

Programa Inclúyete: La Inclusión Social Frente al Estigma en Salud Mental a Través del Deporte.

*Inclúyete Program: Social Inclusion Versus the
Stigma in Mental Health Through Sport.*



Facultad de Psicología

Grupo de Investigación HUM-760



Trabajo Fin De Grado- JUNIO 2019

Autor

Sergio Gil García

Dirección

Dr. Adolfo J. Cangas Díaz

“Tu perspectiva de la vida proviene de la jaula en la que estabas cautivo”.

SHANNON L. ALDER

AGRADECIMIENTOS

Para dicha ocasión, no me gustaría dejar pasar la oportunidad de expresar mis más sentidos agradecimientos a todas aquellas personas que han formado parte de esta experiencia única dentro de mis prácticas en el grado de Psicología.

Ante todo, al Dr. Adolfo Javier Cangas Díaz, como responsable del Grupo de Investigación HUM-760, por su implicación y generosidad, además de por la cordialidad y el trato humano que he recibido en todo momento por su parte, pudiendo decir que ha sido una referencia y un espejo en el cual mirarme.

Al Dr. José Gallego Antonio, por su pasión y alegría en el desarrollo de las actividades físicas y deportivas realizadas durante todo el programa, y por saber transmitir los valores del deporte, como son el respeto, la igualdad, la entrega y el compañerismo.

A Daniel Martínez Luque y Celia Barrionuevo por mostrarnos su buen hacer, al trato recibido durante todas estas semanas en las sesiones deportivas que hemos realizado, haciéndolas muy amenas y divertidas al mismo tiempo.

No quiero olvidarme de todos aquellos usuarios de salud mental que de una u otra manera han formado parte activa desde los inicios del programa, y sin los cuales, todo el presente proyecto no hubiera tenido sentido.

A todos los compañeros de estudios y voluntarios que han participado en el desarrollo del programa, implicándose en todo lo que han podido de una manera altruista.

Y, por último, y de manera muy sentida, a mi familia, en especial a mi madre, por su apoyo incondicional, por creer en mí, por su implicación y tesón, porque todo fuera un poco mejor de lo que ha sido, y porque lograra cumplir un sueño, en este camino que decidí tomar allá por el 2015.

ÍNDICE

Resumen/Abstract	pág. 6
1. Introducción.....	pág. 7
1.1. La teoría del contacto intergrupal	pág. 8
1.2. ¿Por qué el contacto tiene efectos positivos?	pág. 10
1.3. Beneficios del deporte en personas con TMG	pág. 10
1.4. Programas anti-estigma	pág. 11
1.5. Movilización y protesta social	pág. 14
2. PROGRAMA INCLÚYETE DE DEPORTE: FÚTBOL	pág. 15
2.1. Justificación del estudio	pág. 15
2.2. Aspectos novedosos del Programa	pág. 17
3. Hipótesis y Objetivos	pág. 17
4. Método	pág. 18
4.1. Muestra.....	pág. 18
4.2. Diseño del estudio	pág. 19
4.3. Instrumentos de medida	pág. 20
4.4. Procedimiento	pág. 20
5. Resultados	pág. 22
6. Discusión	pág. 27
7. Conclusión	pág. 32

8. Referencias..... pág. 33

9. Anexos pág. 35

RESUMEN

Una de las principales barreras hoy en día para la recuperación de las personas con trastorno mental grave es el estigma social que sufren. El mismo repercute en múltiples facetas de sus vidas, como es la búsqueda de empleo, la salud, el aislamiento social, etc. Por estos motivos, desde diferentes instituciones se han puesto en marcha diferentes programas para atajar esta situación. En el caso de la Universidad de Almería, en colaboración con la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) y la plataforma “Almería, tierra sin estigma” se ha iniciado un programa socioeducativo denominado “Inclúyete”, donde la mitad del alumnado proviene de dispositivos clínicos de Salud Mental y de las asociaciones y la otra mitad son estudiantes universitarios o público en general. El mismo consta de diferentes cursos de formación relacionados con el empleo, la salud o el deporte. En el presente trabajo se describe el programa deportivo en fútbol, así como los efectos y retos futuros del mismo.

Palabra clave: Trastorno mental grave, estigma, autoestigma, inclusión social, estudiantes.

ABSTRACT

One of the main barriers today for the recovery of people with severe mental disorder is the social stigma they suffer, The same affects multiple facets of their lives, such as job, health, social isolation, etc. For these reasons from different institutions have been launched different programs to address this situations. In the case of University of Almeria, in collaboration with the Andalusian Public Foundation for the Social Integration of People with Mental Illness (FAISEM) and the platform “Almeria, land without stigma”, a new socio-educational program called “Include yourself” has been launched, where half of the students come from clinical mental health devices and associations and the other half are University students or the general public. The training covers topics related to employment, health or sports. The development of this program is described, as well as the effects and future challenges.

Keywords: Severe mental disorder, stigma, selfstigma, social inclusion, students.

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo que se presenta es fruto de un periodo de tres meses de participación en un programa socioeducativo con usuarios de salud mental, que pretende profundizar en el conocimiento de los efectos que produce la práctica regular de ejercicio físico en continua interacción social a través de la implementación de un programa inclusivo de deporte y actividad física entre personas con diferentes diagnósticos encuadrados en los denominados Trastornos Mentales Graves (TMG, en adelante), y personas sin problemas de salud mental, entre los que se encuentran estudiantes, monitores, voluntarios y profesionales de la salud.

Aunque en las últimas décadas se han conseguido avances importantes a nivel clínico, social y técnico en Salud Mental, uno de los principales problemas que aún se mantiene es el estigma, donde a las personas con trastorno mental grave se les sigue viendo como violentos, impredecibles, incapaces de trabajar, etc., a pesar de los múltiples estudios que señalan que esto no es cierto (Arboleda-Flórez y Sartorius, 2008; Lopez, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2008).

Por otra parte, ya no es solo la imagen que tiene la sociedad sobre este colectivo, sino el efecto que provoca precisamente estas creencias en las propias personas afectadas, al interiorizar las mismas, lo que tiene que ver con el autoestigma. Así, es fácil que ellas se vean a sí mismas como distintas, incapaces, etc., lo que sin duda hace que sea más difícil la recuperación (Mittal, Sullivan, Checkuri, Alle y Corrigan, 2012; Vogel, Bitman, Hammer y Wade, 2013).

En este proceso de autoestigma o estigma internalizado, la persona percibe las falsas creencias sobre el problema como verdaderas (“no son normales, pueden ser peligrosos”), reacciona emocionalmente en consecuencia (vergüenza, desconfianza, baja autoestima) e, igualmente, consecuencia de estos pensamientos interiorizados, le puede llevar a comportarse consecuentemente en respuesta a tales prejuicios (aislamiento social, rechazo a buscar ayuda, falta de aprovechamiento de oportunidades, etc.). Así pues, autoestigma sería el proceso por el cual el afectado de enfermedad mental dirige los estereotipos contra sí mismo y asume la ruptura de su identidad como miembro de pleno derecho del grupo (De Simón, 2015, citado en Mullor, 2016).

Existe evidencia sobre el efecto barrera que el estigma conlleva en el ejercicio de derechos, en el disfrute de los servicios comunitarios y en el establecimiento de relaciones sociales significativas (Sartorius, 2002). Respeto al autoestigma, muchas de las personas con trastorno mental grave experimentan las opiniones y sentimientos de la sociedad de forma negativa, causándoles una gran desmoralización, además de sentimientos de vergüenza y de baja autoestima que pueden conducirles hacia el aislamiento (Mittal et al., 2012; Vogel et al., 2013), como se ha mencionado en el párrafo anterior.

Por estos motivos, desde diversas instituciones locales, regionales e internacionales se han puesto en marcha diferentes programas para cambiar esta imagen y sensibilizar a la población general, mientras que otras se han centrado en grupos particulares, como puede ser personal sanitario, fuerzas de orden público, periodistas o estudiantes (Magliano, Read, Patalano, Sagliocchi, Oliviero, D'Ambrosio, Campitiello, Zaccaro, Guizzaro y Cerrato, 2012; Muñoz, Pérez y Guillén, 2009).

1.1. La teoría del contacto intergrupar

Según Cuadrado, Gaviria y López (2013), la psicología social ha estado interesada en el estudio del contacto intergrupar casi desde sus inicios, pero no fue hasta 1954 cuando Allport incluye en su conocida obra “La Naturaleza del Prejuicio” su influyente *hipótesis del contacto*. Esta hipótesis establece que el contacto intergrupar reducirá el prejuicio y el conflicto entre grupos, siempre que se cumplan los cuatro requisitos siguientes:

1. *Igualdad de estatus en la situación del contacto*. Los grupos que entran en contacto deben poseer un estatus similar en las características sociales que puedan ser relevantes en ese contexto.
2. *Existencia de metas comunes*. Los grupos que entran en contacto deben compartir metas u objetivos. De ese modo, si logran sus metas disminuye el prejuicio entre ellos.
3. *Cooperación intergrupar*. El logro de metas comunes debe implicar la interdependencia entre los miembros de ambos grupos, sin que exista competición intergrupar (Véase Sherif et al. 1961).

