueba t para muestras independientes con la variable conocimiento antes y después de la psicoeducación y el contacto.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
CONOCIMIENTO (MAKS TOTAL)	Se asumen varianzas iguales	0,518	0,473	-1,149	165	0,252
	No se asumen varianzas iguales			-1,156	163,064	0,249

Como se muestra en la tabla 4, al realizar la prueba t de Student para la variable de conocimiento, antes y después de la aplicación de la intervención de psicoeducación y contacto, encontramos que la prueba t tiene una significación de $t(165) = -1.1149$, $p = 0.252$, por tanto, al cumplirse que ($p > 0.05$) se determina que no existen diferencias significativas entre grupos. Por tanto, *se rechaza la hipótesis*.

Hipótesis 2: Si se sensibiliza a los alumnos sobre la importancia de la salud mental, el estigma se reducirá.

Tabla 5.

Resultados prueba t para muestras independientes con las variables de actitud e intención de relación antes y después de la psicoeducación y el contacto.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
ACTITUDES (CAMI TOTAL)	Se asumen varianzas iguales	1,476	0,226	-0,787	165	0,432
	No se asumen varianzas iguales			-0,780	152,499	0,437
INTENCIÓN DE RELACIÓN (RIBS TOTAL)	Se asumen varianzas iguales	2,539	0,113	-0,600	165	0,549
	No se asumen varianzas iguales			-0,594	150,784	0,554

Como se muestra en la tabla 5, al realizarse la prueba t de Student para la variable de actitudes, antes y después de la aplicación de la intervención de psicoeducación y contacto, encontramos que la prueba t tiene una significación de $t(165) = -0.787$, $p = 0.432$, en el caso de CAMI y de $t(165) = -0.600$, $p = 0.549$ en el caso de RIBS, por tanto, al cumplirse que para ambos casos ($p > 0.05$) se determina que no existen diferencias significativas entre grupos. Por tanto, *se rechaza la hipótesis*.

Hipótesis 3: Si se sensibiliza a los alumnos sobre la importancia de la salud mental, la percepción sobre la demanda de ayuda será más positiva.

Tabla 6.

Resultados prueba t para muestras independientes con la variable solicitud de ayuda antes y después de la psicoeducación y el contacto.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias			
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	
SOLICITUD DE AYUDA	Se asumen varianzas iguales	0,019	0,889	-0,209	165	0,835
	No se asumen varianzas iguales			-0,208	156,464	0,836

Como se muestra en la tabla 6, al realizar la prueba t de Student para la variable de solicitud de ayuda, antes y después de la aplicación de la intervención de psicoeducación y contacto, encontramos que la prueba t tiene una significación de $t(165) = -0.209$, $p = 0.835$, por tanto, al cumplirse que ($p > 0.05$) se determina que no existen diferencias significativas entre grupos. Por tanto, *se rechaza la hipótesis*.

Hipótesis 4: Si hay una reducción del estigma de salud mental sobre los alumnos, la percepción sobre la demanda de ayuda será más positiva.

Para obtener una relación entre reducción de estigma y percepción de demanda de ayuda se realizó un análisis de correlación entre las variables de actitudes e intención de relación y solicitud de ayuda en los diferentes momentos de la intervención:

Tabla 7A.

Resultados coeficientes r de Pearson entre las variables Solicitud de ayuda, Actitudes e Intención de relación durante el cuestionario I (Línea base).

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7
1. SOLICITUD DE AYUDA		-0,240*	-0,312**	-0,127	-0,231*	-0,199	-0,119
2. TOTAL ACTITUDES (CAMI)	-0,240*		0,828**	0,865**	0,914**	0,924**	0,694**
3. AUTORIDAD	-0,312**	0,828**		0,599**	0,692**	0,693**	0,574**
4. BENEVOLENCIA	-0,127	0,865**	0,599**		0,723**	0,718**	0,552**
5. RESTRICCIÓN SOCIAL	-0,231*	0,914**	0,692**	0,723**		0,814**	0,625**
6. IDEOLOGÍA	-0,199	0,924**	0,693**	0,718**	0,814**		0,692**
7. TOTAL INTENCIÓN DE RELACIÓN (RIBS)	-0,119	0,694**	0,574**	0,552**	0,625**	0,692**	

Nota. *La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral). ** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Como se ve en la tabla 7A, en el cuestionario de línea base se encontraron correlaciones negativas y significativas entre las variables de solicitud ayuda y el total de actitudes ($r = -0.240$, $p < 0.05$), asimismo, entre las variables solicitud de ayuda y dos de las subescalas de actitudes: con autoridad ($r = -0.312$, $p < 0.01$) y con restricción social ($r = -0.231$, $p < 0.05$).

Tabla 7B.

Resultados coeficientes r de Pearson entre las variables Solicitud de ayuda, Actitudes e Intención de relación durante el cuestionario 2 (Psicoeducación + contacto).

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7
1. SOLICITUD DE AYUDA		-0,206	-0,324**	-0,106	-0,151	-0,182	-0,178
2. TOTAL ACTITUDES (CAMI)	-0,206		0,883**	0,904**	0,896**	0,927**	0,760**
3. AUTORIDAD	-0,324**	0,883**		0,753**	0,701**	0,770**	0,645**
4. BENEVOLENCIA	-0,106	0,904**	0,753**		0,744**	0,771**	0,636**
5. RESTRICCIÓN SOCIAL	-0,151	0,896**	0,701**	0,744**		0,780**	0,691**
6. IDEOLOGÍA	-0,182	0,927**	0,770**	0,771**	0,780**		0,760**
7. TOTAL INTENCIÓN DE RELACIÓN (RIBS)	-0,178	0,760**	0,645**	0,636**	0,691**	0,760**	

Nota. **La correlación es significativa en el nivel 0.01(bilateral).

Como se ve en la tabla 7B, en el cuestionario posterior a la psicoeducación y el contacto se encontró una correlación negativa y significativa entre las variables de solicitud de ayuda y una de las subescalas de actitudes: autoridad ($r = -0.324$, $p < 0.01$).

