



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de
Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2017/18**

**PREVENCIÓN DEL ESTIGMA DE LA
ENFERMEDAD MENTAL EN
POBLACIÓN ESCOLAR:
EVALUACIÓN PRE-POST
INTERVENCIÓN.**

Alumno(a): Lucía Lorenzo

Tutor(a): Begoña Becoechea

RESUMEN

Introducción y justificación: El estigma que existe hacia la enfermedad mental, supone una barrera entre las personas que sufren este tipo de patologías y el logro del bienestar físico y social, ya que obstaculiza el acceso al tratamiento, la adherencia a las prescripciones médicas y su efectiva reintegración social. La existencia del estigma en nuestra sociedad es un factor que genera, además, costes en la salud y en la economía del sistema sanitario, por lo que será de gran importancia la función de su prevención temprana por parte de la enfermería.

Metodología: La intervención consiste en un estudio cuasiexperimental en el que se aplica una intervención a una muestra de 18 niños en edad escolar de entre 8 y 11 años, sin grupo control, con evaluación pre- y post- de los resultados.

Resultados: El 100% de los participantes mostró tras la intervención, al menos, un cambio moderado en cuanto a las variables: prejuicios, empatía e información, siendo las niñas, los nacidos en el 2007 y los participantes que tenían relación previa con alguien que sufre una enfermedad mental, los grupos sociodemográficos en los que se ha alcanzado un mayor impacto.

Conclusiones: La aplicación de programas anti-estigma en la población escolar puede constituir una herramienta útil y accesible para prevenir de forma precoz este problema, y es por lo tanto trabajo de la enfermería, desde su función de prevención y promoción de la salud, aplicar las intervenciones oportunas para reducir la incidencia de estos problemas asociados a la enfermedad mental y ayudar a bienestar psicosocial de los pacientes.

Palabras clave: Estigma, enfermedad mental, prevención, prejuicios.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
2. HIPÓTESIS	4
3. OBJETIVOS	4
4. MATERIAL Y MÉTODOS	5
5. Diseño	5
5.1.Población diana y muestra	5
5.2.Procedimiento	5
5.3.VARIABLES	8
5.4.Análisis estadístico	10
5.5.Consideraciones ético-legales.....	10
6. RESULTADOS	11
7. DISCUSIÓN	19
7.1.Sesgos y limitaciones.....	20
8. Fortalezas.....	20
8.1.Aplicación a la práctica clínica.....	21
9. CONCLUSIONES.....	22
10. REFERENCIAS	23
11. ANEXOS	25
11.1. Anexo 1: Tabla p. 1,2,3 y 4 BIPQ	25
11.2. Anexo 2: Tabla p. 5,6 y 8 BIPQ	25
11.3. Anexo 3: Tabla p.7 BIPQ.....	25
11.4. Anexo 4: Consentimiento informado.....	26
11.5. Anexo 5: Gráfica 1	27
11.6. Anexo 6: Gráfica 2.....	27
11.7. Anexo 7: Gráfica 3.....	28
11.8. Anexo 8: Gráfica 4.....	28
11.9. Anexo 9: Gráfica 5.....	29
9.10. Anexo 10: Gráfica 6.....	29
9.11. Anexo 11: Gráfica 7.....	30

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN:

Erwin Goffman, define el estigma como “los atributos de un individuo que le generan descrédito y desvaloración social”. Según el autor, el estigma nace de la diferencia entre una "identidad social virtual", las características que debe tener una persona según las normas culturales, y una "identidad social actual", los atributos que efectivamente presenta la persona, y determina que el estigma puede ser de tres tipos; debido a deformaciones físicas, defectos del carácter (enfermedades mentales, adicciones, homosexualidad, desempleo...) y estigmas tribales de raza (nación, religión...). (Goffman, 1963).

Como sostiene la Organización Mundial de la salud (2008), “Ser incluido en la sociedad en la que uno vive es vital para lo material, psicosocial, y el empoderamiento político que apuntala el bienestar social y la salud equitativa”, por lo que el estigma constituye una barrera entre el individuo y ese bienestar. El estigma hacia la enfermedad mental ha sido evaluado por diversos estudios por todo el mundo que han detectado la importancia y prevalencia de este problema (Angermeyer & Dietrich, 2006). Encuestas sobre una muestra representativa de la población adulta en el Reino Unido (Crisp., Gelder, MGoddard & Meltzer, 2005), en la que se investigaron siete categorías de enfermedad mental (depresión severa, ataques de pánico, esquizofrenia, demencia, anorexia, alcohol y abuso de sustancias), encontraron una alta prevalencia de opiniones negativas entre los encuestados sin diferencias destacables entre hombres y mujeres, diferentes grupos de edad, o nivel de conocimiento previo sobre las enfermedades mentales. Existen estudios (Arnaiz, & Uriarte, 2006) que señalan que la visión pública hacia las personas con enfermedad mental parece haberse vuelto más estigmatizada aún en las últimas décadas, destacando el papel relevante que ejercen en este proceso los medios de comunicación, dato por el cual hace que crezca la relevancia de este problema en las sociedades actuales de los países desarrollados que tienen acceso a las nuevas tecnologías.

Las personas que sufren enfermedades mentales y en especial las que manifiestan un episodio psicótico agudo, son todavía percibidas como agresivas, incontrolables, poco inteligentes, impredecibles e inducen temor o miedo (Link, Cullen, Struening, Shrout, & Dohrenwend, 1989), lo que les saca del concepto de normalidad cultural de la que hablaba

Goffman. La importancia de los factores externos en el recorrido de la enfermedad, y la dependencia del enfermo frente al ambiente, será motivo para centrar las acciones no solo en el paciente, sino en el conjunto de la sociedad. La enfermedad mental todavía lleva aparejada consigo un alto estigma social que produce rechazo y discriminación tanto de las personas que tienen la enfermedad, como de sus familiares y personas allegadas (Aretio, 2009), interfiriendo negativamente con el acceso al tratamiento y el acatamiento de las prescripciones médicas, lo que obstaculiza la vuelta a la vida normal y su efectiva reintegración social (Pedersen, 2005). Es frecuente, por lo tanto, que estas personas presenten un bajo nivel de autoestima y una menor calidad de vida, además de una baja adherencia a los tratamientos y una reducción significativa de sus apoyos sociales (Yang, Valencia, Alvarado & Link, 2013), lo que genera una barrera entre la enfermedad y la recuperación de la normalidad, a la vez que un esfuerzo sanitario con escasos resultados si no se tratan estos factores indispensables para el bienestar del enfermo.

El Consejo Internacional de Enfermería (2001), al igual que la Conferencia Ministerial de la OMS para salud mental (2005), junto con la “Declaración Europea de Salud Mental”, presentan un “Plan de Acción en Salud Mental para Europa” que justifica y orienta las intervenciones de los profesionales, priorizando los aspectos preventivos y la lucha contra el estigma, siendo algunos de sus objetivos ; desarrollar estrategias de promoción de la salud mental, prevenir los problemas de salud mental y rechazar los estigmas, la discriminación y la desigualdad de las personas con problemas de salud mental y sus familias, entre otros (Rigol, A., 2006). Reducir el estigma de los enfermos mentales es uno de los aspectos que está a la orden del día dentro de los objetivos de la sanidad española, y por lo tanto, una de las actividades que tiene que realizar y favorecer la enfermería. Prueba de ello, encontramos un apartado exclusivo para las enfermedades mentales dentro del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019, realizado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2016), que incluye un programa cuyo objetivo es reducir el estigma y favorecer un trato inclusivo para los enfermos mentales en la sociedad y en el sistema sanitario.