4. *Existencia de apoyo social e institucional.* La última condición planteada por Allport hace referencia al respaldo del contacto por parte de las autoridades, leyes, normas o costumbres sociales.

En los últimos años, se han añadido otras dos condiciones que se consideran críticas para que el contacto intergrupales sea exitoso. Una es que se dé la oportunidad de que los miembros de los grupos se conozcan personalmente, lo que conduce a desconfirmar estereotipos negativos y romper la percepción de homogeneidad del exogrupo (Brewer y Miller, 1984; Miller, 2002). La segunda consiste en que la situación de contacto favorezca el establecimiento de relaciones de amistad con miembros del exogrupo (Pettigrew, 1998).

A partir de su formulación, la hipótesis del contacto dio lugar al desarrollo de numerosos estudios, que arrojaron diferentes resultados sobre los efectos del contacto intergrupales. Como consecuencia, se sucedieron múltiples revisiones de trabajos empíricos, cuyas conclusiones también fueron divergentes (véase Pettigrew et al., 2011), debido, básicamente, a las limitaciones que presentaban.

En un intento por aportar respuestas sobre los efectos del contacto intergrupales para la reducción del prejuicio y el conflicto entre grupos, Pettigrew y Tropp (2006) realizaron un meta-análisis sobre esta cuestión, con los resultados de todas las investigaciones llevadas a cabo en el siglo XX. Un total de 515 estudios, con más de 250.000 participantes de 38 países, formaron parte del meta-análisis. Los resultados revelaron que existía una correlación media negativa entre contacto y prejuicio, es decir, se evidenció que a medida que aumentaba el contacto entre los grupos disminuía el prejuicio. Es más, esta relación negativa se producía en el 94% de los estudios analizados (Cuadrado, 2013).

Además, se halló que los efectos positivos del contacto normalmente se generalizan más allá de la situación en la que éste tiene lugar. Esta generalización se produce hacia el exogrupo en su totalidad con algunos de cuyos miembros se establece el contacto, en otras situaciones y contextos intergrupales e incluso hacia otros exogrupos. Es más, los efectos positivos del contacto no sólo se observan en grupos étnicos –para los que inicialmente fue formulada la teoría-, sino también en otros grupos estigmatizados, como

los homosexuales, personas con discapacidad físicas y/o mentales, o personas mayores (Cuadrado, 2013).

1.2. ¿Por qué el contacto tiene efectos positivos?

La explicación original que Allport (1954) aportó es que el contacto facilita un mayor conocimiento del exogrupo. La idea que subyace es que en la interacción los grupos podrían percibir las semejanzas existentes entre ambos y ello reduciría el prejuicio. Posteriormente, diversos estudios han examinado cómo el contacto entre miembros de diferentes grupos, especialmente si establecen relaciones de amistad entre ellos, favorece la adopción de la perspectiva del otro grupo y un mayor sentimiento de empatía hacia sus preocupaciones e intereses. Asimismo, también se han prestado atención al rol que desempeña la amenaza que nos produce ciertos exogrupos y la correspondiente ansiedad que ello nos genera. Los estudios al respecto han demostrado que el contacto intergrupar reduce la amenaza y la ansiedad intergrupales.

Para averiguar el efecto de estos tres procesos –aumento del conocimiento del exogrupo, aumento de la empatía y disminución de la ansiedad intergrupar-, Pettigrew y Tropp (2008) realizaron un segundo meta-análisis. Los resultados revelaron que los tres procesos median la relación existente entre contacto intergrupar y reducción del prejuicio. Sin embargo, los dos últimos mediadores –aumento de la empatía y disminución de la ansiedad intergrupar- demostraron mayores efectos que el aumento del conocimiento sobre el exogrupo. Esto confirma que la influencia de los factores afectivos es más importante que la de los cognitivos en la disminución del prejuicio (Cuadrado, 2013).

1.3. Beneficios del deporte en personas con TMG

Está demostrado que la actividad física y el deporte en general, más aún cuando se realiza en grupo, es un buen coadyuvante en la mejoría de diversos problemas mentales (depresión, ansiedad, estrés, etc.) y físicos. La realización de deporte regularmente, tanto en adultos como en atletas veteranos, ralentiza su proceso de envejecimiento y mejora la calidad de vida (Kettunen, Kujala, Kaprio y Sarna, 2006, citado en Mullor, 2016). Sin embargo, para que la actividad física realmente tenga efecto, se requiere que sea realizada de manera continuada, con regularidad y con una intensidad moderada (Life Study Investigators, LSI, 2006, citado en Mullor, 2016), aspecto difícil de conseguir en la

población general y quizás más complicado aún en población con TMG (donde la tasa de abandonos es muy alta).

Investigaciones recientes también han ido encaminadas a confirmar que las personas con TMG también se pueden beneficiar de la práctica de deporte, ya no solamente a nivel físico, sino también a nivel social y psicológico (Gorczynski y Faulkner, 2010; Scheewe et al., 2013; Vancampfort et al., 2009, 2012, citado en Mullor, 2016) y, no solo en los casos de personas diagnosticadas con TMG, con un largo historial de tratamientos con antipsicóticos (como lo son la mayoría de participantes del programa), sino también en aquellos casos de desencadenamiento de los primeros episodios psicóticos e, incluso, en estadios aún más tempranos, durante la fase prodrómica de la enfermedad. De hecho, se ha comprobado que los programas fundamentados en el ejercicio físico, se relacionan de manera significativa con la mejora de la sintomatología negativa de la enfermedad (Vancampfort et al., 2011). Por otra parte, un 73% de los primeros episodios se inician con síntomas inespecíficos o negativos (Ruiz-Iriondo, Salaberria, Echeberrúa, 2013, citado en Mullor, 2016), de ahí el papel destacado que el ejercicio físico puede ejercer en la recuperación temprana de estos pacientes.

Por otra parte, además de los beneficios expuesto acerca del deporte y salud mental, existen ciertas barreras que pueden dificultar la participación en tales actividades y que no están causadas de manera directa por la enfermedad. Se trata de diversas variables entre las que destacamos, la inexperiencia en la realización de esfuerzos físicos intensos, el bajo poder adquisitivo asociado muchas veces a estas personas que pueden dificultarles el acceso o disponibilidad de instalaciones deportivas (Vancampfort et al., 2015, citado en Mullor, 2016) y: la propia estigmatización social y auto-estigmatización que este colectivo de personas en muchas ocasiones sufren (López et al., 2018, citado en Mullor, 2016). Todo lo expuesto, puede provocar un “efecto rechazo” a la práctica de ejercicio físico y llevarles directamente a mostrar escaso interés o ninguno en practicar deporte de forma regular.

1.4. Programas anti-estigma

Según Cangas et al. (2017), para ejemplificar algunos de los programas de inclusión social llevados a cabo con estudiantes, tanto de enseñanzas medias como universitarios, han llevado a cabo una búsqueda bibliográfica utilizando términos tanto en inglés como

en español que utilicen los descriptores “estigma”, “inclusión”, “estudiantes”, y “esquizofrenia”, en las de datos *Psicodoc*, *Elsevier*, *Pubmed*, *Psycinfo*, *ENVASE*, *Google académico*, *Psychology Database* y *PsycARTICLES*. A continuación, se recogen los estudios encontrados con las características principales (ver **tabla 1**):

Tabla 1: Estudios realizados en el ámbito educativo para reducir el estigma y las actitudes negativas hacia personas con enfermedad mental.