Tabla 7C.

Resultados coeficientes r de Pearson entre las variables Solicitud de ayuda, Actitudes e Intención de relación durante el cuestionario 3 (Reflexión).

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7
1. SOLICITUD DE AYUDA		0,187	0,157	0,214	0,116	0,215	0,141
2. TOTAL ACTITUDES (CAMI)	0,187		0,865**	0,938**	0,944**	0,903**	0,791**
3. AUTORIDAD	0,157	0,865**		0,791**	0,735**	0,667**	0,607**
4. BENEVOLENCIA	0,214	0,938**	0,791**		0,855**	0,774**	0,728**
5. RESTRICCIÓN SOCIAL	0,116	0,944**	0,735**	0,855**		0,810**	0,744**
6. IDEOLOGÍA	0,215	0,903**	0,667**	0,774**	0,810**		0,783**

7. TOTAL INTENCIÓN DE RELACIÓN (RIBS)	0,141	0,791**	0,607**	0,728**	0,744**	0,783**
--	-------	---------	---------	---------	---------	---------

Nota. **La correlación es significativa en el nivel 0.01(bilateral)

Como se ve en la tabla 7C, en el cuestionario posterior a la reflexión no se encontraron correlaciones significativas entre las variables de solicitud de ayuda, actitudes e intención de relación.

Por tanto, podemos *confirmar parcialmente* el hecho de que existe una relación entre la reducción del estigma y la demanda de ayuda.

Hipótesis 5: Si los alumnos tienen más conocimiento sobre los problemas de salud mental, serán capaces de identificar si padecen algún problema de salud mental.

Se realizó un análisis de varianza entre las personas que pasaron por las tres intervenciones (n=68) para comprobar si el hecho de haber pasado por toda la intervención hizo que fuesen más capaces de identificar si padecían algún problema de salud mental.

Tabla 8A.

Resultados ANOVA de un factor con las variables de conocimiento y padecimiento de un problema de salud mental.

CONOCIMIENTO (MAKS TOTAL)	SS	gl	MS	F	Sig.
Entre grupos	1,691	2	0,846	3,622	0,028
Dentro de grupos	46,925	201	0,233		
Total	48,616	203			

Como se puede comprobar en la tabla 8A, al realizar el ANOVA para las variables de conocimiento y padecimiento de un problema encontramos que su significación ($p < 0.05$), y por tanto, existen diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 8B.

Tabla de comparaciones múltiples.

(I) ¿Padece o ha padecido algún problema de salud mental?	(J) ¿Padece o ha padecido algún problema de salud mental?	(I-J)	ET	Sig.
NO	NO LO SE	0,04893	0,08234	0,838
	SÍ	-0,27992*	0,11323	0,049
NO LO SE	NO	-0,04893	0,08234	0,838
	SÍ	-0,32885*	0,12725	0,037
SÍ	NO	0,27992*	0,11323	0,049
	NO LO SE	0,32885*	0,12725	0,037

Nota. *La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Como se puede comprobar en la tabla 8B, si hacemos la comparación entre los grupos, podemos ver que efectivamente existe diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los del grupo de “Sí” con los de “No” y “No lo sé”. Y por tanto, esto quiere decir que se *acepta la hipótesis* y que las

personas que identificaron padecer una enfermedad mental también tenían más conocimiento de lo que son estas, en comparación con quienes decían no tener estas enfermedades.

Hipótesis 6: Los alumnos que realicen la intervención completa, verán de forma más positiva la solicitud de ayuda ante un problema de salud mental.

Se realizó un análisis de varianza entre las personas que pasaron por las tres intervenciones (n=68) para comprobar si el hecho de haber pasado por toda la intervención hizo que viesen de forma más positiva solicitar ayuda si padecían algún problema de salud mental.

Tabla 9A.

Resultados ANOVA de un factor con las variables de solicitud de ayuda y padecimiento de un problema de salud mental.

SOLICITUD DE AYUDA	SS	gl	MS	F	Sig.
Entre grupos	5,858	2	2,929	4,907	0,008
Dentro de grupos	119,969	201	0,597		
Total	125,827	203			

Como se puede comprobar en la tabla 9A, al realizar el ANOVA para las variables de solicitud de ayuda y padecimiento de un problema encontramos que su significación ($p < 0.05$), y por tanto, existen diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 9B.

Tabla de comparaciones múltiples.

(I) ¿Padece o ha padecido algún problema de salud mental?	(J) ¿Padece o ha padecido algún problema de salud mental?	(I-J)	ET	Sig.
NO	NO LO SE	0,33825*	0,13165	0,039
	SÍ	0,40411	0,18105	0,085
NO LO SE	NO	-0,33825*	0,13165	0,039
	SÍ	0,06586	0,20346	0,949
SÍ	NO	-0,40411	0,18105	0,085
	NO LO SE	-0,06586	0,20346	0,949

Nota. *La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Como se puede comprobar en la tabla 9B, si hacemos la comparación entre los grupos, podemos ver que efectivamente existe diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los del grupo de “No” con los del “No lo sé”. Y por tanto, esto quiere decir que las personas que identificaron no padecer o no saber si padecían una enfermedad mental veían de forma más positiva tras la intervención la posibilidad de solicitar ayuda ante un problema de salud mental, por tanto, *se acepta la hipótesis.*

4.2. Análisis cualitativo:

Durante la última sesión se realizó una actividad con los alumnos en la que se les pidió que reflexionaran de forma anónima e individual en un papel sobre cuatro cuestiones relacionadas con el propio programa: 1) Qué les sugería el que se hablase sobre salud mental, 2) Sus impresiones sobre cosas vistas en el taller así como si había algo que les hubiese llamado la atención especialmente, 3) Si se sentían identificados con algo de lo hayan podido ver, y por

último 4) Si pensaban que su perspectiva sobre la salud mental había cambiado antes y después de la pandemia.