En el estudio del estigma hacia las enfermedades mentales, encontramos un gran número de investigaciones centradas en detectar los prejuicios y sus factores determinantes dentro de la sociedad, que evidencian el rechazo que experimentan las personas con trastorno

mental grave, como los estudios de la Comunidad Autónoma de Madrid (2009). No encontramos sin embargo, la misma cantidad de investigaciones orientadas a crear programas preventivos para reducir la estigmatización (Muñoz, Pérez, Crespo, & Guillén, 2004), por lo que, la enfermería, desde su función de Promoción de la Salud (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986) tiene un papel destacado para desarrollar este tipo de programas educativos, con el objetivo de favorecer la adquisición de conocimientos y habilidades en la población y obtener efectos reales sobre la reducción del estigma.

Existen estudios, que sugieren que las campañas educativas para reducir el estigma deben hacer algo más que simplemente incrementar la información y el conocimiento sobre las enfermedades mentales en la población general, y que la población de niños en edad escolar debería ser una población prioritaria para la aplicación de las campañas educativas anti-estigma (Mena, Manchego, Mascayano & Lips, 2015). Los estudios evolutivos con niños españoles indican que éstos empiezan a desarrollar categorías de diferenciación (género, edad...) durante la Escuela Infantil, aunque en estas edades aún no se dispone de vocabulario para etiquetar las diferencias, y no se le otorga significado a esta diferenciación entre sujetos. Entre los 4 y 5 años, los niños ya empiezan a comprender y usar ocasionalmente algunas categorizaciones, y a los 7 años ya manejan los estereotipos, a partir de los cuales se desarrollan los prejuicios (Enesco, Guerrero, Solbes, Lago & Rodríguez, 2009). Al mismo tiempo, el ámbito escolar es donde comienzan a surgir los primeros problemas de rechazo, acoso o bullying (Santiago, Camarero, Rojo, Álvaro & Vega, 2009), por lo que promover en esta etapa la adquisición de habilidades empáticas y llevar a cabo la prevención contra los prejuicios, supone una actuación precoz para evitar el desarrollo de cualquier tipo de estigma, y en este caso el estigma hacia los enfermos mentales.

Por los anteriores motivos, este proyecto diseñado desde la función que tiene la enfermería de prevención y educación para la salud, busca analizar una intervención dirigida a la población escolar, con la finalidad de prevenir el estigma hacia las personas que sufren una enfermedad mental.

2. HIPÓTESIS:

La aplicación de una intervención educativa en la población escolar generará un incremento en la empatía, los conocimientos y una reducción de los prejuicios hacia los enfermos mentales.

3. OBJETIVOS:

Objetivo principal:

Analizar el efecto de una intervención educativa sobre la percepción que tienen un grupo de niños sanos en edad escolar hacia las personas con enfermedades mentales.

Objetivos secundarios:

- Verificar en los niños la obtención de información acerca de las enfermedades mentales.
- Analizar la reducción de los prejuicios que tienen los niños sobre las personas que sufren una enfermedad mental.
- Valorar en los niños la obtención de habilidades empáticas.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño:

Estudio de intervención comunitaria cuasiexperimental, prospectivo, con evaluación pre y post intervención.

4.2. Población diana y muestra:

La población diana susceptible para aplicar este estudio fueron los niños en edad escolar residentes en Valladolid. La muestra estuvo formada por 18 niños de 8 a 11 años, escolarizados (3º, 4º y 5º de primaria) en el ámbito urbano de Valladolid y pertenecientes al grupo scout G. S. Acrux 518. La selección de la muestra fue por conveniencia, de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: Tener entre 8 y 11 años, pertenecer al G. S. Acrux 518 de Valladolid y acudir al campamento de primavera. Como criterios de exclusión se tomaron: no padecer ninguna enfermedad mental ni padecer ningún déficit intelectual.

4.3. Procedimiento:

FASE INICIAL:

I. Diseño de la intervención:

Se diseñó una intervención educativa grupal para niños en edad escolar, de una sola sesión en la que se llevasen a cabo diferentes actividades (juego, vídeo y charla informativa).

II. Reclutamiento de la muestra:

El reclutamiento de la muestra se llevó a cabo en el Grupo Scout Acrux 518 de Valladolid. Los niños seleccionados fueron informados, al igual que sus padres, a quienes se solicitó el consentimiento informado para que sus hijos participasen en el estudio.

FASE DE EJECUCIÓN:

En primer lugar, previo a comenzar la intervención, se buscó una sala donde poder realizar la actividad sin ser interrumpidos y donde se favoreciese un ambiente tranquilo y sin distracciones, con suficiente luz y con un mobiliario adecuado para la comodidad de los participantes.

I. Test pre-intervención:

Se explicó brevemente que se iba a realizar una actividad relacionada con las enfermedades mentales y acto seguido, sin ningún tipo de información, se pasó el Test de evaluación pre- intervención, que se contestó de forma individual tras un ejercicio de reflexión personal. Se explicó a los niños que deberían de responder a los 8 ítems según su grado de conformidad con el enunciado, siendo 1 el valor mínimo y 10 el valor máximo. El tiempo utilizado para la realización del test fue de 15 minutos.

II. Ejecución de la intervención:

La intervención duró aproximadamente 120 minutos y constó de tres actividades: Una charla informativa, un video y un juego.

a. Charla informativa:

Tras realizar el test, retirando posibles factores distractores (papeles, lápices...), se comenzó la charla informativa en la que se trataron diferentes aspectos de las enfermedades mentales: sus causas, en qué consisten algunas de ellas, los tratamientos, su desarrollo dentro de la sociedad...Permitiendo a los niños hacer preguntas durante la exposición y expresar sus dudas y opiniones al final de esta. Esta actividad duró 35 minutos aproximadamente.

b. Vídeo:

Con la finalidad de reforzar la información recibida y dar un enfoque visual a los contenidos de la charla, se puso un fragmento (del minuto 1:15 al minuto 3:25) del vídeo “La enfermedad mental en tu familia” de Red Voz Pro-Salud Mental²¹, cortometraje que pretende sensibilizar y normalizar la enfermedad mental, presentándola como cualquier otra enfermedad que pueda sufrir el cuerpo humano.

c. Juego:

El objetivo del juego fue trabajar la empatía:

-Se dividió a los participantes en 4 grupos de forma equitativa según edades y niños/niñas.

-Se planteó el juego: Cada grupo debe de fabricar el máximo número de cubos de cartulina en un tiempo de 30 minutos.

-Se aplicó una norma a cada grupo. Uno de los grupos deberá de jugar con sus componentes atados de manos, otro tendrá como norma no poder hablar entre sus participantes, a otro se le dará menos material y al último grupo no se le impondrá ninguna variante.

-Se entregó el material (plantillas, tijeras, lápices, reglas, cartulinas...) de forma equitativa excepto al grupo que tenía como variante una reducción del material, al que se le dio la mitad.

Una vez iniciado el juego, el educador se posicionó como controlador, interviniendo solo en el caso de que hubiese algún problema. Se “ignoraron” las quejas de los participantes por las desigualdades que existían entre los grupos con normas limitantes y el grupo que no las tenía.

Una vez terminado el juego se procedió a un debate donde los niños expresaron cómo se habían sentido en el transcurso de la actividad, y reflexionaron sobre cómo les había afectado el factor limitante a la hora de participar y disfrutar de la actividad. Tras esta reflexión se compararon las normas impuestas en el juego con los factores que pueden condicionar las enfermedades mentales; factor físico (manos atadas), factor social y comunicativo (grupo que no podía hablar) y factor material y de oportunidades (grupo con menos material), para que comparasen su experiencia con la que pueden sentir estas personas ante los factores sociales que viven.

III. Test post-intervención:

El test post-intervención se llevó a cabo 5 días después de que ésta fuese realizada, con el objetivo de que los participantes tuviesen que reflexionar de nuevo sobre los enunciados, sin que la inmediatez de la intervención influyese en sus respuestas, de modo que se evaluaran los elementos que hubiesen sido interiorizados. El test post-intervención duró un tiempo aproximado de 10 minutos.

FASE DE ANÁLISIS:

Los datos de los test pre y post se recogieron de forma anónima en un documento Excel, a partir del cual se procedió a analizar los resultados agrupándolos en 3 bloques, según las variables dependientes a los resultados; Prejuicios, empatía e información. El análisis de los resultados se llevó a cabo atendiendo a la comparación de las variables sociodemográficas de los datos pre y post.