Autor/a ño	Lugar	Fuente	Participante s	Definición	Diseño	Instrumentos	Resultados
Magliano et al., 2012.	F. de Medicina de la Segunda Universidad de Nápoles.	Repositorio de revistas de la Universidad de Almería.	Estudiantes de 4º, 5º y 6º de Lic. En Medicina y Cirugía.	Efecto del Estigma en la atención a personas con esquizofrenia con un programa utilizando el testimonio (escrito/audio) y material.	Pre-test y post-test	Cuestionario sobre las opiniones con respecto a los trastornos mentales (CO).	Diferencias significativas: reducción de prejuicios y aumento de posibilidades de recuperación. Los testimonios fueron evaluados de extremadamente útiles.
Sánchez et al., 2001.	Universidad de Málaga.	Google Académico.	N=41 (32 mujeres y 9 varones). Alumnos de 2º de Fisioterapia de la asignatura psicósomática.	Conocer la actitud de estudiantes sobre enfermedad mental y somática crónica antes y después de seguir un curso.	Estad. No paramétrica de Wilcoxon: dos medidas en la misma muestra.	Cuestionarios de actitudes hacia la enfermedad mental y somática.	Mayor sensibilidad de los estudiantes hacia la enfermedad mental: vigilancia, disciplina, reinserción y contra el internamiento.
Stuart, 2016.	Escuela de Secundaria de Canadá.	Psychology Database.	N=57 estudiantes de escuelas secundarias.	Impacto en estudiantes de un programa anti-estigma basado en dos lecciones y un video sobre la experiencia de personas con esquizofrenia.	Pre-test y post-test.	Adaptación de instrumentos de programas anti-estigma de la Asociación Psiquiátrica para	Los programas anti-estigma basados en videos son comparables a los programas educativos con contacto con personas con enfermedades mentales. Además tienen mayor divulgación.

						programas de escuelas secundarias basadas en el contacto.	
Hartman et al., 2013.	Escuelas secundarias del distrito de Hamilton, Canadá.	PsycART ICLES .	N=282 estudiantes de secundaria.	Programa anti-estigma de 75m para reducir el estigma publico y de identidad..	Pre-test y post-test.	WPA's Questionnaire (editado) SSOSH informe de contacto adaptado para adolescentes. Ballard's (adaptado).	Una iniciativa anti-estigma breve puede causar mejoras importantes en: distancia social y el estigma de identidad.
Schulze y Anger-Meyer, 2005.	Escuelas secundarias de Leipzig, Alemania.	PsycART ICLES.	N=293 estudiantes entre 14 y 18 años.	Analizar asociaciones con el origen de la información y con la propia palabra esquizofrenia.	Transversal.	Cuestionario para el estudio: análisis de la distancia social entre estudiantes (estereotipos y estigma percibido).	La mayoría de personas jóvenes parecen mal informadas y/o carecen de información sobre la esquizofrenia.
Cubillo, 2006.	F. de Bellas Artes de la Universidad de la Laguna (Tenerife).	Google Académico.	Estudiantes de Bellas Artes matriculados en una asignatura optativa y personas con enfermedad mental.	Programa de dos meses de Arteterapia para personas con enfermedad mental para modificar creencias y comportamientos negativos.		Comentarios de los participantes.	Mayor autoestima, nuevas orientaciones en sus vidas, expresión de sentimientos y emociones, nuevas relaciones y recuperación y reencuentro con el propio cuerpo.
Magliano et al., 2016.	Segunda Universidad de Nápoles.	PsycART ICLES.	N=188 (76 experimentales y 112 controles), estudiantes de 2º del	Programa sobre prejuicios comunes hacia personas con enfermedad mental con material audio-testimonio.	Cuasi-experimental con medidas pre-test y	Mental Illness Questionnaire (IQ).	Actitudes mejoradas con la educación y el contacto indirecto: más optimistas en recuperación y menor percepción como

			Master en Psicología.		post- test.		identificables e imprevisibles.
Holmes et al., 1999.	Instituto de enseñanza superior de Chicago.	PsycART ICLES.	N=83 estudiantes.	Programa de un semestre de actitudes hacia la enfermedad mental y la influencia de los conocimientos previos y el contacto.	Pre-test y post-test.	Prueba de conocimiento. Informe de nivel de contacto OMI.	Los efectos de la educación con conocimientos y contacto variaban: mejoran actitudes de benevolencia y restricción. El contacto no mejora las actitudes de carácter restrictivo.

De resaltar en todos estos estudios, la relación directa con usuarios de salud mental en programas con esta tipología, donde las personas con problemas de trastorno mental pueden relatar sus experiencias en primera persona, lo que es muy beneficioso a la hora de manifestar sus emociones, sentimientos, creencias y valoraciones acerca de los programas en los que se ven inmersos. Pensamos que estos programas quizás carezcan de continuidad en la cual se favorezca una interacción más continuada y que abarque otras posibilidades formativas.

1.5. Movilización y Protesta Social

La protesta social, que ha resultado aparentemente útil en otros movimientos de lucha contra el estigma y la discriminación, parece tener claros efectos a corto plazo, disminuyendo, por ejemplo, la difusión de imágenes negativas basadas en estereotipos hacia las personas estigmatizadas. Pero no garantiza por sí sola una utilidad a largo plazo, dada su menor capacidad para promover imágenes positivas y la resistencia al cambio de los estereotipos, habiendo incluso evidencia de “efectos rebote” de medidas basadas exclusivamente en la protesta (20; 175; 179-181, citado en; Lopez, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2008).

En nuestro campo, a imagen de otros grupos minoritarios objeto de estigmatización, distintas asociaciones de personas afectadas (tanto usuarios y usuarios como familiares) y también de profesionales y personas interesadas por el problema y los derechos civiles en general, vienen realizando protestas públicas de mayor o menor envergadura y consecuencias con respecto a situaciones de discriminación, a distintos niveles y en distintos países. Aunque no parece haber estudios experimentales (al menos publicados)

al respecto, los resultados, tanto del efecto “lobby” en general como de distintas protestas concretas, suelen suponer la disminución o supresión al menos temporal de alguna forma específica de discriminación, o algunos cambios temporales en los mensajes de los medios de comunicación, pero no una mejora sostenida y constatable en las actitudes reales ni, especialmente, en la conducta general hacia dichas personas. Pero si parecen, por el contrario, contribuir a mejorar la autopercepción y capacidad de manejo de los usuarios y usuarios que participan en movimientos de reivindicación y protesta, en línea con lo que venimos refiriendo sobre la autoafirmación y *empowerment* (López et al., 2008).

2. PROGRAMA INCLÚYETE DE DEPORTE: FUTBOL

2.1. Justificación del estudio

A partir de los datos analizados, se puede considerar este estudio como una iniciativa novedosa, tanto en España como en Europa, en el estudio del efecto del programa Inclúyete en la salud física y psicológica de personas diagnosticadas de trastorno mental grave (TMG).

El presente estudio reúne varios aspectos a considerar entre los que cabe destacar; un equipo de investigación multidisciplinar integrado por profesionales de diferentes áreas especializadas en salud mental y ciencias de la actividad física y el deporte, actividades adaptadas tanto a las aptitudes y capacidades físicas de cada participante, como a sus preferencias y motivaciones; la participación activa de los usuarios en la planificación y dirección de las sesiones, la temporalidad de las sesiones (con un total de 8 meses de duración); participación conjunta entre estudiantes, voluntarios y usuarios, en un contexto inclusivo.

Fernández Ozcorta, García Martínez y Martínez García (2011), aplicaron también un programa de actividades deportivas (n=15), si bien este caso, en pacientes con patología dual, encontrando diferencias significativas en las subescalas de disfunción social y depresión del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28). Estos investigadores constataron mejoría respecto de la línea base tras la intervención deportiva, siendo menor esta diferencia en la subescala de ansiedad (Mullor, 2016).

Otro estudio longitudinal con características parecidas al presente, (Hermida Carballido, 2011, citado en Mullor, 2016), aunque con tan solo dos meses de duración y con solo un grupo (experimental) y con una muestra más reducida (n=12), se evaluó el impacto de un programa deportivo y de actividad física sobre la condición física de un grupo de personas con TMG que acudían al Hospital de Día de Ferrol, concluyendo que los participantes habían mejorado levemente en las variables de fuerza de los miembros inferiores y superiores, flexibilidad de los miembros inferiores y resistencia cardiorrespiratoria (Mullor, 2016).

En relación a los beneficios físicos y psicológicos en pacientes con TMG, en los últimos años se han publicado numerosos estudios de investigación y de revisión, entre los que destacan los trabajos publicados por un grupo de investigadores provenientes de la Universidad de Leuven (Bélgica), como son el caso de Vancampfort, Probst, De Hert, Knapen, Sweers, entre otros. También destacan otros investigadores europeos como Firth, Yung (Universidad de Manchester), Stubbs (King's College London), Malchow (Universidad de Múnich) y Oertel-Knöchel (Universidad de Frankfurt). También cabe destacar las aportaciones realizadas desde la Universidad de Nueva Gales en Sídney (Australia), lideradas por Simon Rosenbaum, acerca de los efectos beneficiosos del ejercicio en personas con trastorno de estrés postraumático o esquizofrenia o las investigaciones sobre la relación entre la enfermedad mental y las enfermedades metabólicas como la diabetes (Mullor, 2016).