A continuación se presenta un análisis del discurso sobre las respuestas que dieron a dichas cuestiones.

Para empezar, en cuanto a la pregunta sobre *qué les sugería el que se hable sobre salud mental* se encontraron entre las respuestas más repetidas:

“Me sugiere esperanzas en el sentido de que se está normalizando y me tranquiliza haber escuchado gente que le pasa lo mismo que a mí”.

“Que hay un problema con la salud mental.”

“Nada/No sé.”

“Que mis problemas son mucho más comunes de lo que podía llegar a pensar”.

“Que las enfermedades mentales son muy comunes y no hay que avergonzarse de ellas”.

“Que la salud mental es un tema normal del que debe ser hablado”.

“Que debemos normalizar las enfermedades de salud mental”.

“No se da suficiente atención a las enfermedades mentales, ya sean leves o graves”.

“Que es importante acudir a personas que nos conocen, no siempre podemos salir solos de algunas situaciones”.

Esto demuestra que a pesar de que haya respuestas como “Nada” o “No sé”, la generalidad de los alumnos con este taller se han podido dar cuenta sobre la necesidad y la importancia que existe en la sociedad de hablar acerca de la salud mental. Esto se puede enlazar con los resultados encontrados en la hipótesis número 6 del trabajo, y es que los alumnos que pasaron por todo el programa han presentado una mayor disposición a solicitar ayuda si en algún momento padeciesen un problema de salud mental. Por tanto, se puede determinar que el hablar sobre la salud mental con los adolescentes sirve para concienciarles de la importancia que tiene.

Sobre la pregunta de sus *impresiones* y si había algo que les hubiese *llamado la atención* de las sesiones, entre las respuesta más repetidas se encuentran:

“El dato de que el mayor motivo de muerte de 15-29 años es el suicidio”.

“Tenerlo todo no te quita el derecho a estar mal”.

“Me ha llamado mucho la atención la cantidad de jóvenes que han pasado por una enfermedad de salud mental”.

“No.”

“Me ha llamado la atención que la gente hable de su experiencia y lo normalice”.

“Nada.”

“Me ha sorprendido la cantidad de personas que tiene ansiedad por la pandemia, no sabía que afectó tanto a la salud mental”.

“La poca inversión en psicólogos.”

“Que hay famosos que también padecen enfermedades mentales.”

En estas respuestas se puede incidir que muchos jóvenes no llegan a ser conscientes de que las enfermedades mentales no son algo ligado a la edad, y que cualquiera puede padecerlos, incluidos ellos, y que, de hecho, como han podido ver, por ejemplo, el suicidio es una de las primeras causas de muerte en la población de entre 15 y 29 años, es decir, su propio rango de edad, pero que muchos no lo sabían ya que sigue siendo un tema sometido al estigma social, y, por tanto, al tabú. El poder ver esto de alguna forma les puede servir de cara a normalizar sus propios problemas de salud mental, y a darse cuenta de que no están solos, por tanto, puede ser una forma de desligarse de ese estigma que se encuentra a nivel social sobre los problemas de salud mental.

Sobre la pregunta de si se habían *sentido identificados con algo* de lo visto se encontraron entre las respuestas más repetidas:

“Me siento identificada con la parte de que la ansiedad te quita las ganas de hacer cosas, de salir de casa, de estar motivada con los estudios”.

“No.”

“Con infinidad de cosas, ansiedad, autolesiones, TCA, problemas para pedir ayuda...”

“Con nada.”

“En algunas ocasiones.”

“Me siento identificado, dado que este año a parte de cosas de años anteriores, he tenido ataques de ansiedad y estrés por los exámenes”.

“Bueno, yo creo que todos tenemos problemas, aunque no sean tan fuerte como ellos”.

“Estar triste, aunque lo tengas todo.”

“Sí, pero más sobre que las cosas generan ansiedad.”

En este caso, a pesar de que la mayoría no se vieron identificados en cuanto a lo que se vio durante la intervención, un buen porcentaje de los alumnos respondieron que padecían de vez en cuando episodios de ansiedad o ataques de ansiedad, sobre todo relacionado con los exámenes, cosa que puede atribuirse a las consecuencias provocadas por el propio confinamiento y el cambio en cuanto a la enseñanza online para su posterior vuelta a la enseñanza presencial cuando aún estaban en ese periodo de adaptación. No obstante, es interesante el hecho de que, si se junta con las respuestas que dieron a los cuestionarios, hay más gente que en esta actividad ha destacado sufrir algún episodio de ansiedad que lo que respondieron por los propios cuestionarios, lo que hace pensar que la mayoría ha normalizado los episodios de ansiedad como parte de los estudios. Por otro lado, esto puede enlazarse con los resultados encontrados en la hipótesis número 5 del trabajo, y es que de los alumnos que participaron en las tres intervenciones, los que respondieron que sí padecían un problema de salud mental, demostraron tener un mayor conocimiento en cuanto a los problemas de salud mental que los que respondieron que no o que no lo sabían.

No obstante, es importante destacar que después de la intervención, el número de personas que identificaron que podían estar padeciendo un problema de salud mental aumentó, lo cual quiere decir que les ha podido servir como herramienta para reconocer que algo no estaba bien.

Por último, sobre la pregunta de *si creían que su perspectiva sobre la salud mental había cambiado entre la prepandemia y la actual*, entre las respuestas más repetidas se encuentran:

“Si que ha cambiado porque antes no se normalizaba hablar de ello”.

“Mucho, antes apenas sabía lo que era, y después me he dado cuenta de que tengo muchos”.

“Completamente, antes de la cuarentena no era consciente de estos problemas, y creo que cada vez voy aprendiendo más sobre este tema”.

“Sí, porque a través de las sesiones ha cambiado mi punto de vista”.

“Sí, antes pensaba que un problema de salud mental era mucho menos recurrente de lo que es”.

“No, sigue siendo la misma.”