Variables:

Las variables sociodemográficas fueron: el sexo, la edad y el contacto cercano con alguna persona que sufra una enfermedad mental. Mientras que las variables dependientes analizadas fueron: Prejuicios, Empatía e Información. La variable independiente fue la propia intervención.

La herramienta utilizada para la evaluación de la intervención fue el test llamado The Brief Illness Perception Questionnaire adaptado al español (Pedersen, D., 2005), cuestionario de 9 preguntas, la última de ellas de respuesta abierta. Los 8 primeros ítems se valoran mediante una escala continua de 1 a 10 en función del grado de acuerdo con los enunciados propuestos, método que según refieren los autores, permite una interpretación simple de las puntuaciones, ya que los aumentos en los valores de éstas corresponden a incrementos lineales en la dimensión estudiada. La novena pregunta, es de respuesta abierta y no la tendremos en cuenta en el análisis de los resultados.

Para evaluar los resultados se procedió a dividir en tres bloques las preguntas del test, según analizasen las variables dependientes; prejuicios, información o empatía.

En los bloques con más de una pregunta se hizo la media con las diferencias obtenidas entre el control pre y post intervención de cada ítem, excluyendo las diferencias <1 punto que serán tomadas como “sin relevancia”, y con el resultado obtenido se valoró el grado de cambio del bloque completo.

Tabla 1. Valoración del cambio entre el control pre y post intervención. (Elaboración propia)

Diferencia <1 punto entre control pre-post intervención	Sin relevancia
Diferencia = 0 >1 punto entre control pre-post intervención	Cambio moderado
Diferencia = 0 >2 puntos entre control pre-post intervención	Cambio significativo
Diferencia = 0 >3 puntos entre control pre-post intervención	Gran impacto

Bloque 1: Prejuicios: Incluye las preguntas 1, 2, 3 y 4 del test. (Anexos 1)

Nos indican el grado de control que los niños piensan que tienen los enfermos sobre su patología, respuesta elaborada mediante los prejuicios que tengan sobre los enfermos mentales. Para considerar que los niños han disminuido el estigma sobre el control que tienen estos enfermos sobre su conducta, se analizó que la diferencia de los resultados pre y post intervención en P1 y P2 disminuyen en el control post intervención y P3 y P4 aumentan, lo que significaría que los niños ven tras la intervención que los enfermos pueden controlar su comportamiento y su enfermedad más de lo que pensaban antes de la misma. La consecución de resultados positivos en este bloque nos indica el grado de efectividad de la intervención basándonos directamente en los prejuicios de los niños.

Bloque 2: Empatía: Incluye las preguntas 5, 6 y 8 del test. (Anexos 2)

Nos indican el grado de preocupación que los niños piensan que tienen los enfermos respecto a su enfermedad, respuesta que elaboran mediante la empatía, basándose en cómo creen que les afectaría a ellos. Para considerar que los niños han adquirido la idea de que una enfermedad mental no sea tan preocupante y estigmatizante, analizamos que la diferencia de los resultados pre y post intervención en P5 y P8 disminuyan, mientras que en P6 aumenten o se mantengan estables, ya que atiende al grado de preocupación del enfermo sobre la enfermedad, y mediante un buen ejercicio de empatía debe de parecerles que la enfermedad supone para el enfermo un factor igual o más importante que antes de la intervención. La consecución de resultados positivos en este apartado valora la efectividad del juego realizado en la intervención cuya finalidad era fomentar la empatía.

Bloque 3: Información: Incluye la pregunta 7 del test: (Anexos 3)

Nos indica el grado de conocimiento que los niños creen que tienen los enfermos sobre su enfermedad, basándose indirectamente en los conocimientos que tienen ellos mismos. Para considerar que los niños han aumentado su grado de conocimiento sobre las enfermedades mentales, debemos analizar que los resultados pre y post intervención de P7 hayan aumentado. La consecución de este objetivo permite valorar la efectividad de la charla.

4.4. Análisis estadístico:

Para contrastar nuestra hipótesis, utilizaremos la prueba estadística t de Student, relacionando la media de las diferencias encontradas en las variables dependientes; Prejuicios, empatía e información, antes y después de la intervención y las variables sociodemográficas; sexo, edad y relación con enfermos mentales.

4.5. Consideraciones ético-legales:

Las consideraciones que se han tenido en cuenta a la hora de realizar el estudio se basan en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, siendo necesario un consentimiento informado cumplimentado por los responsables legales de los participantes debido a que éstos son menores 14 años, según dictamina el Artículo 13.1 del Reglamento LOPD. (Anexos 4)

A los padres/tutores legales y participantes, a parte de una explicación sobre los métodos de protección de datos que se llevarían a cabo y de la confidencialidad de la identidad, se les ofreció la oportunidad de consultar cualquier duda sobre el proyecto tanto antes de su realización, como después de ella junto con los resultados.

5. RESULTADOS:

En la intervención participaron 18 niños, de los cuales, y según las diferentes variables sociodemográficas; 12 fueron niñas y 6 niños, 5 habían nacido en el 2009, 9 en el 2008 y 4 en el 2007. Del total del grupo 5 habían tenido relación con alguna persona que sufriese enfermedad mental y 13 no la tuvieron.

I. Resultados según la variable sociodemográfica; Sexo. Niñas: (Anexo 5)

De los 18 participantes, 12 de ellos eran niñas (66,66%) y todas ellas contestaron al 100% de las preguntas del test.

a. Análisis del Bloque 1: Prejuicios.

La media de la puntuación que le otorgaron las niñas a P1 disminuyó 2,3 puntos en el control post intervención (disminución del 26,1% respecto al valor inicial), lo que corresponde a un cambio significativo según los parámetros de valoración establecidos (Tabla 1). P2 disminuyó 3,2 puntos (disminución del 32,3%) lo que constituye un gran impacto. En P3 hubo una ligera diferencia entre el control pre y el post, disminuyendo éste 0,6 puntos (disminución del 6,8%) por lo que se consideró un cambio sin relevancia. En P4 aumentó el control post intervención en 2,1 puntos (incremento del 30%) representando esto un cambio significativo. Siguiendo las indicaciones de los parámetros de evaluación del estudio, la media de las diferencias en este bloque, excluyendo el valor de P3, tomado como valor sin relevancia, fue de 2,5 puntos, lo que constituyó un cambio significativo en la variable “prejuicios”.

b. Análisis del Bloque 2: Empatía.

La P5 mostró una bajada de 2, 4 puntos entre el control pre y el post (disminución del 29,3% respecto al valor inicial), valor correspondiente a un cambio significativo de los resultados post intervención según los criterios de medición. En P6 apenas hubo una diferencia entre los dos controles, 0,7 puntos (disminución del 7,9%) por lo que se consideró un cambio sin relevancia. En P8, la diferencia tras la intervención fue de 2,7 puntos (disminución del 29,3%) constituyendo un cambio significativo en el control post-intervención. En este segundo bloque la media de las diferencias entre el control pre y post intervención, sin tener en cuenta el valor de P6 excluido por falta de relevancia, fue de 2,6 puntos, por lo que se consideró que los resultados del Bloque 2 en las niñas representan un cambio significativo de la variable “empatía”.

c. Análisis del Bloque 3: Información.

El control del nivel de información se realizó mediante la evaluación de P7, que aumentó en 5,4 puntos con respecto a antes de la charla (incremento del 174,2% respecto al valor del control inicial), constituyendo un cambio de gran impacto. Siendo en este bloque el único ítem a medir, y con una diferencia de 5,4 puntos entre los dos controles, se consideró que el resultado del bloque 3 en las niñas constituye un gran impacto en la variable “información”.

II. Resultados según la variable demográfica; Sexo. Niños: (Anexo 6)

De los 18 participantes, 6 de ellos eran niños (33,33%), de los cuales todos respondieron al 100% de las preguntas del test.

a. Análisis del Bloque 1: Prejuicios.