En un estudio reciente, Rosenbaum et al. (2014), demostraron que la actividad física tiene el potencial para mejorar los síntomas negativos de la esquizofrenia. Estos autores encontraron diferencias significativas que avalan que el ejercicio físico reduce la sintomatología negativa de la esquizofrenia de la mayoría de las personas con enfermedad mental. Además, también hubo una mejora en la condición física, de las medidas antropométricas y de la calidad de vida de la mayoría de las personas que practican ejercicio físico de manera regular.

Por lo expuesto anteriormente, este trabajo busca ser una herramienta de intervención para una posible solución al creciente problema de salud en personas con trastorno mental grave, tanto a nivel físico (morbilidad, sobrepeso, sedentarismo, etc.) como psicológico y social (estigma, síntomas positivos y negativos de la enfermedad, exclusión social,

autoestima, etc.). En definitiva, se intenta a través de la aplicación del programa deportivo, realizado en un entorno normalizado como son, por ejemplo, las instalaciones deportivas de la Universidad de Almería, mejorar los aspectos relativos al ámbito de la salud física, psicológica y social, de personas en riesgo de exclusión social, y con ello, poder ofrecerles mayor calidad de vida y bienestar a los participantes en esta experiencia pionera.

2.2. Aspectos novedosos del Programa

Este programa de investigación se mantiene de forma teórica y metodológica en el Modelo de Rehabilitación, Apoyo Social y Atención Comunitaria, en la cual, los usuarios participantes en el Programa lo son de manera voluntaria y, además, forman parte activa de la propia planificación y posterior desarrollo de las sesiones (Mullor, 2016).

Otra de las bondades del módulo deportivo del Programa, fue la realización conjunta de actividades físicas y deportivas entre personas con y sin problema de salud mental. La interacción entre ambos colectivos fue muy positiva para ambas partes. Por un lado, los estudiantes descartaron muchos de los prejuicios e ideas preconcebidas acerca de las personas con problemas graves de salud mental y, por otro lado, también los propios usuarios vieron reforzada su autoestima y sentimiento de valía personal, además de sentirse más integrados dentro de la comunidad (Mullor, 2016).

El programa tiene también como finalidad promover el deporte como factor clave para luchar contra el estigma y el posterior proceso de discriminación y en muchas ocasiones auto-discriminación o auto-estigma que en muchas ocasiones sufren estas personas; entendemos el deporte como factor de socialización en la comunidad mediante actividades fuera del ámbito hospitalario y en entornos normalizados, como lo son las instalaciones de la Universidad de Almería (Mullor, 2016).

3. Hipótesis y Objetivos

Hipótesis

En relación directa con los objetivos que planteamos a continuación, las hipótesis de las que partimos son las siguientes:

- La participación en el Programa Inclúyete facilitará la inclusión social de personas con trastorno mental grave.
- El programa ayudará a la reducción del autoestigma en este colectivo.
- La práctica del deporte en equipo con estudiantes y usuarios de salud mental reducirá el estigma asociado a este último.

Objetivo General

El objetivo general es la evaluación del impacto del programa sobre el estigma asociado a usuarios de salud mental, a través de la aplicación de un programa inclusivo de deportes realizado de forma conjunta con estudiantes, monitores, voluntarios, y profesionales del ámbito de la salud.

Objetivos Secundarios

Los objetivos que se especifican son los siguientes:

- Buscar el acercamiento al ámbito educativo y deportivo en un programa complementario de carácter inclusivo.
- Aumentar la integración en el colectivo de personas con problemas de salud mental a través de actividades deportivas, como lo es el fútbol en este caso, en un contexto universitario.
- Reducir el autoestigma y apoyar a estas personas en este proceso adaptativo.

4. Método

4.1. Muestra

La muestra de estudio al comienzo del programa contaba con una representación de un total de 20 personas, de los cuales 19 son hombres y 1 mujer. El rango de edad de los participantes está entre los 19 y 59 años. La muestra final de estudio (que cumplieron los cuestionarios al principio y final del programa) se compone de 7 usuarios de distintas unidades clínicas, como lo son FAISEM (Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental), la Asociación El Timón en El Ejido, y otras, además de 5 estudiantes o profesionales que conformaron el total de participantes. En cuanto al grupo regular, ha estado compuesto por la mitad del total de la muestra. Los criterios de inclusión son: que los usuarios de salud mental estuvieran diagnosticados

dentro de los TMG. Se tiene en cuenta el abandono voluntario del programa sin la necesidad de informar/alegar motivos que causaron la baja del mismo.

4.2. Diseño del estudio

El presente estudio de intervención y/o tratamiento, es longitudinal, de tipo cuasi-experimental, tomando medidas antes de comenzar el programa (pre-test), para una vez finalizado el mismo, tomar medidas post-test para su estudio. Una vez terminado el programa, y en cuanto al análisis de los resultados obtenidos, el total de la muestra fue dividido en 2 grupos, compuesto el primero por usuarios de salud mental, y el segundo grupo por estudiantes universitarios, todos ellos componentes activos del programa.

Esta intervención dirigida en especial a usuarios de salud mental, la mayoría de ellos pertenecientes a FAISEM-ALMERÍA, ha sido pensada para desarrollarse en un contexto normalizado como lo son las instalaciones deportivas de la Universidad de Almería, junto con otras cedidas por el Patronato de Deportes del Ayuntamiento de Almería (Estadio de la Juventud Emilio Campra). Esta consta de un total de 25 sesiones de dos horas de duración, todas ellas realizadas en el plazo de 8 meses del año académico presente (2018-2019). Se realizaron todos los viernes desde octubre de 2018, hasta el 31 de mayo de 2019, siendo éste el último día del programa, eso sí, omitiendo los periodos vacacionales. Resaltar que, a su vez, dentro de las horas realizadas por sesión, se incluyen también otro tipo de actividades como lo son la presentación en cuanto a incorporaciones al programa, charlas informativas acerca de las actividades a realizar, conteo de participantes, el calentamiento antes de comenzar a aumentar la intensidad física, el feedback, y la despedida, por tanto, el tiempo exclusivamente dedicado a la realización del ejercicio físico se reduce moderadamente.

Este tipo de programa, intenta combinar la metodología usada en la práctica de deportes colectivos como lo es el fútbol, con los usuarios y estudiantes que participan. Como tal, es guiada por un equipo multidisciplinar formado por investigadores, monitores, profesionales de la salud, estudiantes y usuarios de salud mental, provenientes todos ellos de diferentes ámbitos profesionales, servicios sociales, y de la salud.

4.3. Instrumentos de medida

Los instrumentos utilizados para la obtención de datos van a ser tanto pertenecientes a la metodología cuantitativa como cualitativa con el fin de obtener mayor precisión sobre el impacto que ha tenido la realización de programa. Los instrumentos que se emplearan fueron los siguientes:

- 1) **Cuestionario de Evaluación del Programa Inclúyete Joven.** Diseñado *ex profeso* para el estudio con la finalidad de poder medir el impacto del programa en los participantes, se trata de un compuesto por 16 ítems a escalar de 1 a 10 puntos, donde 1= totalmente en desacuerdo, y 10= totalmente de acuerdo, más 3 preguntas abiertas donde los participantes pueden expresar libremente su opinión respecto al mismo (ver *anexo 1*).
- 2) **Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental, ISMI** (Ritsher, Otilingam y Grajales, 2003). Se trata de una escala que mide el estigma internalizado o autoestigma, compuesto por 29 ítems y cinco subescalas. Está disponible en 55 idiomas. Para el presente estudio utilizaremos la versión validada al español por Bengochea, Arrieta, Fernández, Santacoloma, Gómez, García, Santos y Gil (en prensa). Posee un coeficiente alfa de Cronbach de 0,91 y valores aceptables de consistencia interna excepto en la subescala de Resistencia al Estigma con un valor de 0,42 (invertido). (ver *anexo 2*).

4.4. Procedimiento

Una vez seleccionados y revisados, se llevó a cabo la aplicación de los cuestionarios a los participantes al finalizar el acto de presentación del programa, realizado en las distintas aulas de formación de la Unidad de Deportes de la Universidad de Almería.

El investigador principal junto con sus colaboradores, fueron los encargados de suministrar los distintos cuestionarios y materiales necesarios para su cumplimentación (bolígrafos y/o lápices) a los asistentes provenientes de distintos dispositivos de salud mental, al igual que a los estudiantes que conforman el total de la muestra. Los participantes fueron invitados a sentarse en sillas y sus correspondientes mesas mientras rellenaban los cuestionarios, en un ambiente cordial y amigable, y de una manera relajada y silenciosa.