“La concepción de la enfermedad mental después del Covid-19 ha cambiado. Antes la depresión, el duelo o la ansiedad no las consideraba enfermedades mentales. Hasta después de la pandemia, esto me ayudó a cambiar de opinión y normalizarlo.”

“Se le está dando más visibilidad.”

“Mi percepción no ha cambiado, pero creo que sí que ha aumentado el número de personas que sufren problemas de salud mental.”

En estas respuestas se puede ver el papel que ha jugado la pandemia de la Covid-19 en la salud mental, para empezar, destacar que, gracias a ella, y como se puede comprobar, la gran mayoría de alumnos antes de la pandemia no estaban muy relacionados con todo lo que tenía que ver con la salud mental, sin embargo, después de esta, muchos de ellos han adquirido más conocimientos sobre la salud mental. Por otro lado, como algo negativo, también se ha podido destacar que muchos de los problemas que se han podido ver en esta promoción están enlazados con la pandemia, y más concretamente con el confinamiento al que se vieron obligados a cumplir en una etapa que resulta tan importante para ellos. Sin embargo, como conclusión se puede insistir en que toda esta serie de características han ayudado a que esta promoción pueda estar más concienciados sobre salud y enfermedad mental, y por tanto con las implicaciones que esto tiene en cuanto al estigma social.

5. Discusión

5.1. Integración resultados, y posibles interpretaciones:

Como se ha desarrollado con anterioridad, la dirección y orientación del colegio de Nuestra Señora del Buen Consejo demandó una intervención para los alumnos de 3º de ESO debido al aumento de casos de problemas de salud mental que se habían producido después del confinamiento por la Covid-19.

Al identificar las necesidades que existían con respecto a los problemas de esta promoción, se determinó que sería necesario llevar a cabo una intervención que partiese de tres sesiones – psicoeducación, contacto, y reflexión –, para así fomentar que los alumnos redujesen y se sensibilizasen acerca del estigma social que existe alrededor de los problemas de salud mental, y con ello poder evitar las posibles reticencias – debido al estigma social – a la hora de pedir ayuda si pensasen que podían estar padeciendo uno.

Tras los análisis tanto cuantitativos como cualitativos que se llevaron a cabo, se determinó que desarrollar conocimientos fundamentales sobre salud mental y sensibilizar a los alumnos sobre el estigma social del que esta parte juega un papel importante a la hora de reconocer y solicitar ayuda ante el padecimiento de un problema de salud mental por su parte.

Por otro lado, creo que es interesante hacer un inciso en cuanto al cariz de género con respecto a los resultados encontrados. Como desarrollan numerosas investigaciones como la de Lim et al. (2015) y que, además, corroboraron durante las entrevistas previas tanto los profesores como las orientadoras entrevistadas, existe una diferencia en cuanto a la madurez entre chicos y chicas a estas edades, resultando ésta, más desarrollada en el segundo grupo.

Este aspecto adquiere especial relevancia a la hora de hablar de la salud mental, pues cómo se ha podido apreciar a lo largo de la intervención, y que es abalado por los propios resultados, este mayor desarrollo en madurez hace que las mujeres sean más proclives que los hombres a desarrollar problemas de salud mental a estas edades, cosa que se demuestra en el hecho de que la mayoría de la muestra que padecía problemas de salud mental resultaban ser mujeres. A este hecho se le pueden achacar dos razones determinadas por los roles de género impuestos por la propia sociedad:

Por un lado, el hecho de que históricamente la mujer se ha visto sometida al cumplimiento de una serie de exigencias sociales que tienen que ver con su comportamiento, su proyección de futuro y su propio aspecto físico, y que se han ido transfiriendo de generación a generación y el resultado ha sido el desarrollo de problemas de salud mental desde edades más tempranas, entre los que se destacan la ansiedad, el estrés, o los trastornos de la conducta alimentaria.

Por otro lado, el hecho de que no se hayan encontrado en este caso tantos problemas de salud mental en hombres como en mujeres puede venir también de que los roles de género exigen a

los hombres a no mostrarse débiles, y esto, como expresa Azpiazu Carballo (2017), puede afectar especialmente a los hombres al no poder expresar sus emociones de forma tan abierta, y menos si se trata de una “debilidad” como puede ser un problema de salud mental.

Esto es algo que pudo apreciarse tanto durante las propias sesiones, pues las mujeres mostraban mayor interés y se les veía más comprometidas mientras que los hombres en su mayoría procuraban hacer chistes, como durante la aplicación de los cuestionarios, donde gran parte de la muestra que se desechó fue masculina debido a las contestaciones que dieron.

Sin embargo, es relevante señalar que después de lo vivido en el año 2020 con la pandemia provocada por la Covid-19 y todo lo que esto conllevó, parece ser que, a pesar de que las generaciones más jóvenes han podido ser las más afectadas a nivel psicológico, por otra parte ha supuesto la oportunidad perfecta para que empiecen a ser más conscientes de la importancia que recae en disponer de una correcta salud mental para la calidad de vida, cosa que en las generaciones anteriores no se ha dado nunca en tal magnitud.

5.2. Limitaciones y fortalezas:

Es preciso incidir en que el presente trabajo podemos encontrar una serie de limitaciones:

En primer lugar, destacar el hecho de que no haya sido posible contar con un grupo de control en el trabajo, pues esto hubiese hecho que fuese más fácil comprobar la factibilidad de la propia intervención en los alumnos a los que se les ha aplicado.

Otra de las limitaciones tiene que ver con las escalas seleccionadas para la evaluación, más concretamente las escalas MAKS y RIBS, puesto que a pesar de que existen estudios previos donde la utilización combinada entre MAKS-CAMI-RIBS ha sido un éxito en cuanto a la medición de actitudes, conocimiento y estigma de la salud mental en población en general, estas dos escalas no han sido adaptadas y validadas al castellano todavía.