La media de la puntuación que le otorgaron los niños a P1 disminuyó 2,1 puntos en el control post intervención (disminución del 22,8% respecto al valor inicial) con respecto al primer control, lo que corresponde a un cambio significativo según los parámetros de valoración establecidos (tabla 1). P2 disminuyó 1,2 puntos (disminución del 13%) lo que constituye un cambio moderado. En P3 hubo una diferencia de 4,1 puntos entre los dos controles (incremento del 117,1%), lo que supone una valoración de gran impacto. En P4 aumentó el control post intervención en 1,9 puntos (incremento del 28,8%) representando esto un cambio moderado. Siguiendo las indicaciones de los parámetros de evaluación del estudio, la media de las diferencias obtenidas en este bloque, sin tener que excluir ninguna por falta de relevancia, fue de 2,3 puntos, lo que corresponde a un cambio significativo en la variable “prejuicios”.

b. Análisis del Bloque 2: Empatía.

La P5 mostró una bajada de 1,8 puntos entre el control pre y el post (disminución del 22,2% respecto al valor inicial), valor correspondiente a un cambio moderado de los resultados post intervención según los criterios de medición. En P6 apenas hubo una diferencia entre los dos controles, 0,1 puntos (disminución del 1%) y en P8, la diferencia tras la intervención fue de 0,1 puntos (incremento del 1,4%), por lo que ambos significaron un cambio sin relevancia. En este segundo bloque, excluidas las dos valoraciones sin relevancia, el valor restante correspondiente a P5 fue el que supuso la media de este bloque, siendo de 1,8 puntos, lo que significó un cambio moderado de la variable “empatía” en los niños.

c. Análisis del Bloque 3: Información.

El control del nivel de información realizado mediante la evaluación de P7 aumentó en 1,7 puntos con respecto a antes de la charla (incremento del 30,4% respecto al valor del control inicial), constituyendo un cambio moderado. Siendo en este bloque el único ítem a medir, y con una diferencia de 1,7 puntos entre los dos controles, se consideró que el resultado del bloque 3 en los niños constituye un cambio moderado en la variable “información”.

III. Resultados según la variable sociodemográfica: Edad. Nacidos 2009

(Anexos 7)

De los 18 participantes, 5 de ellos son nacidos en el 2009, lo que corresponde al 27,8% de los participantes:

a. Análisis del Bloque 1: Prejuicios.

La media de la puntuación que le otorgaron los niños y niñas nacidos en el 2009 a P1 disminuyó 3,2 puntos en el control post intervención (disminución del 36,4% respecto al valor inicial), lo que corresponde a un gran impacto según los parámetros de valoración establecidos (tabla 1). P2 disminuyó 1,4 puntos (disminución del 14,6%) lo que constituye un cambio moderado. En P3 existió una diferencia de 4 puntos entre los dos controles (incremento del 95,2%) por lo que supuso una valoración de gran impacto. En P4 aumentó el control post intervención en 2,4 puntos (incremento del 36,4%) representando esto un cambio significativo. Siguiendo las indicaciones de los parámetros de evaluación del estudio, la media de las diferencias obtenidas en este bloque, sin tener que excluir ninguna por falta de relevancia, fue de 2,75 puntos, lo que corresponde a un cambio significativo en la variable “prejuicios”.

b. Análisis del Bloque 2: Empatía.

La P5 mostró una bajada de 3,6 puntos entre el control pre y el post (disminución del 40% respecto al valor inicial), valor correspondiente a un gran impacto de los resultados post intervención según los criterios de medición. En P6 existió una ligera diferencia de 0,6 puntos (disminución del 6,4%) entre los dos controles que se consideró un cambio sin relevancia. En P8, la diferencia tras la intervención fue de 2,2 puntos (disminución del 26,8%) constituyendo un cambio significativo en el control post-intervención. En este segundo bloque encontramos una valoración sin relevancia que fue excluida, por lo que

con la media de los otros dos ítems obtuvimos un valor de 2,9 puntos, que supone un cambio significativo de la variable “empatía” en los niños y niñas de esta edad.

c. Análisis del Bloque 3: Información.

El control del nivel de información realizado mediante la evaluación de P7 aumentó en 3,8 puntos con respecto a antes de la charla (aumento del 126,7% respecto al valor del control inicial), constituyendo un gran impacto. Siendo en este bloque el único ítem a medir, y con una diferencia de 3,8 puntos entre los dos controles, se consideró que el resultado del bloque 3 en los niños y niñas nacidos en el 2009 constituye un gran impacto en la variable “información”.

IV. Resultados según la variable sociodemográfica: edad. Nacidos en el 2008.

(Anexos 8)

De los 18 participantes, 9 de ellos fueron niños y niñas nacidos en el 2008, lo que constituye un 50% de la muestra.

a. Análisis del Bloque 1: Prejuicios.

La media de la puntuación que le otorgaron los niños y niñas nacidos en el 2008 a P1 disminuyó 1,3 puntos en el control post intervención (disminución del 13,4% respecto al valor inicial) con respecto al primer control, lo que supuso un cambio moderado según los parámetros de medición (tabla 1). P2 disminuyó 2,6 puntos (disminución del 26,8%) lo que constituye un cambio significativo. En P3 existió una diferencia de 4,6 puntos entre los dos controles (incremento del 148,4%) por lo que supuso una valoración de gran impacto. En P4 aumentó el control post intervención en 1,8 puntos (incremento del 25,7%) representando esto un cambio significativo. Siguiendo las indicaciones de los parámetros de evaluación del estudio, la media de las diferencias obtenidas en este bloque, sin tener que excluir ninguna por falta de relevancia, fue de 2,6 puntos, lo que corresponde a un cambio significativo en la variable “prejuicios”.

b. Análisis del Bloque 2: Empatía.

La P5 mostró una disminución de 1 punto en el control post-intervención (disminución del 12,9% respecto al valor inicial), valor correspondiente a un cambio moderado de los resultados post intervención según los criterios de medición. En P6 existió una ligera diferencia de 0,4 puntos (disminución del 4,7%) entre los dos controles que se consideró un cambio sin relevancia según los parámetros. En P8, la diferencia tras la intervención fue de 1,6 puntos (disminución del 18,6%) constituyendo un cambio moderado en el

control post-intervención. En este segundo bloque encontramos una valoración sin relevancia que fue excluida, por lo que con la media de los otros dos ítems se obtuvo un valor de 1,3 puntos, lo que supone un cambio moderado de la variable “empatía” en los niños y niñas de esta edad.

c. Análisis del Bloque 3: Información.

El control del nivel de información realizado mediante la evaluación de P7 aumentó en 3,4 puntos con respecto a antes de la charla (aumento del 66,7% respecto al valor del control inicial), constituyendo un gran impacto. Siendo en este bloque el único ítem a medir, y con una diferencia de 3,4 puntos entre los dos controles, se consideró que el resultado del bloque 3 en los niños y niñas nacidos en el 2008 constituye un gran impacto en la variable “información”.

V. Resultados según la variable sociodemográfica: edad. Nacidos en el 2007.

(Anexos 9)

De los 18 participantes, 4 de ellos fueron niños y niñas nacidos en el 2007, lo que constituye un 22,2% de la muestra.

a. Análisis del Bloque 1: Prejuicios.

La media de la puntuación que le otorgan los niños y niñas nacidos en el 2007 a P1 disminuyó 2,7 puntos en el control post intervención (disminución del 32,9% respecto al valor inicial) con respecto al primer control, lo que supuso un cambio significativo según los parámetros de medición (tabla 1). P2 disminuyó 3,5 puntos (disminución del 36,8%) lo que constituyó un gran impacto. En P3 existió una diferencia de 4 puntos entre los dos controles (incremento del 88,9%) por lo que supuso una valoración de gran impacto. En P4 aumentó el control post intervención en 2 puntos (incremento del 28,6%) representando esto un cambio significativo. Siguiendo las indicaciones de los parámetros de evaluación del estudio, la media de las diferencias obtenidas en este bloque, sin tener que excluir ninguna por falta de relevancia, fue de 3,1 puntos, lo que corresponde a un gran impacto en la variable “prejuicios”.

b. Análisis del Bloque 2: Empatía.