En el presente curso, se practicaron tanto las modalidades de fútbol 7, realizado entre el Estadio de la Juventud y el campo de fútbol de la Universidad de Almería, como el fútbol sala, el cual tuvimos la suerte de poder jugar en el Pabellón cubierto de la Universidad, además del Pabellón Emilio Campra. Es importante resaltar que el fútbol fue incluido por petición popular, ya que fue uno de los más demandados junto con el de baloncesto.

El curso se dividió en 25 sesiones de 2 horas de duración cada una, comenzando por el calentamiento, ya que se considera parte esencial antes de realizar cualquier actividad física, con una duración aproximada de entre 10 y 15 minutos, incluyendo el saludo y la bienvenida, además de charlas informales que se daban espontáneamente. Los objetivos que persigue el calentamiento son dos principalmente; mejorar la dinámica muscular y la amplitud de movimiento para que el músculo sea menos propenso a lesionarse y, por otro lado, preparar a la persona para afrontar las sollicitaciones del ejercicio, de manera que actúa a nivel fisiológico, físico y psicológico (Bishop, 2003, citado en Mullor 2016).

Una vez terminado el calentamiento, se proponían diferentes circuitos de una intensidad media/baja, en los que se trabajaban diferentes técnicas de carrera, como las de ir de un cono a otro trotando, levantando las rodillas, desplazamientos laterales, además de circuitos en *zigzag*, entre otros. Durante la realización del entrenamiento, las personas encargadas de dirigir la sesión, así como también los voluntarios, estudiantes y usuarios, interactuaban continuamente entre ellos, haciendo de las sesiones una experiencia única.

Finalizado el calentamiento y los circuitos, los monitores se encargaban de elegir dos capitanes que serían los responsables de formar dos equipos mixtos entre usuarios, estudiantes y monitores, para poder jugar un partido de fútbol. A esto le dedicábamos aproximadamente la mitad del tiempo disponible por sesión, terminando con un pequeño estiramiento y la despedida.

Por último, mencionar los campeonatos organizados por diferentes entidades dedicadas a la salud mental, que nos dieron la oportunidad de acompañar a los participantes por diferentes ciudades andaluzas para competir con otros equipos formados por las ciudades que componen la Andalucía más oriental, como lo fue el campeonato de

Cabra (Córdoba), Alcalá la Real (Jaén) y el de Atarfe (Granada). Una declaración de intenciones con el objetivo de visibilizar el colectivo formado por personas diagnosticadas de TMG, fomentando el deporte y la inclusión, además de promover unos hábitos de vida más saludable.

5. Resultados

Cuestionario de Evaluación del Programa Inclúyete Joven (ver Anexo I):

En cuanto al análisis cuantitativo y pormenorizado ítem a ítem del cuestionario, con una escala de 1 a 10 puntos (donde 1 = totalmente en desacuerdo, y 10 = totalmente de acuerdo), y atendiendo a la división entre usuario de salud mental y estudiantes/participantes del mismo, los resultados obtenidos para los estudiantes con $n=5$ (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 16) y para usuarios con $n=8$ (ítems del 1 al 16) son los siguientes (ver **tabla 2**):

Tabla 2. Resultados en puntuación media y desviación típica al cuestionario Inclúyete.

Ítems	Usuarios	Estudiantes
1. Realizar el curso ha sido positivo para mí.	X= 8'5 (Sx= 1'41)	X= 10 (Sx= 0)
2. La participación en el curso me ha permitido establecer nuevas relaciones sociales.	X= 9 (Sx= 1'51)	X= 9'6 (Sx= 0'44)
3. La realización del curso ha aumentado mi interés para seguir formándome.	X= 8'37 (Sx= 1'99)	X=9'6 (Sx= 0'44)
4. En el curso me he sentido como uno más del grupo.	X= 8'5 (Sx= 1'92)	X= 10 (Sx= 0)
5. No repetiría esta experiencia.	X= 4 (Sx= 3'50)	X= 1 (Sx= 0)
6. Asistir me ha ayudado a despejarme y tener una rutina más organizada.	X= 8'25 (Sx= 1'90)	X= 9'4 (Sx= 1'2)
7. El curso suponía una motivación personal para mí.	X= 8'4 (Sx= 1'84)	X= 9 (Sx= 1'74)
8. Opino que asistir al curso puede ayudarme en mi recuperación.	X= 8'9 (Sx= 1'64)	
9. Asistir al curso ha evitado que me encierre en mí mismo/a.	X= 8'1 (Sx= 1'80)	
10. Me siento con mayor iniciativa.	X= 7'25 (Sx= 3'1)	

11. Participar ha mejorado mi autoestima.	X= 7'75 (Sx= 1'46)	
12. He tenido la ayuda de otros compañeros cuando lo he necesitado.	X= 8'9 (Sx= 1'35)	
13. Realizar el curso ha supuesto una vía de inclusión social.	X= 7'5 (Sx= 2'14)	
14. Me he sentido discriminado por el resto de mis compañeros.	X= 4'5 (Sx= 3'07)	
15. La experiencia me ha ayudado a ser más optimista conmigo mismo.	X= 8'4 (Sx= 1'99)	
16. El curso no me ha servido de nada.	X= 2'4 (Sx= 2'50)	X= 1 (Sx= 0)

Respecto al análisis cualitativo de las preguntas abiertas que conforman el cuestionario, se destacan las siguientes ideas de los estudiantes con $n= 5$ (ver **tabla 3**):

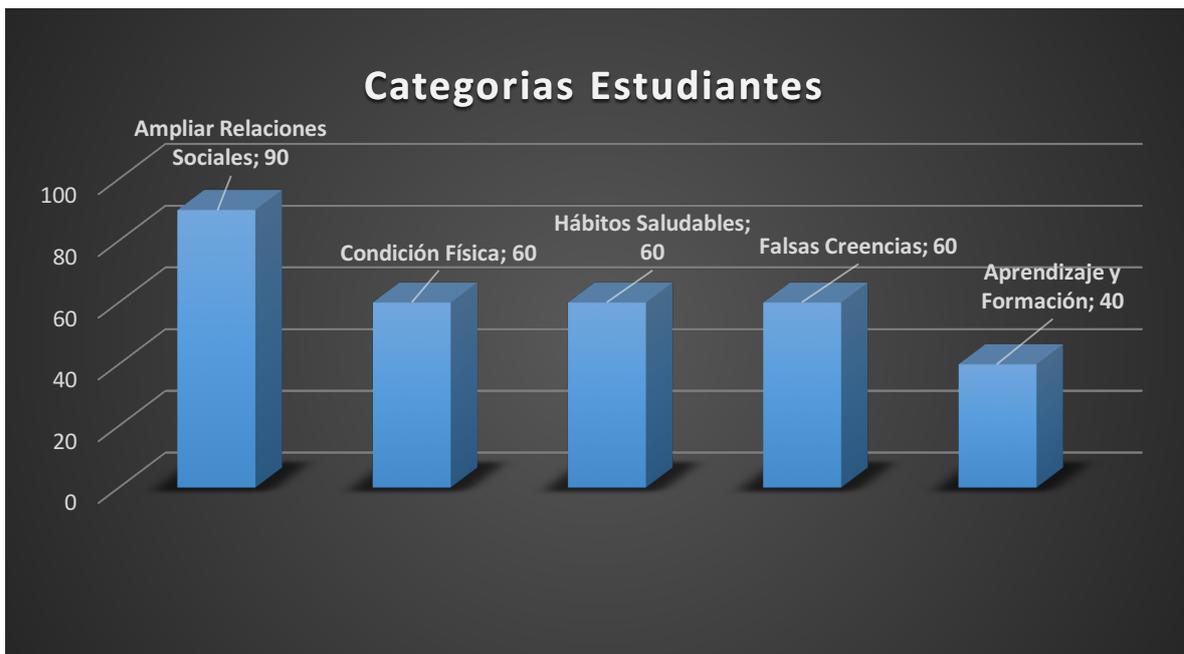
Tabla 3. Respuestas ofrecidas por los estudiantes al Cuestionario Inclúyete.

Estudiantes	1. ¿De que te ha servido participar en el curso?	2. ¿Participar en el curso ha cambiado algo tu vida?	3. ¿Recomendarías la participación en el programa a una persona que se encuentra en tu situación? ¿Por qué?
Sujeto 1	Para mejorar tanto física como emocionalmente y crecer como persona.	Para cambiar creencias respecto al TMG y descubrir grandes personas.	Sí , por la práctica deportiva y el aprendizaje, además de conocer a otras personas .
Sujeto 2	Para la adquisición de conocimientos futbolísticos .	Para realizar más actividad física .	Sí , para adquirir hábitos rutinas saludables .
Sujeto 3	Para conocer de cerca el colectivo de salud mental y ampliar mi círculo de amistades.	Para cambiar mi perspectiva respecto al TMG.	Sí , para romper con los estereotipos de este colectivo.
Sujeto 4	Para ampliar el círculo de amistades , además de para estar más despejado y practicar deporte .	Para sentirme mejor físicamente y para mejorar mis relaciones sociales .	Sí , para vivir la experiencia y relacionarte con otras personas .
Sujeto 5	Para pasar un buen rato, estar en forma y mejorar y	Para eliminar estigmas sociales.	Sí , por ser una experiencia bonita y gratificante.

	establecer contacto con usuarios con TMG.		
--	--	--	--

En la siguiente gráfica se muestran los porcentajes de respuestas según la categoría a la que pertenezcan en la muestra de estudiantes con $n= 5$ (ver **gráfica 1**):

Gráfica 1. Resultados en % a las categorías obtenidas de las respuestas dadas por los estudiantes.