Por otro lado, las condiciones temporales, pues, las sesiones del taller tuvieron que realizarse siguiendo la posibilidad de horarios pautados por el propio centro escolar, tanto en cuanto a la duración como a la temporalidad de las mismas. Esto, entre otras cosas, también afectó a la realización de los cuestionarios, pues algunos de ellos – como el posterior a la psicoeducación y contacto –, tuvieron que ser aplicados semanas después de la propia sesión por las orientadoras, afectando así tanto al tamaño de la muestra, como a los resultados.

También caben destacar las condiciones materiales, pues para la aplicación de los cuestionarios se usaron tablets proporcionadas por el propio centro, y se realizaron a través de la plataforma de Google Forms, en la cual se pudo ver como a algunos de los alumnos les daba problemas técnicos a la hora de rellenarlos, asimismo, matizar que el hecho de que los realizasen en tablets también hizo que tardasen más tiempo de lo previsto, pues por un lado, debían ingresar sus cuentas del Moodle del centro escolar – para las cuales muchos de ellos no se sabían sus correos y contraseñas y hubo que buscar alternativas –, y por otro lado, usar las tablets supuso una distracción para ellos – pues al no estar controladas las usaban para meterse en otras páginas o aplicaciones –.

Asimismo, en relación al sistema de evaluación, otra de las limitaciones tiene que ver con que el diseño original de esta intervención implicaba llevar a cabo una evaluación después de cada sesión realizada, para así ver la evolución que se iba dando entre sesiones, sin embargo, debido a la imposibilidad de encuadrarlo en el horario de los alumnos, se decidió pasar una medición conjunta una vez hecha la psicoeducación y la sesión de contacto. No obstante, cabe destacar esto último como algo que puede haber ido a favor de la intervención, pues el realizar tantas veces el mismo cuestionario hizo que los alumnos perdiesen el interés por hacerlo objetivamente.

Lo cual nos lleva a la última limitación del trabajo, y es que al final en los cuestionarios fue disminuyendo la muestra pues al perder los alumnos el interés por hacerlo, se dieron bastantes datos perdidos que hubo que eliminar a la hora de hacer los análisis finales.

En cuanto a los aspectos positivos que podemos destacar que dentro de este estudio encontramos que:

Por un lado, se ha dotado a los alumnos con una serie de herramientas muy necesarias a la hora de poder identificar los posibles problemas de salud mental que les surjan, sobre todo en una etapa como es la adolescencia en la que se producen tantos cambios tanto a nivel físico como psicológico que pueden hacer que pasen desapercibidos.

También se destaca que este programa supone una forma de que los alumnos puedan normalizar y aceptar la existencia de problemas de salud mental en cualquier rango de edad, favoreciendo que si alguna vez se ven inmersos en uno, la probabilidad de que soliciten ayuda y atención para tratarlo sea mayor.

Asimismo, el normalizar los problemas de salud mental supone un avance en la lucha contra el estigma social, que favorece tanto al colectivo de personas con problemas de salud mental para que puedan vivir una vida digna y sin miedo, como a la propia sociedad pues se vuelve más inclusiva.

Por otro lado, como punto fuerte se puede destacar también que la versatilidad del programa permite que pueda aplicarse esta intervención a otros cursos independientemente de la edad de los alumnos.

Finalmente, otra fortaleza de la que dispone la intervención es que es un programa asequible para cualquier colegio, pues tiene un bajo coste debido a que la mayoría de los materiales que se necesitan suelen estar disponibles en los centros escolares.

5.3. Recomendaciones prácticas:

De cara a intervenciones futuras recomendaría la realización de sesiones también con los padres y profesores del centro, pues una de las cosas que se pudieron apreciar en las entrevistas previas del estudio 1 fue que muchos de ellos partían de desconocimiento total a cerca de todo lo relacionado con la salud mental, llegando a mostrar incluso discursos que dejaban patente el estigma hacia los problemas de salud mental, a pesar de que muchas veces tuviesen la intención contraria.

Con relación a esto, es importante remarcar que al final la muestra de esta intervención ha sido alumnos menores de edad, lo cual implica que pueden estar influenciados por las opiniones y los discursos que tengan los adultos de su entorno. Es por ello que, el trabajo con su entorno directo también puede ayudar a que se dé esa normalización en cuanto a la salud mental y fomenta que, si creen que padecen algún problema, estén más dispuestos a pedir ayuda.

Por otro lado, sería interesante que en futuras intervenciones no se pasasen los cuestionarios tantas veces si se trabaja con niños o adolescentes, pues hay más predisposición a que se cansen de hacerlo, y por tanto las respuestas que den a los mismos no sean fiables u objetivas.

6. Referencias

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge: Addison-Wesley.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arab, E. & Díaz, G. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 7-13.
- Araluce, A. (2021, 26 mayo). *Tipos de Trastornos Mentales*. AMAI TLP. Recuperado 20 de abril de 2022, de <https://www.amaitlp.org/blog/tipos-de-trastornos-mentales/>
- Aretio Romero, A. (2010). Una mirada al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 289-300.
- Azpiazu Carballo, J. (2017). *Masculinidades y feminismo*. Virus.
- Ballesteros, J.C., Sanmartín, A., Tudela, P., Rubio, A. (2020). *Barómetro juvenil sobre Salud y Bienestar 2019*. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, FAD.
- Bueno Abad, J. R. & Mestre Luján, F. J. (2005). Prensa y representaciones sociales de la enfermedad mental. *Intervención Psicosocial*, 14(2), 131-159.
- Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M. C., & Tizón, J.L. (2020). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención Primaria*, 53(1), 89-101.
- Confederación de Salud Mental España. (2021, 5 octubre). *¿Sabrías adivinar quién tiene un problema de salud mental?* Confederación de Salud Mental. Recuperado 1 de febrero de 2022, de <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-espana-juego-online-derribar-estereotipos-problemas-salud-mental/>
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). (2008). *Salud mental y medios de comunicación. Guía de estilo*. CIRSA.
- Desviat, M. (2020). Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Educació Social, Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 17-45.
- Erikson, E.H. (1971). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010a). Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 440-448.
- Evans-Lacko, S., London, J., Little, K., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010b). Evaluation of a brief anti-stigma campaign in Cambridge: do short-term campaigns work? *BMC Public Health*, 10(339) 1-6.
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and Psychometric Properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a Stigma Related Behaviour Measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263-271.
- Fábregas, M. (2018). *Guía de estilo sobre la salud mental para los medios de comunicación*. Confederación de la Salud Mental España. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/guia-salud-mental-medios-comunicacion/>

- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández Sampieri, R. (2022). *Metodología De La Investigación* (5.a ed.). McGraw-Hill Education.
- Lasa Zulueta, A. (2016). *Adolescencia y salud mental: una aproximación desde la relación clínica*. Editorial Grupo5.
- Lim S, Han CE, Uhlhaas PJ, Kaiser M. (2015). Preferential detachment during human brain development: Age and sex specific structural connectivity in diffusion tensor imaging (DTI) data. *Cereb Cortex*, 25(6), 1477-1489. doi: <https://doi.org/10.1093/cercor/bht333>
- Link, B. G., y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Macaya Sandoval, X. C., Pihan Vyhmeister, R., & Vicente Parada, B. (2018). Evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 215-232.
- Maguiña Vargas, C., Gastelo Acosta, R., & Tequen Bernilla, A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Médica Herediana*, 31(2), 125-131.
- Martín Arias, E., & Ahaoual Rodríguez, S. (2019). *Proyecto estigmatismo*. Madrid: Grupo 5.
- Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W., Mena Poblete, C., & Manchego Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.
- Montero, I.; Aparicio, D.; Gómez-Beneyto, M.; Moreno-Küstner, B.; Reneses, B.; Usall, J. & Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Revista Gaceta Sanitaria*, 18, 175-181.
- Moreno Herrero, A. M., Sánchez Sánchez, F., & López de Lemus Sarmiento, M. (2014). Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society & Education*, 6(1), 17-26.
- Mullor, D., Sayans-Jiménez, P., Cangas, A. J., & Navarro, N. (2019). Effect of a Serious Game (Stigma-Stop) on Reducing Stigma Among Psychology Students: A Controlled Study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(3), 205–211.
- Muñoz Lopez, M., Rodríguez González, A., Panadero Herrero, S., & Pérez Santos, E. (2009). Evaluación de la atención a las personas con enfermedad mental grave y persistente: la experiencia de Madrid. *Clínica y Salud*, 20(1), 43-55.
- Muñoz, M., Guillén, A.I., Pérez-Santos, E., Crespo, M., & Izquierdo, S. (2011). La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico de la prensa escrita, radio y televisión. *Clínica y Salud*, 22(2), 157-173.
- Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., Villellas, R., Martín, J.R., Pérez-Franco, M.B., Valduciel, T., García-Franco, M., Balsera, J., Pascual, G., Miguel, J., Julia, E., Casellas, D., & Haro, J.M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150-157.

- Organización Mundial de la Salud. (2018, 30 marzo). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. OMS. Recuperado 10 de abril de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, marzo). *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci Brief-Mental health-2022.1>
- Oviedo Rodríguez, J. (2013). La enfermedad mental y la familia. *Revista de Psicología GEPU*, 4(1), 160-165.
- Paricio del Castillo, R., & Pando Velasco, M. F. (2020). Salud infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 37(2), 30-44.
- Ramos Bernal, A. (2010). *Stop al estigma de la salud mental*. Club Universitario.
- Ribot Reyes, V. C., Chang Paredes, N., & González Castillo, A. L. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población, *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(Supl.), 1-11.
- Ruiz Chasco, S. (2013). Una aproximación al análisis sociológico del discurso, una apuesta por la razón práctica, en: Giménez Rodríguez, S. y Tardivo, G. (Coords.) *Proyectos sociales, creativos y sostenibles*. Toledo: ACMS, 421-434.
- Ruiz Ruiz, J. (2009). Análisis sociológico del discurso: Métodos y lógicas. *Forum Qualitative Social Research*, 10(2), Art.26
- Saiz, J., Escudero, M. A., Ugidos, C., Vaquero, C., Cebollero, M., & Goldsby, T. L. (2020). Five Strategies to Reduce the Stigma Among High School Students Towards People with Persistent Mental Disorders in Three Cities of Spain. *The Journal of Rehabilitation*, 87(2), 63-73.
- Salavdor-Carulla, L., Almeda, N., Álvarez-Gálvez, J., & García-Alonso, C. (2020). En la montaña rusa: breve historia del modelo de atención de salud mental en España. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 3-10.
- Salvados - Temporada 18 - Generación ansiedad*. (2022, 30 enero). [Vídeo]. ATRESPLAYER. https://www.atresplayer.com/lasexta/programas/salvados/temporada-18/generacion-ansiedad_61f3fc614beb28265fff7167/
- Sánchez Cabaco, A. (1995). *Indicadores de riesgo en salud mental y estrategias de prevención en la adolescencia*. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca. Caja Salamanca y Soria.
- Sanchez-Villena, A. R., & De la Fuente-Figuerola, V. (2020). COVID-19: Cuarentena, aislamiento, distanciamiento social, y confinamiento ¿son los mismo?. *Asociación Española de Pediatría*, 93(1), 73-74.
- Sanchís, I. (2017, 18 de enero). Vivimos en la inmovilidad frenética. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/lacontra/20170118/413452749251/vivimos-en-la-inmovilidad-frenetica.html>
- Sayols-Villanueva, M., Ballester-Ferrando, D., Gelabert-Vilella, S., Fuentes-Pumarola, C., & Rascón-Hernán, C. (2015). El estigma de los trastornos mentales en los estudiantes de enfermería. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 2, 7-15.
- Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.