La P5 mostró una disminución de 1,8 puntos en el control post-intervención (disminución del 21,9% respecto al valor inicial), valor correspondiente a un cambio moderado de los resultados post intervención según los criterios. En P6 existió una diferencia de 1,2 puntos (disminución del 12,4%) entre los dos controles, lo que se consideró un cambio

moderado. En P8, la diferencia tras la intervención fue de 1,2 puntos (disminución del 14,1%) constituyendo un cambio moderado. En este segundo bloque la media de ítems tuvo un valor de 1,4 puntos, lo que supone un cambio moderado de la variable “empatía” en los niños y niñas de esta edad.

c. **Análisis del Bloque 3: Información.**

El control del nivel de información realizado mediante la evaluación de P7 aumentó en 5,8 puntos con respecto a antes de la charla (aumento del 214,8% respecto al valor del control inicial), constituyendo un gran impacto. Siendo en este bloque el único ítem a medir, y con una diferencia de 5,8 puntos entre los dos controles, se consideró que el resultado del bloque 3 en los niños y niñas nacidos en el 2007 constituye un gran impacto en la variable “información”.

VI. Resultados según la variable sociodemográfica: Relación con enfermos mentales: Relación (Anexos 10)

De los 18 participantes, 5 de ellos habían tenido contacto con alguna persona que sufriese una enfermedad mental, lo que constituye el 27,8% de la muestra.

a. **Análisis del Bloque 1: Prejuicios.**

La media de la puntuación que le otorgaron estos participantes a P1 disminuyó 3 puntos en el control post intervención (disminución del 35,7% respecto al valor inicial). P2 disminuyó 4,4 puntos (disminución del 44,9%). En P3 hubo una diferencia de 4 puntos entre los dos controles (incremento del 90,9%). En P4 aumentó el control post intervención en 3 puntos (incremento del 50%) por lo que en este bloque todas las puntuaciones correspondieron a un gran impacto. Siguiendo las indicaciones de los parámetros de evaluación del estudio (tabla 1), la media de las diferencias obtenidas en este bloque fue de 3,6 puntos, lo que corresponde a un gran impacto en la variable “prejuicios”.

b. **Análisis del Bloque 2: Empatía.**

La P5 mostró una disminución de 2,8 puntos en el control post-intervención (disminución del 34,1% respecto al valor inicial), valor correspondiente a un cambio significativo según los criterios. En P6 hubo una diferencia de 2 puntos (disminución del 20,4%) entre los dos controles, lo que se consideró un cambio significativo. En P8, la diferencia tras la intervención fue de 2,4 puntos (disminución del 26,7%) constituyendo un cambio significativo en el control post-intervención. En este segundo bloque la media de ítems

tuvo un valor de 2,7 puntos, lo que supone un cambio significativo de la variable “empatía” en estos participantes.

c. Análisis del Bloque 3: Información.

El control del nivel de información realizado mediante la evaluación de P7 aumentó en 5,2 puntos con respecto a antes de la charla (aumento del 144,4% respecto al valor del control inicial), constituyendo un gran impacto. Siendo en este bloque el único ítem a medir, y con una diferencia de 5,2 puntos entre los dos controles, se consideró que el resultado del bloque 3 en los participantes con relación previa con enfermos mentales constituye un gran impacto en la variable “información”.

VII. Resultados según la variable sociodemográfica: Relación con enfermos mentales: No relación (Anexos 11)

De los 18 participantes, 13 de ellos no habían tenido contacto con alguna persona que sufriese una enfermedad mental, lo que constituye el 72,2% de la muestra.

a. Análisis del Bloque 1: Prejuicios.

La media de la puntuación que le otorgaron estos participantes a P1 disminuyó 1,8 puntos en el control post intervención (disminución del 19,8% respecto al valor inicial). P2 disminuyó 1,8 puntos (disminución del 18,8%). En P3 hubo una diferencia de 4,5 puntos entre los dos controles (incremento del 132,4%), lo que supone un valor de gran impacto. En P4 aumentó el control post intervención en 1,7 puntos (incremento del 23,6%), constituyendo un cambio moderado al igual que P1 y P2. Siguiendo las indicaciones de los parámetros de evaluación (tabla 1), la media de las diferencias obtenidas en este bloque fue de 2,5 puntos, lo que corresponde a un cambio significativo en la variable “prejuicios”.

b. Análisis del Bloque 2: Empatía.

La P5 mostró una disminución de 2 puntos en el control post-intervención (disminución del 24,4% respecto al valor inicial), valor correspondiente a un cambio significativo de los resultados según los criterios. En P6 hubo una diferencia de 0,1 puntos (disminución del 1,1%) entre los dos controles, por lo que se consideró un cambio sin relevancia. En P8, la diferencia tras la intervención fue de 1,5 puntos (disminución del 18,1%) constituyendo un cambio moderado. En este segundo bloque, excluyendo el valor de P6 por no tener relevancia, la media tuvo un valor de 1,75 puntos, lo que supone un cambio moderado de la variable “empatía” en estos participantes.

c. Análisis del Bloque 3: Información.

El control del nivel de información realizado mediante la evaluación de P7 aumentó en 3,7 puntos con respecto a antes de la charla (aumento del 90,2% respecto al valor del control inicial), constituyendo un gran impacto. Siendo en este bloque el único ítem a medir, y con una diferencia de 3,7 puntos entre los dos controles, se consideró que el resultado del bloque 3 en los participantes sin relación previa con enfermos mentales constituye un gran impacto en la variable “información”.

6. DISCUSIÓN:

Tras la realización y el análisis de la intervención, se puede afirmar que los resultados han sido favorables para todos los objetivos planteados inicialmente, con una diferencia de eficacia según las diferentes variables.

Los resultados obtenidos para el bloque *Prejuicios* muestran que el impacto de la intervención ha constituido, como mínimo, un cambio significativo en todos los grupos, y un gran impacto en el grupo de los nacidos en el 2007 y de los participantes que tenían relación previa con alguien que sufriese una enfermedad mental, siendo este último el grupo en el que más cambio se ha observado. Respaldando este resultado encontramos numerosos estudios que muestran que la motivación es un elemento clave para el adecuado desarrollo con éxito de cualquier curso (Gottfried, 1990), ya que la motivación estimula la voluntad de aprender (Mora, 2007). Estos niños que han tenido contacto con algún enfermo mental, han tenido de manera previa a la intervención un proceso de sensibilización, lo que les genera un mayor interés y por lo tanto mayor motivación.

Con relación a los resultados del bloque *Empatía*, la adquisición de habilidades empáticas ha sido favorable en todos los grupos con un nivel de cambio moderado, salvo en el grupo de niñas, de nacidos en 2009 y de participantes con relación previa con enfermos mentales, que han conseguido alcanzar un cambio significativo. Al igual que en el objetivo anterior, y por las mismas razones, los participantes sensibilizados han obtenido mejores resultados. En cuanto a la diferencia que se encuentra entre sexos, encontramos una justificación respaldada por la madurez emocional, ya que la empatía es un componente emocional que sólo se alcanza cuando el niño logra tres aspectos: su propia comprensión emocional, la comprensión emocional de los otros, y la capacidad de regular su propia emoción (Henaó & García, 2009). Las niñas, según varios factores sociales, generan antes que los niños esta madurez emocional (Zahn., 2000), por lo que estas pequeñas diferencias entre sexos pueden estar justificadas por este desarrollo más temprano en el sexo femenino.