En cuanto a los usuarios con $n= 7$, las respuestas que se recogieron para su posterior análisis son las siguientes (ver **tabla 4**):

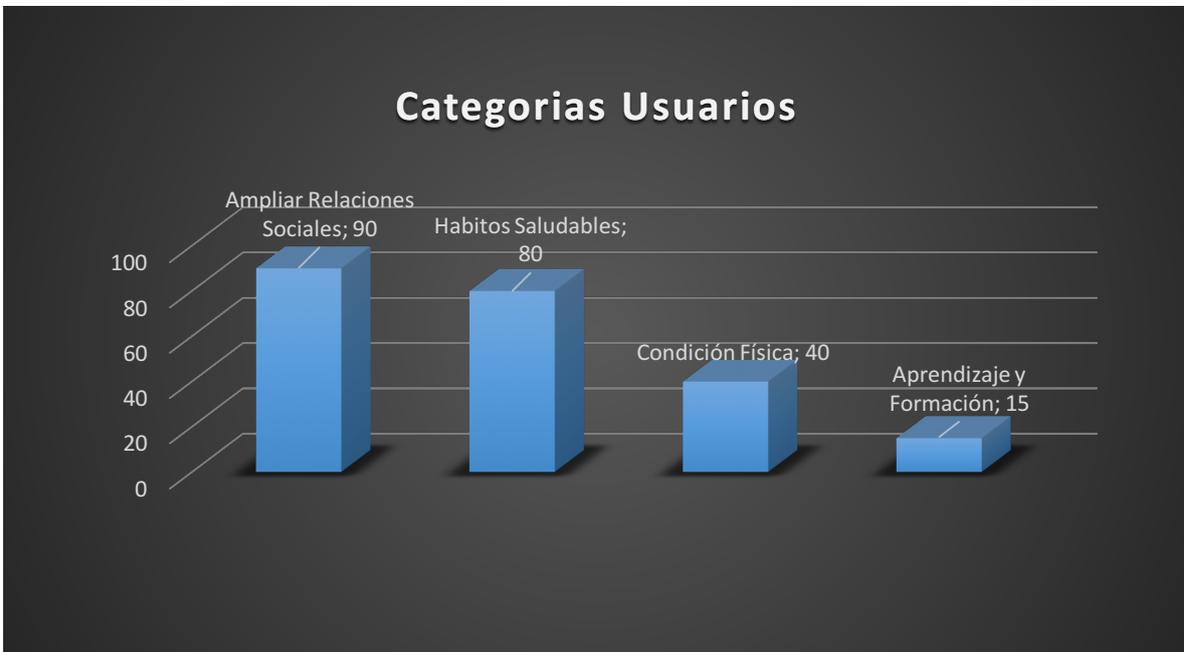
Tabla 4. Respuestas ofrecidas por los usuarios al Cuestionario Inclúyete.

Usuarios	1. ¿De que te ha servido participar en el curso?	2. ¿Participar en el curso ha cambiado algo tu vida?	3. ¿Recomendarías la participación en el programa a una persona que se encuentra en tu situación? ¿Por qué?
Sujeto 6	Para cambiar de aires y ampliar mi red social.	Para motivarme aún más hacia el deporte.	Sí, por la práctica deportiva y el bienestar que produce, además de el trato igualitario.
Sujeto 7	Para salir de la rutina y hablar con otras personas.	Para ayudar un poco en cuanto a mi mejora.	Sí, para conocer gente nueva y divertirse con los compañeros.

Sujeto 8	Para mejorar en mis relaciones sociales y en la práctica del fútbol .	Para romper con mi rutina .	Sí , pero a personas que tuvieron mayor forma física .
Sujeto 9	Para aprender actividades nuevas y despejar la mente .	Si (sin especificar motivos).	Sí , para aprender algo novedoso.
Sujeto 10	Para conocer compañeros nuevos .	No (sin especificar motivos).	Sí , Para conocer a otras personas.
Sujeto 11	Para romper barreras, enfrentarme a nuevos retos , y conocer a otras personas .	Para sentirme apoyado y encontrar trabajo.	Sí , para aumentar la motivación , las ganas de superación, el buen ambiente y la inclusión.
Sujeto 12	Para conocer gente y adquirir hábitos saludables .	Si (sin especificar motivos).	Sí , para ampliar relaciones sociales , practicar deporte y mejorar la salud.

A continuación, se exponen los resultados de las categorías seleccionadas que considero más relevantes para los usuarios (ver **gráfica 2**):

Gráfica 2. Resultados en % a las categorías obtenidas de las respuestas dadas por los usuarios.



Categorías

Ampliar Relaciones Sociales: para el 90% de USUARIOS y ESTUDIANTES de la muestra parece reseñable apelar a la ampliación y/o mejora de las relaciones sociales

mediante la participación en el programa, siendo esto una evidencia de la importancia que otorgan al hecho de poder establecer contacto con diferentes colectivos y con ello aumentar el conocimiento acerca de la enfermedad mental, que como reza el nombre del programa surgió un, “*grupo de conocimiento mutuo*”, dando a esta variable un peso más que considerable e importante en la investigación. Como ejemplo, el sujeto 3 expresa: “para *conocer* de cerca el colectivo de salud mental y *ampliar mi círculo de amistades*”, además del sujeto 7 que expone: “Sí, para *conocer gente nueva* y divertirse con los compañeros”.

Mejora de la Condición Física: respecto a este factor, los ESTUDIANTES con un 60% y los USUARIOS con un 40% del total de la muestra, valoran de una manera positiva el hecho de poder practicar deporte de una manera habitual y sistemática, y a la vista de los resultados obtenidos, la mejoría observada por los integrantes del curso es notoria, como por ejemplo nos relata el sujeto 1 al ser preguntado si le ha servido el programa para algo, “para *mejorar tanto física como emocionalmente*”, además el sujeto 5 expone que “para pasar un buen rato, *estar en forma* y mejorar”.

Hábitos saludable: los resultados muestran como los USUARIOS obtienen un 80% mientras que los ESTUDIANTES un 60% del conjunto de la muestra en este factor, dando también un peso considerable al hecho de adquirir nuevos hábitos como es en este caso el hacer deporte en un ambiente enriquecedor tanto social como psicológicamente. Como muestra de ello encontramos como el sujeto 12 nos cita que el curso le ha servido “para adquirir *hábitos saludables*”, igual que el sujeto 2 al ser preguntado por si recomendaría el curso a otras personas alegando que “sí”, por motivos tales como “para adquirir hábitos y *rutinas saludables*”.

Aprendizaje y Formación: en cuanto a la formación, un 40% de los ESTUDIANTES, y un 15% del total de los USUARIOS, quizás muestren un interés menos relevante como puede ser el hecho de poder ampliar sus vínculos sociales o la adquisición de hábitos saludables, aunque también aparezca reflejado en las respuestas dadas en el cuestionario. Por ejemplo, el sujeto 2 al ser preguntado por si le ha servido en algo el curso, alega que “para *adquirir conocimientos futbolísticos*”, mientras que el sujeto 9 nos cuenta que le ha servido “para *aprender actividades nuevas* y despejar la mente”.

Falsas Creencias: por último, y atendiendo solamente a las creencias que pueden tener los ESTUDIANTES hacia el colectivo de salud mental, un 60% del total de ellos asegura como el curso les ha ayudado a eliminar ciertos prejuicios y modificar ciertas actitudes acerca de los usuarios que han participado en el mismo. Como ejemplo de ello, el sujeto 1 asegura que el curso le ha ayudado a “*cambiar ciertas creencias* hacia los TMG”, al igual que el sujeto 5 nos dice que “*para eliminar estigmas sociales*” al contestar a la pregunta de si el curso le ha cambiado en algo su vida.

Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (ISMI). (Ver anexo 2):

En lo que respecta a los resultados pre-post obtenidos por los usuarios (n= 5) en la escala de estigma internalizado, se exponen los siguientes datos obtenidos una vez finalizado el estudio (ver **tabla 5**):

Tabla 5. Resultados pre-post en puntuación directa al ISMI (Usuarios).