- Taylor, S.M., Dear M.J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.
- Treviño-Elizondo, F.A., Willis, G.B., Siller-González, B., & Quiroga-Garza, A. (2018). La representación de la enfermedad mental en la prensa escrita. *Estudios sobre el mensaje periodístico*, 24(2), 1861-1874.
- UNICEF. (2020a, junio). *Salud mental e infancia en el escenario de la COVID-19*.
- UNICEF. (2020b). *¿Qué es la adolescencia?* Recuperado 22 de abril de 2022, de <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia1s>
- Zacarés González, J.J., Iborra Cuéllar, A., Tomás Miguel, J.M., & Serra Desfilis, E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: Una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de Psicología*, 25(2), 316-329.
- Zacarías Salinas, X., Uribe Alvarado, J. I., & Gómez Aro, R. (2018). Talleres reflexivos con mujeres: una estrategia participativa de investigación y diálogo en contextos comunitarios. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 24(47), 115-134.

Anexos

Anexo I. Guion de entrevistas semiestructuradas

INTRODUCCIÓN

Buenos días/tardes, soy Cristina Pinto, estudiante de Psicología Social. Actualmente estoy desarrollando un proyecto de intervención para combatir el estigma de la enfermedad mental, así como la mejora del comportamiento de solicitud de ayuda en jóvenes de instituto. Para ello, es necesaria la realización de una entrevista previa, con el motivo de ser conscientes de la problemática a tratar para así encontrar la forma más eficaz de abordarla.

Dichas entrevistas se mantendrán en la más estricta confidencialidad, pues únicamente van a ser utilizadas para idear la mejor forma de actuación ante la problemática presentada; por tanto, pueden expresarse con toda sinceridad.

Por último, he de recordarles que esta entrevista es totalmente voluntaria, por lo que si desean abandonarla en cualquier momento sois libres de hacerlo.

1. Datos sociodemográficos:

- Nombre.
- Género.
- Relación con los alumnos.
- Ocupación.

2. Bloque I: Personal

- ¿Qué opina acerca de la salud mental?
- ¿Qué opina acerca de las enfermedades mentales?
- ¿Cree que la salud mental es algo relevante? ¿Por qué?
- ¿Qué importancia le da a la salud mental en su casa?
- ¿Cree que los alumnos tienen dificultades a la hora de expresar sus problemas de salud mental? ¿Por qué?
- ¿De dónde piensa que puede venir el problema?

3. Bloque II: Nivel social/Político

- ¿Cree que existe estigmatización de la enfermedad mental?
- ¿Cómo cree que se trata a nivel social todo lo referente a la salud mental?
- ¿Cree que el estado ofrece algún tipo de recursos por la promoción de la salud mental? Si es así, ¿podría especificar cuáles?
- ¿Qué mejoras pensáis que se podrían aportar a nivel social/político?

4. Bloque III: Situación de los jóvenes

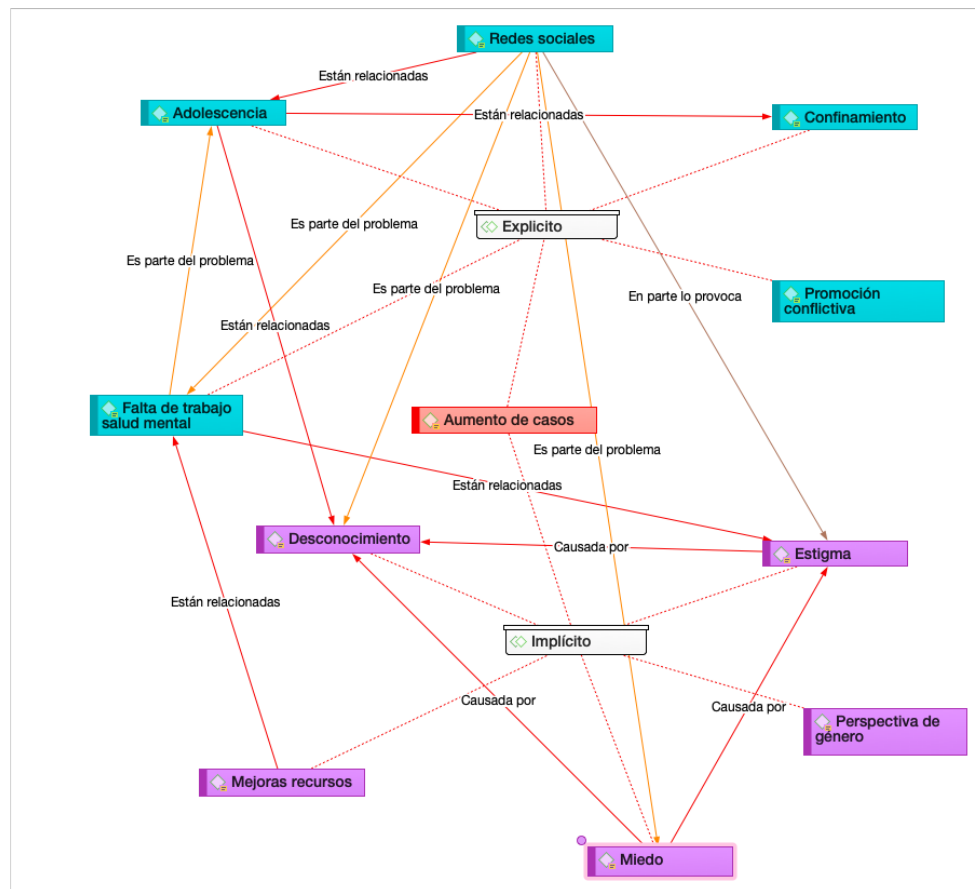
- ¿Qué problemas de salud mental está viendo en los alumnos?
- ¿Por qué cree que se está dando esta situación?
- ¿Qué cambios ha visto en el comportamiento de los alumnos?
- ¿Algún alumno ha acudido a usted pidiendo ayuda?
- ¿Cree que los alumnos están concienciados sobre la importancia de su salud mental?
- ¿Habla con los alumnos acerca de la salud mental?
- ¿Ha visto algún cambio en el comportamiento de los alumnos?
- ¿Su hijo le ha hablado de algún amigo que esté pasando por problemas de salud mental?
- ¿Su hijo le ha preguntado alguna vez acerca de enfermedades mentales?
- ¿Suele hablar con su hijo acerca de la salud mental?
- ¿Cómo trata lo referente a la salud mental en casa?
- ¿Alguna vez su hijo ha acudido a usted solicitándole ayuda por su salud mental?