En lo referente a la obtención de información, todos los grupos, salvo el grupo de los niños con un cambio moderado, han obtenido en este objetivo un valor de cambio de gran

impacto, superando con creces los objetivos de mejora fijados, siendo el grupo de nacidos en el 2007 en el que más cambio se ha encontrado. Dentro de los procesos cognitivos que desarrollan los niños encontramos la memoria de trabajo, que constituye una memoria activa encargada del mantenimiento, control y organización de las operaciones cognitivas en curso (Baddeley, A., 1990). Según Gathercole (2004), la memoria de trabajo está presente antes de los seis años y sus componentes se expanden en tamaño y capacidad funcional a través de edad escolar hasta la adolescencia, por lo que resulta razonable el mayor rendimiento observado en el grupo de mayor edad.

6.1. Sesgos y limitaciones:

El estudio presenta un sesgo de selección por la falta de representatividad de la muestra al tratarse de un grupo de pequeño tamaño y pertenecer a un mismo colectivo y a un nivel sociocultural homogéneo. Este hecho puede comprometer su validez externa limitando la extrapolación de resultados, del mismo modo, es posible que exista un sesgo de atención a causa de que los participantes alteren su comportamiento al saber que están siendo evaluados.

Las limitaciones asociadas a un estudio cuasiexperimental residen en que no se puede asegurar que los resultados sean debidos a la intervención o a factores externos, asimismo, puede influir en los resultados que la persona que dirige la intervención tenga relación previa con los participantes, ya que esto genera facilidad en la adaptación de las actividades y el manejo de los niños, pudiendo influir en los resultados. La utilización como instrumento de medida de un cuestionario no específico para evaluar el estigma en población escolar o la desestimación de algunas fuentes debido al idioma también suponen factores limitantes en el estudio.

6.2. Fortalezas:

Las fortalezas de la intervención residen en la obtención de resultados aplicables en la prevención del estigma en una población escolar, como modo de combatir el problema de forma precoz y ayudando a evitar la formación de prejuicios antes del desarrollo de estos. La sencillez y el escaso presupuesto requerido para llevar a cabo la intervención favorecen su reproductibilidad, ya que solo requiere de aproximadamente dos horas y

precisa de escaso material e instalaciones, por lo que se podría realizar casi en cualquier ámbito y con una alta eficiencia.

6.3. Aplicación a la práctica clínica:

Los profesionales de enfermería desde su función de prevención y promoción de la salud juegan un papel importante en impulsar intervenciones como esta para combatir el estigma y favorecer el bienestar psicosocial de los pacientes. La aplicación de esta intervención es de fácil implantación, por lo que podría llevarse a cabo en cualquier centro educativo con una población escolar: Colegios, Asociaciones Recreativas, otros grupos Scout... de forma aislada o dentro de otras campañas de Educación para la salud. Del mismo modo, podría formar parte de otras iniciativas que se realizan para luchar contra el estigma desde asociaciones de pacientes y familiares con enfermedad mental

7. CONCLUSIONES:

Tras la realización del proyecto podemos concluir que se han alcanzado resultados favorables en todos los grupos sociodemográficos, y se confirma la hipótesis inicial, pudiendo afirmar que la aplicación de esta intervención educativa en la población escolar genera un incremento en la empatía, los conocimientos y una reducción de los prejuicios hacia los enfermos mentales. Dentro de estos resultados, la obtención de información ha sido el objetivo en el que se ha adquirido una mayor mejoría.

Los grupos que han experimentado un mayor cambio mediante la intervención han sido el grupo de las niñas, el de los nacidos en el 2007 (los más mayores) y el de los que habían tenido contacto previo con enfermos mentales, siendo este último el que mejores resultados ha obtenido en las diferentes variables dependientes del programa, por lo que, con vistas a futuras aplicaciones de la intervención, cabe contemplar la posibilidad de realizar una etapa de sensibilización previa a su realización, dado el aumento de la eficacia de la misma.

Con vistas a futuras líneas de investigación, es necesario que se realicen estudios controlados, con muestras más amplias y heterogéneas que permitan extrapolar sus resultados al resto de la población, y que se evalúe la eficacia a medio y largo plazo para verificar que los resultados de las intervenciones anti-estigma se mantienen en el tiempo.

8. REFERENCIAS:

- 1: Angermeyer M, Dietrich S (2006) S. *Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a systematic review of population studies*. Acta Psychiatr. Scand. 113:163-179.
- 2: Aretio, A. (2009) *Una mirada social al estigma de la enfermedad mental*. Cuadernos de Trabajo Social, 23(2010), 289–300.
- 3: Arnaiz, A. & Uriarte, J.J. (2006) *Estigma y enfermedad mental*. Hospital de Zamudio. Norte de Salud mental nº 26, 2006, Pags:49–59.
- 4: Baddeley, A. (1990). *Human memory: Theory and Practice*. New Jersey: Erlbaum.
- 5: Balasch, M., Caussa, A., Faucha, M., & Casado, J. (2016) *El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña 2016*. Obertament, Universitat Autònoma de Barcelona y Spora Sinergies.
- 6: Consejo Internacional de Enfermería. (2001). Hoja informativa del CIE: *Salud mental: abordar los problemas*.
- 7: Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., Meltzer, H.I., (2005), *Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists*. Royal College of Psychiatrists London, UK. p.p.106-13.
- 8: Enesco, I., Guerrero, S., Solbes, I., Lago, O. & Rodríguez, P. (2009). *El prejuicio étnico: una revisión de estudios evolutivos en España*. En Cultura y Educación, 21, 4, pp. 497-515.
- 9: Gathercole, S., Pickering S.J., Ambridge B, & Wearing H. (2004). *The structure of working memory from 4 to 15 years of age*. Department of Psychology, University of Durham, Durham, England.
- 10: Goffman I. (1963). *Stigma, notes on the management of spoiled identity*. New Jersey. Prentice Hall Englewood Cliffs
- 11: Gottfried, A. E. (1990). *Academic intrinsic motivation in young elementary school children* American Psychological Association. Journal of Educational Psychology, 82(3), 525.
- 12: Henao López, G. C., & García Vesga, M. C. (2009) *Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas*, Universidad de Manizales. Revista Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud. vol. 7, núm. 2, pp.785-802.
- 13: Ley nº 23750. *Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal*. Boletín Oficial del Estado. España, 13 de diciembre de 1999
- 14: Link, B.G., Cullen, F.T., Struening, E., Shrout, P.E. and Dohrenwend, B.P. (1989). *A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment*. American Sociological Review, 54 (3), 400-423.
- 15: Mena Poblete, C., Manchego Soza, C., Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W. (2015) *Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones* Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental & Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia Salud Mental 2015;38(1):53-58.
- 16: Mora, C., (2007). *La motivación, aprendizaje y logros*. Motivación incentivación. Venezuela. Gestipolis.
- 17: Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2004). *Plan de Atención Social a las Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007*. Comunidad Autónoma de Madrid.

- 18: Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009) *Estigma y Enfermedad mental: análisis de las Actitudes de Rechazo Social y Estigmatización que sufren las personas con enfermedad*. Universidad Complutense de Madrid y Obra Social Caja Madrid.
- 19: OMS. (1986). *Carta de Otawa para la Promoción de la Salud*. (Canadá 21 de noviembre de 1986). Organización Mundial de la Salud.
- 20: OMS (2005) *La Conferencia Ministerial de la OMS para salud mental* (Helsinki, 12-15 enero 2005), Organización Mundial de la Salud.
- 21: Pacheco Huergo, V. (2011). *Medida de percepción en enfermedades crónicas: Adaptación cultural del IPQ-R y del BIPQ*. Anexo 6: Validación lingüística del BIPQ. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.
- 22: Pedersen, D. (2005). *Estigma y exclusión en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis e investigación*. Mental Health University Institute - Research Centre McGill University. Montreal, Canadá.
- 23: Publica Madrid. (2016) *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019*. Conserjería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- 24: Real Decreto 1720. *Artículo 13.1 del Reglamento LOPD, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal*. 21 de diciembre de 2007.
- 25: Red Voz Pro-Salud Mental (4 ago 2016). La enfermedad mental en tu familia. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=ezieSU5E5QE>
- 28: World Health Organization, (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva. Organización mundial de la Salud.
- 26: Rigol Cuadra A. (2006) *¿Qué hacer contra el estigma asociado al trastorno mental?* Rev. Presencia 2006 jul-dic;2(4).
- 27: Santiago, C., Camarero, P., Rojo, N., Álvaro, M. Y., & Vega, H. (2009) *La salud mental de las personas jóvenes en España*. Instituto de la Juventud de España.
- 28: World Health Organization, (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva.
- 29: Yang, L., Valencia, E., Alvarado, R & Link, B. *A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile*. Cad Saude Colet 2013;21(1):71-79.
- 30: Zahn-Waxler C. (2000) *The development of empathy, guilt, and internalization of distress. Implications for gender differences in internalizing and externalizing problems*. New York. Davidson R, ed. Vol. I.