Usuarios	PRE (Pd)	POST (Pd)
Sujeto 6	80	67
Sujeto 7	68	48
Sujeto 8	No hay pre	63
Sujeto 9	71	63
Sujeto 10	No hay pre	62
Sujeto 11	51	54
Sujeto 12	53	No hay post
Sujeto 13	86	64

De los cinco usuarios que tenemos datos pre y post con este instrumento, se comprueba que en cuatro de ellos hay una disminución del autoestigma que va desde 20 puntos (sujeto 13) hasta ocho puntos (sujeto 9). Por el contrario, en el sujeto sujeto 11 hay un ligero aumento (de tres puntos).

6. Discusión

En base a un análisis exhaustivo del *Cuestionario de Evaluación del Programa Inclúyete Joven*, se aprecia como en general, la valoración de usuarios y estudiantes

tomando las puntuaciones obtenidas en el mismo, es bastante positiva, habiendo resultado gratificante la experiencia de participar en el programa.

De resaltar en cuanto a los ítems, 1, 2, 3, 4, 6 y 7, en torno al grupo de estudiantes, y con una media de 9'5 puntos en el cuestionario, la percepción de que el curso ha sido positivo, además de poder entablar relaciones nuevas, aumentar el interés por seguir formándose, sentirse participe del mismo desde el comienzo, al igual que el hecho de suponer un reto, y por tanto, una motivación personal. Los usuarios obtienen en estos ítems una media de 8'5, que aún siendo 1 punto por debajo de la muestra de estudiantes, se considera aceptable el hecho de que se hayan podido sentir uno más en el grupo, a la vez de aumentar sus relaciones sociales, el incremento de la motivación tanto por la practica deportiva como por la de seguir formándose, y con ello poder llegar a un inclusión total.

En cuanto al ítem 5, parece haber una disonancia entre los datos obtenidos y las respuestas dadas a los demás ítem, siendo de 1 en estudiantes al ser preguntados por la NO repetición del curso, es decir, en total conformidad con lo ofrecido en el curso, cuando los usuarios obtienen una media total de 4 puntos, eso sí, con una varianza de 3'5 puntos, lo que nos hace sospechar de la probabilidad de una mala redacción del ítem.

Para los usuarios, y de los ítems 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 15, con una media de 8'11 puntos, podemos extraer que el curso ha supuesto una vía importante para su recuperación e inclusión, evitando en cierto modo que se encierren en sí mismos, pudiéndose sentir con mayor iniciativa, mejorando con ello el autoestima, junto con la percepción de sentirse uno más en el grupo, aumentando también su optimismo.

Respecto al ítem 14, los datos son contradictorios, obteniendo el grupo de usuarios de salud mental una media de 4'5 al ser preguntados si se han sentido marginados durante la realización del presente curso, no siendo esto congruente con las demás respuestas dadas. Objetar, que la varianza ha sido de 3'07, una variabilidad bastante alta teniendo en cuenta que hablamos de una escala de 10 puntos. A tener en cuenta.

Por último, atender al análisis del ítem 16, siendo para estudiantes la media de 1 punto, y de usuarios de 2'4, al contestar a la pregunta; “el curso no me ha servido de nada”,

estableciendo así que el curso ha sido del agrado del colectivo estudiantil, sin embargo, contiene un alto grado de incongruencia en el grupo de usuarios, aunque también haya que tener en cuenta la redacción del ítem, siendo este negativo, y con una varianza total de 2'50 puntos.

Por tanto, se puede deducir que el efecto del programa en líneas generales ha sido positivo en cuanto a satisfacción por la realización del mismo, siendo esto un dato a tener en cuenta para proyectos venideros.

Respecto al análisis cualitativo de las preguntas abiertas del cuestionario, las categorías que se destacan y observan con un mayor índice de agrado son:

- Con un 90% del total de la muestra, tanto estudiantes universitarios como usuarios, coinciden en el poder ampliar las relaciones sociales en la realización del curso. Esto ocupa un lugar privilegiado en la investigación, siendo este factor clave a la hora de diseñar el proyecto, es decir, la base teórica donde se sustenta el estudio y los objetivos perseguidos desde sus comienzos.
- En cuanto a la adquisición de hábitos saludables, los estudiantes con un 40% y los usuarios con un 60%, otorgan a este factor un peso medio aunque no menos relevante en la valoración del curso, siendo este factor uno de los que tener en cuenta por la importancia que posee para una recuperación funcional óptima.
- Respecto a la condición física, para estudiantes supone un total del 60%, y para usuarios un total del 40%, indicando esto que quizás tenga este factor más peso para estudiantes que para los usuarios de salud mental, pudiendo surgir dudas a la hora de su interpretación.
- En la categoría de aprendizaje y formación, se obtiene para estudiantes un total del 40%, mientras que para los usuarios un 15%, siendo también destacable la relevancia que da el colectivo de estudiantes a este factor, y el poco peso que tiene para los usuarios.
- Por último, y en cuanto al factor de falsas creencias en estudiantes respecto al colectivo de usuarios, un 60% del total hacen alusión a la modificación de

determinados prejuicios que se tenían hacia dicho colectivo, siendo este un dato para sentirse esperanzados, por ser un objetivo prioritario en el estudio, y con esperanza de conseguir algún día un 100% de conformidad en el total de los participantes, y por qué no, en toda la sociedad y de una manera global.

Por último, se analiza la *Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (ISMI)*, obteniendo datos esperanzadores respecto al autoestigma, ya que en la mayoría de los participantes se ha reducido el mismo, y únicamente en uno de ellos se mantiene similar.

Limitaciones

Entre las distintas limitaciones o aspectos a mejorar que nos hemos podido encontrar en la realización del presente estudio han sido por ejemplo; el tamaño de la muestra, quizás también la heterogeneidad del grupo, la participación y/o asistencia, los sesgos que se pueden dar al aplicar cuestionarios auto-administrados, el control de otras variables ajenas a nuestra voluntad, la no incorporación de un grupo control, y la limitación que supone el contar con participantes que vienen haciéndolo en años anteriores y por tanto la pérdida de lo novedoso de la experiencia.

El hecho de considerar al tamaño de la muestra como insuficiente, quizás por las ventajas que supone el poder contar con un número más elevado de participantes, en vistas al haber podido contar con datos más generalizables y con ello una mayor significación en los resultados. Por otra parte, el poder contar con un grupo más homogéneo en cuanto a edad, condición física y psicológica, nos podría haber facilitado la metodología y planificación de las diferentes sesiones. Aún así, éramos conscientes de ello y no ha supuesto un problema añadido al estudio, ya que, uno de los objetivos que se persiguen es el de la total integración e inclusión, independientemente de edad, sexo, condición y valía.

En lo que respecta a la asistencia y como pretensión inicial, hubiéramos deseado que fuera mucho mayor, no obstante, también se previó de antemano el que pudieran ocasionarse bajas por diversos problemas de índole personal, los cuales se nos hacen ajenos a nuestra voluntad, ya sean por sintomatología negativa de la enfermedad, baja motivación, lesiones varias, etc.

Por último, el haber contado con instrumentos de medida auto-aplicados con los sesgos derivados de este proceder; no tener control directo sobre otras variables vinculadas con la mejoría de la salud física, psicológica y social durante el estudio; otros factores personales como los que tienen que ver con el control y prescripción por parte de los distintos dispositivos de salud a los que están adheridos los diferentes usuarios que han participado en el proyecto; la no incorporación de un grupo control y las desventajas a la hora de hacer un análisis más exhaustivo de los datos resultantes; además, y como se ha mencionado anteriormente, el no poder haber contado con participantes nuevos, perdiendo así fuerza la aportación novedosa del programa.

Retos futuros

Analizados tanto trabajos publicados como el mismo estudio que nos ocupa, se plantean una serie de recomendaciones que se pueden extraer del presente trabajo de investigación.

Por un lado, considerar la necesidad de conseguir mayor implementación de actividades deportivas con el objetivo de mejorar la salud en términos generales de usuarios y cualquier persona que se anime a participar, ya que es un proyecto inclusivo y por tanto se busca la integración total, principalmente de aquellas personas con un grave problema de exclusión social y con mayor índice de comorbilidad en enfermedades tanto físicas como psicológicas.

A consecuencia de lo anterior, la importancia de promover el acceso sin barreras de ningún tipo a los distintos centros deportivos que se reparten a lo largo de toda la provincia, y sobre todo teniendo en cuenta a este colectivo, los cuales puedan disponer de recursos suficientes para poder practicar deporte de una manera habitual.