5. Bloque IV: Recursos del centro

- ¿Qué recursos se ofrecen a los alumnos desde el centro para tratar estos problemas?
- ¿Cree que el centro ofrece recursos y apoyos suficientes para tratar problemas de salud mental?
- ¿Qué mejora piensa que se podrían aportar?

Anexo II. Figuras

Figura 2. Red de códigos.



Anexo III. Cuestionario aplicado a la muestra

Lo más importante que debes saber antes de realizar el siguiente cuestionario es que es **COMPLETAMENTE ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL**. De manera que tus respuestas solo serán utilizadas para los fines de la investigación por lo que te pido que lo rellenes con la mayor **SINCERIDAD** posible, nadie juzgará ningún tipo de respuesta. Los datos serán utilizados en base a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales. Al dar tu **CONSENTIMIENTO** a continuación declaras que:

- Se te ha explicado el procedimiento del cuestionario.
- Has podido realizar las preguntas y dudas necesarias.
- Comprendes que tu participación es voluntaria y anónima.

¡Muchas gracias por tu colaboración!

¿Das tu consentimiento para participar en esta investigación? SÍ.

Escribe las dos primeras letras de tu **nombre** (Ejem. María = **MA**) _____.

Escribe el día de tu cumpleaños (Ejem. 25) _____.

Escribe las dos primeras letras de tu **mes de cumpleaños** (Ejem. Junio = **JU**) _____.

Género:

Edad:

Nacionalidad:

¿Padece o ha padecido algún problema de salud mental? **SÍ** **NO** **NO LO SE**

- ¿Cuál? _____

¿Está actualmente viviendo, o ha vivido alguna vez con alguien con un problema de salud mental?

SÍ NO NO LO SE

¿Está actualmente estudiando o ha estudiado alguna vez con alguien con algún problema de salud mental?

SÍ NO NO LO SE

¿Tiene actualmente, o ha tenido alguna vez un vecino con un problema de salud mental?

SÍ NO NO LO SE

¿Tiene actualmente o ha tenido alguna vez un amigo cercano con un problema de salud mental?

SÍ NO NO LO SE

INSTRUCCIONES: A continuación, lee atentamente las siguientes afirmaciones y marca con una "X" en la casilla que corresponda según tu grado de acuerdo con las mismas.

	Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
En caso de que pensase en hacerme daño se lo diría a un amigo de confianza					
En caso de que pensase en hacerme daño se lo diría a un adulto (padres, tutores, profesores)					
En caso de que me sintiese muy nervioso le pediría a un amigo de confianza que me acompañase al médico					
En caso de que me sintiese muy nervioso le pediría a un adulto (padres, tutores, profesores) que me acompañase al médico					
Me da vergüenza decirles a mis amigos de confianza que estoy mal					
Me da vergüenza decirles a los adultos (padres, tutores, profesores) que estoy mal					
Si he estado mal se lo he comentado o he pedido ayuda a algún amigo de confianza					
Si he estado mal se lo he comentado o he pedido ayuda a algún adulto (padres, tutores, profesores)					

INSTRUCCIONES: A continuación, lee atentamente y marca con una "X" en la casilla que corresponda según tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

	Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La mayoría de las personas con problemas de salud mental quieren tener trabajo remunerado.					
2. Si un amigo tuviese un problema de salud mental, yo sabría orientarle para que consiguiese ayuda profesional					

3. La medicación puede ser un tratamiento efectivo para las personas con problemas de salud mental.					
4. La psicoterapia puede ser un tratamiento efectivo para las personas con problemas de salud mental.					
5. Las personas con problemas graves de salud mental pueden recuperarse por completo.					
6. La mayoría de las personas con problemas de salud mental acuden a un profesional de la salud para obtener ayuda.					

INSTRUCCIONES: A continuación, lee atentamente y marca con una "X" en la casilla que corresponda según tu grado de acuerdo si piensas que cada una de estas condiciones se trata de un tipo de enfermedad mental.

	Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Depresión					
2. Estrés					
3. Esquizofrenia					
4. Trastorno bipolar					
5. Drogadicción.					
6. Duelo.					

INSTRUCCIONES: A continuación, lee atentamente las siguientes afirmaciones y marca con una "X" la casilla que corresponda según tu grado de acuerdo.

	Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En cuanto una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.					
2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.					
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad.					

4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.					
5. Una enfermedad mental es una enfermedad como otra cualquiera.					
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad.					
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.					
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio.					
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales.					
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.					
11. Una persona <u>SIN</u> enfermedad mental sería tonta si se casa con otra persona que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando ésta parezca estar totalmente recuperada.					
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros de la comunidad.					
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.					
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público.					
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio.					
16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en					

comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.					
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.					
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.					
19. No me gustaría vivir al lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.					
20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local.					
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratadas como marginados sociales.					
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales.					
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal.					
24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios.					
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave.					
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.					
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público.					

28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.					
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.					
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión.					
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales.					
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.					
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.					
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales.					
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.					
36. Los residentes no tienen nada que temer de las personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en servicios de salud mental.					
37. Prácticamente cualquier persona puede padecer una enfermedad mental.					
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales.					
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como niñeras.					

<p>40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales.</p>					
<p>41. En el futuro, estaría dispuesto a vivir con alguien con un problema de salud mental.</p>					
<p>42. En el futuro, estaría dispuesto a trabajar con alguien con un problema de salud mental.</p>					
<p>43. En el futuro, estaría dispuesto a vivir cerca de alguien con algún problema de salud mental.</p>					
<p>44. En el futuro, estaría dispuesto a continuar en contacto con alguien que desarrollara un problema de salud mental.</p>					