9. ANEXOS:

Anexo 1:

Tabla p. 1,2,3 y 4 BIPQ. Preguntas 1,2,3 y 4 de la validación al español del BIPQ.

B1	O, R2: How much does your illness affect your life? T1: ¿Cuánto afecta su enfermedad a su vida? T2: ¿En qué medida afecta a su vida su enfermedad? R1: <i>To what extent does your illness affect your life?</i> V1, V2: ¿En qué medida la enfermedad afecta su vida?
B2	O: How long do you think your illness will continue? R1, R2: <i>How long do you think your illness will last?</i> T1, T2, V1, V2: ¿Cuánto tiempo cree que durará su enfermedad?
B3	O: How much control do you feel you have over your asthma? T1: ¿Cuánto control piensa que tiene sobre su enfermedad? T2: ¿Cuánto control cree que ejerce sobre su enfermedad? R1, R2: <i>How much control do you think you have over your illness?</i> V1, V2: ¿Cuánto control cree que tiene sobre su enfermedad?
B4	O: How much do you think your treatment (pills, etc) can help your illness? T1: ¿Cree que su tratamiento (pastillas, etc.) puede ayudar a su enfermedad? T2: ¿En qué medida puede el tratamiento (pastillas, etc.) ayudarlo a mejorar su enfermedad? V1: ¿En qué medida cree que su tratamiento (pastillas, etc) puede ser útil para su enfermedad? R1: <i>To what extent do you think the treatment you receive for your illness can be useful?</i> R2: <i>How helpful do you think the treatment you receive for your illness can be?</i> V1, V2: ¿En qué medida cree que su tratamiento puede ser útil para su enfermedad?

O: Original; T1: Traducción 1; T2: Traducción 2; V1: Versión 1(BIPQ)

Anexo 2:

Tabla p. 5,6 y 8 BIPQ. Preguntas 5,6 y 8 de la validación al español del BIPQ.

B5	O: How much do you experience symptoms from your illness? T1: ¿Cuántos síntomas experimenta debido a su enfermedad? T2: ¿Cuántas molestias experimenta a causa de su enfermedad? R1: <i>To what extent do you notice symptoms or discomfort because of your illness?</i> R2: <i>How much do you notice symptoms or discomfort because of your illness?</i> V1, V2: ¿En qué medida nota síntomas o molestias por su enfermedad?
B6	O: How concerned are you about your illness? R1, R2: <i>How much does your illness worry you?</i> T1, T2, V1, V2: ¿Cuánto le preocupa su enfermedad?
B8	O: How much does your illness affect you emotionally? (eg. Does it make you angry, scared, upset or depressed?) T1: ¿Cuánto le afecta emocionalmente su enfermedad? (Ej. ¿Le hace sentir enfadado, asustado, alterado o deprimido?) T2: ¿Cuánto le afecta su enfermedad a nivel emocional? (por ejemplo, le provoca enfado, miedo, preocupación o depresión?) R1, R2: <i>How much does your illness affect you emotionally? (for example, does it make you feel angry, afraid, upset, or depressed?)</i> V1, V2: ¿Cuánto le afecta su enfermedad a nivel emocional? (por ejemplo, ¿le hace sentir enfadado, asustado, alterado o deprimido?)

O: Original; T1: Traducción 1; T2: Traducción 2; V1: Versión 1(BIPQ)

Anexo 3:

Tabla p. 7 BIPQ. Pregunta 7 de la validación al español del BIPQ

B7	O: How well do you understand your illness? T1, T2: ¿Qué comprensión tiene de su enfermedad? R1: <i>To what extent do you understand what is your illness and how it works?</i> R2: <i>How well do you understand what is your illness is and how it works?</i> V1, V2: ¿Hasta qué punto comprende en que consiste su enfermedad?
----	--

O: Original; T1: Traducción 1; T2: Traducción 2; V1: Versión 1(BIPQ)

Anexo 4: Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO:

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los padres/madres/tutores legales de los participantes de esta investigación información sobre la naturaleza de la misma, así como el rol de los niños en la misma.

La presente intervención será llevada a cabo por Lucía Lorenzo Crespo, scouter de manada del G.S. Acrux 518, con el fin de aplicar el proyecto educativo de título **“Prevención del estigma de la enfermedad mental en centros educativos no universitarios”**, proyecto que presentará como TFG a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid.

El objetivo principal de la intervención es prevenir el estigma e informar a los niños sobre las enfermedades mentales. En el procedimiento que se llevará a cabo para desarrollar el estudio, se evaluará la percepción que tienen sobre este tipo de enfermos al iniciar la intervención y tras su finalización mediante la escala BIPQ, datos que serán registrados para el proyecto. Se realizará una charla informativa y una actividad que tiene como finalidad desarrollar la empatía y las habilidades interpersonales.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. En el estudio no se reflejará el nombre de ninguno de los participantes, únicamente aparecerán como datos personales la edad y el sexo del participante para realizar un análisis estadístico.

Ante cualquier duda sobre el programa educativo o sobre aspectos más detallados del proyecto pueden consultar en cualquier momento sus dudas o preocupaciones.

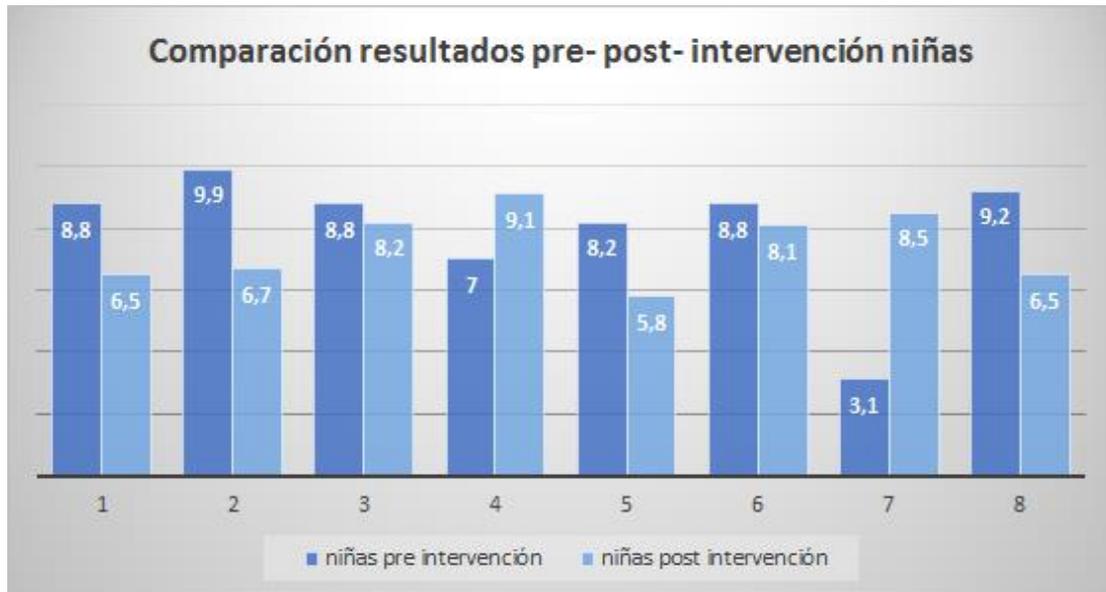
Muchas gracias por su participación.