De importancia contrastada, la constancia de seguir alentando la relación entre el público en general con el colectivo de personas con problemas de salud mental a través de la participación conjunta en la práctica deportiva con los efectos que ello conlleva.

Por lo relevante de lo expuesto, pediría poder seguir obteniendo fondos sociales con el único fin de seguir con la investigación acerca de los beneficios más que contrastados

de la actividad física en cualquier colectivo, y quizás de especial interés en el que nos ocupa.

Por último y por ello no menos importante, el poder contar con la novedad en el presente estudio de poder incluir a personas sin problemas mentales con personas que sí lo tienen. El hecho de poder incorporar a estudiantes universitarios en este proyecto, supone una novedad a nivel nacional e internacional, persiguiendo con ello el ser un referente para estudios posteriores a la hora de planificar y diseñar proyectos inclusivos en un futuro.

7. Conclusión

En vista a los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede afirmar que ha habido una clara mejora durante la intervención tanto en el grupo de estudiantes como en el de usuarios.

Hacer hincapié en los aspectos novedosos del programa, y aunque aún no se disponen de datos contrastables, pensamos que el curso ha tenido un impacto positivo en los participantes, tanto en usuario como en estudiantes, haciéndonos partícipes y en diferentes ocasiones de la voluntad y el deseo de seguir formando parte de proyectos como el que aquí se ha expuesto.

Respecto a las hipótesis y objetivos que se planteaban desde el comienzo del estudio, se puede señalar que se han cumplido gran parte de ellos. Se buscaba el acercamiento al ámbito educativo del colectivo de salud mental con un carácter inclusivo, y por los datos analizados, se puede dilucidar como el programa ha cumplido con las expectativas. Además, se perseguía el hecho de poder aumentar la integración de personas con problemas de salud mental, siendo este un factor relevante a la hora de valorar la experiencia por parte de los participantes. Por último, destacar la mejoría respecto al autoestigma, habiendo resultados esperanzadores a la hora de plantear programas tan novedosos como el que nos ocupa.

Por todo lo expuesto, se requiere utilizar también distintas estrategias para implicar a los más jóvenes y no tan jóvenes en este tipo de programas, siendo estos una parte

importante en el camino de intentar lograr la inclusión total y la eliminación del estigma hacia este colectivo.

Por último, destacar el esfuerzo humano de todas las personas que han formado parte de este proyecto, en la búsqueda a través de la investigación, de nuevas formas de tratamiento en cuanto a los problemas derivados en personas diagnosticadas de TMG, y con ello, animar a que se siga investigando para una total erradicación de los prejuicios y estereotipos en ciertos colectivos, sobre todo en el de salud mental.

8. Referencias

- Arboleda-Flórez, J. y Sartorius, N. (2008). *Understanding the stigma of mental illness: The Theory and interventions*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Cangas, A.J., López, A., Orta, A.I., Gallego, J., Alias, I., Soriano, C., y Piedra, J.A. (2017). Inclúyete: Programa Socioeducativo e Inclusivo para Personas con Trastorno Mental Grave y Estudiantes en la Universidad de Almería. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Educación*, 16-1, 86-97.
- Cuadrado, I. (2013). Psicología de los Grupos. En I. Cuadrado, E. Gaviria y M. López (Eds.). *Introducción a la Psicología Social* (pp. 487-520). Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- De Simón-Alonso, L. (2015) Modificación del estigma asociado a la enfermedad mental: evaluación de una intervención en institutos de Enseñanza Obligatoria en Navarra. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M., y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en Salud Mental: una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28, 43-83.
- Magliano, L., Read, J., Patalano, M., Sagliocchi, A., Oliviero, N., D'Ambrosio, A., Campitiello, F., Zaccaro, A., Guizzaro, L. Y Cerrato, F. (2012). Contrarrestar

el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el ámbito sanitario: una experiencia piloto en una muestra de estudiantes italianos de medicina. *Psychology, Society and Education*, 4, 2, 169-181.

Mittal, D., Sullivan, G., Checkuri, L., Alle, E. y Corrigan, P.W. (2012). Empirical Studies of Selfstigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *Psychiatric Services*, 63, 974-981.

Mullor, D. (2016) Evaluación del impacto en la salud física, psicológico y social de un programa inclusivo de deportes y actividad física entre estudiantes y personas con trastorno mental grave. Tesis doctoral. Universidad de Almería.

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

Vogel, D.L., Bitman, R.L., Hammer, J.H. y Wade, N.G. (2013). Is Stigma Internalized? The Longitudinal Impact of Public Stigma in Self-Stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 311-316.

9. Anexos

Anexo 1. Cuestionario de Evaluación del Programa Inclúyete Joven.

Programa Inclúyete Joven.

Curso:

Edad:

Sexo:

Colectivo: Usuario de salud mental Estudiante/otro

A continuación, se van a plantear una serie de cuestiones para que las valore de 1 a 10, según tu experiencia personal en la actividad que has realizado, siendo de forma gradual 1 **“totalmente en desacuerdo”** y 10 **“totalmente de acuerdo”**.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Realizar el curso ha sido positivo para mí.										
2. La participación en el curso me ha permitido establecer nuevas relaciones sociales.										
3. La realización del curso ha aumentado mi interés para seguir formándome.										
4. En el curso me he sentido como uno más del grupo.										
5. No repetiría esta experiencia.										
6. Asistir me ha ayudado a <i>despejarme</i> y tener una rutina más organizada.										
7. El curso suponía una motivación personal para mí.										
8. Opino que asistir al curso puede ayudar en mi recuperación.										
9. Asistir al curso ha evitado que me encierre en mí mismo/a.										
10. Me siento con mayor iniciativa.										
11. Participar ha mejorado mi autoestima.										
12. He tenido la ayuda de otros compañeros cuando lo he necesitado.										
13. Realizar el curso ha supuesto una vía de inclusión social.										
14. Me he sentido discriminado por el resto de compañeros.										
15. La experiencia me ha ayudado a ser más optimista conmigo mismo.										
16. El curso no me ha servido de nada.										

¿De qué te ha servido participar en el curso? Cuéntanos brevemente tu experiencia personal.

¿Participar en el curso ha cambiado algo en tu vida?

¿Recomendarías la participación en el programa a una persona que se encuentra en tu situación? SI NO ¿Por qué?

Anexo 2. Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (ISMI). Usuarios.

En este cuestionario se utiliza de forma repetida la palabra "enfermedad mental", por favor, piense cómo aplicar esta palabra a su caso. Para cada afirmación marque si está 1. muy en desacuerdo, 2. en desacuerdo, 3. de acuerdo, 4. muy de acuerdo.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
2. Tener una enfermedad mental ha destrozado mi vida	1	2	3	4
3. Siento que las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme	1	2	3	4
4. Me da vergüenza tener una enfermedad mental	1	2	3	4
5. Me siento culpable por tener una enfermedad mental	1	2	3	4
6. Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental	1	2	3	4
7. Respondo a la imagen o estereotipo que se tiene de las personas con enfermedad mental.	1	2	3	4
8. Por mi apariencia la gente puede decir que tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
9. Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas	1	2	3	4
10. La mayoría de la veces, otras personas deben decidir por mí a consecuencia de mi enfermedad mental	1	2	3	4
11. Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida satisfactoria y gratificante	1	2	3	4
12. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse.	1	2	3	4
13. No puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
14. La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
15. Algunas personas piensan que no puedo conseguir mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
16. La gente me ignora o me toma menos en serio porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
17. A menudo la gente me trata con condescendencia o me tratan como a un niño/a, porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
18. Nadie se interesaría en acercarse a mí porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
19. No hablo mucho sobre mí porque no quiero cansar a los demás con mi enfermedad mental.	1	2	3	4
20. No me relaciono con otras personas tanto como solía porque podría comportarme de forma extraña a causa de mi enfermedad mental.	1	2	3	4
21. Los estereotipos o creencias negativas sobre las enfermedades mentales me aislan del mundo "normal."	1	2	3	4
22. No me relaciono con otras personas para no avergonzar a mi familia y mis amistades.	1	2	3	4
23. Cuando estoy con personas sin enfermedad mental siento que no estoy a la altura o que estoy fuera de lugar.	1	2	3	4
24. Evito acercarme con personas sin enfermedad mental para evitar el rechazo.	1	2	3	4
25. No me importa e incluso me apetece que la gente sepa que tengo enfermedad mental.	1	2	3	4
26. En general, soy capaz de vivir mi vida como quiero.	1	2	3	4
27. Puedo tener una vida satisfactoria y plena, a pesar de mi enfermedad mental.	1	2	3	4
28. Las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad	1	2	3	4
29. Vivir con una enfermedad mental me ha convertido en una superviviente nato.	1	2	3	4