Yo _____ con D.N.I _____ ,
madre/padre/tutor legal de _____ nacido el ___ de
_____ de _____ autorizo a mi hijo/a a participar en el programa educativo
anteriormente descrito.

Fecha:

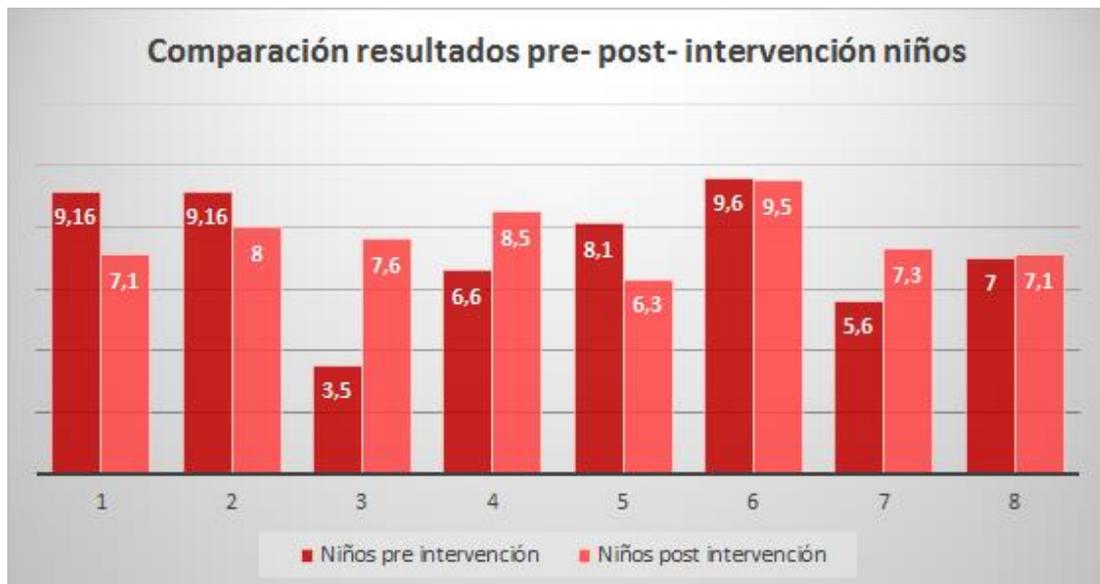
Firma:

Anexo 5:



Gráfica 1. Elaboración propia. Comparación de la media de los resultados de cada pregunta del test antes y después de la intervención en las niñas.

Anexo 6:



Gráfica 2. Elaboración propia. Comparación de la media de los resultados del test antes y después de la intervención en los niños.

Anexo 7:



Gráfica 3. Elaboración propia. Resultados del test antes y después de la intervención en los participantes nacidos en el 2009.

Anexo 8:



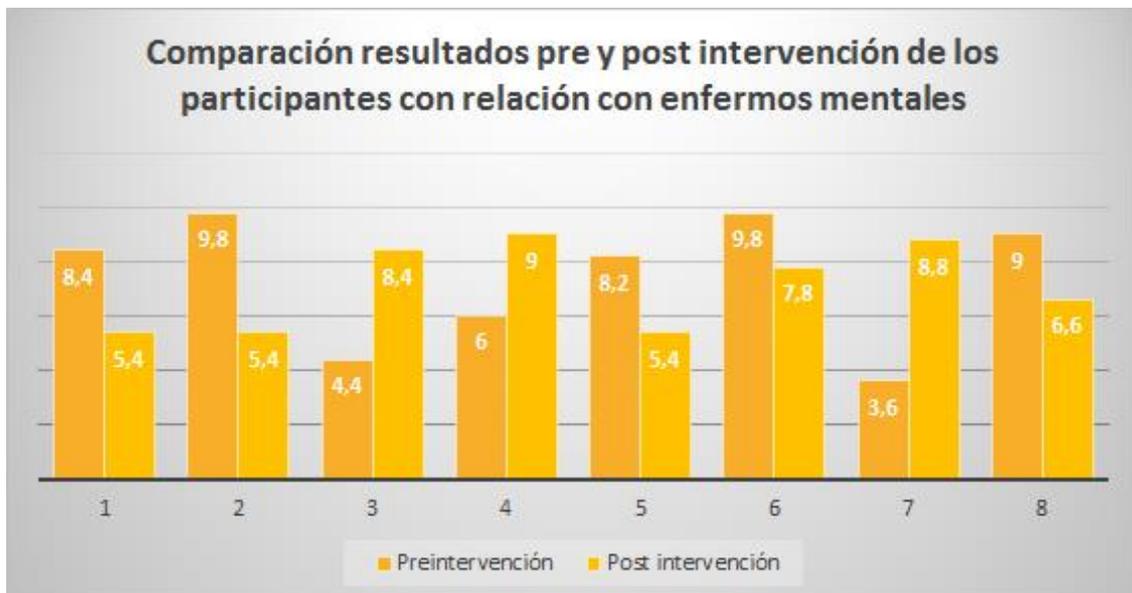
Gráfica 4. Elaboración propia. Resultados del test antes y después de la intervención en los participantes nacidos en el 2008.

Anexo 9:



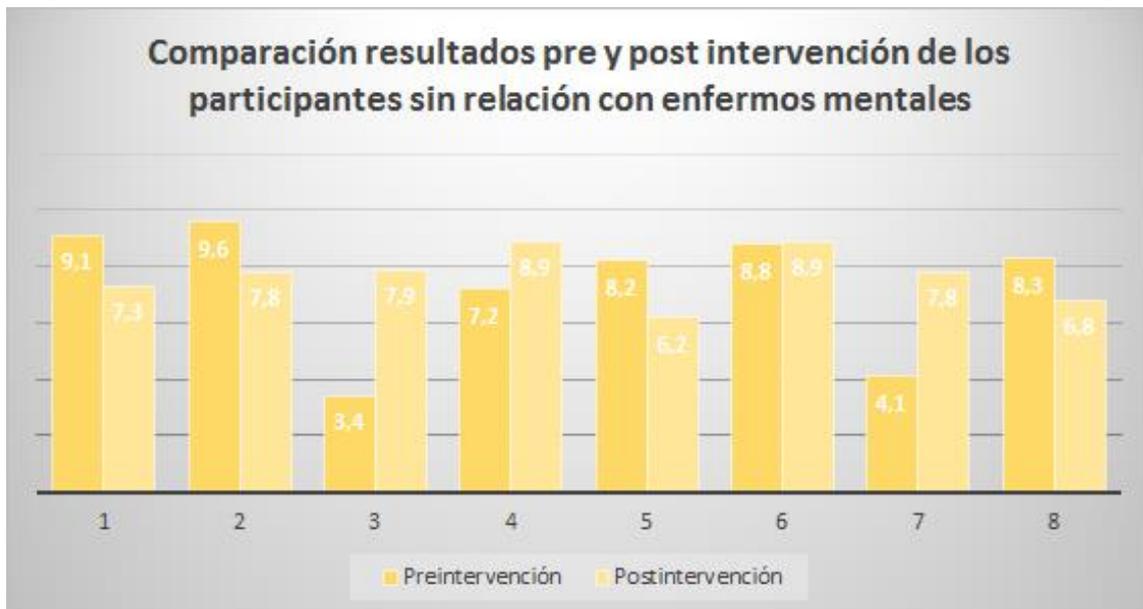
Gráfica 5. Elaboración propia. Resultados del test antes y después de la intervención en los participantes nacidos en el 2007.

Anexo 10:



Gráfica 6. Elaboración propia. Resultados del test antes y después de la intervención en los participantes que han tenido contacto previo con alguna persona que sufriese una enfermedad mental.

Anexo 11:



Gráfica 7. Elaboración propia. Resultados del test antes y después de la intervención en los participantes que no han tenido contacto previo con alguna persona que sufriese una enfermedad mental.