

Programa de educación emocional y alfabetización en salud mental en adolescentes de centros residenciales de acción educativa

ROCÍO CASAÑAS^{1A}, JUAN JOSÉ GIL-MORENO^{2AB}, MARÍA TORRES-TORRES^{2AC},
JESSICA BARÓN-MARTÍ^{2B}, LAIA MAS-EXPÓSITO^{1A} Y LLUÍS LALUCAT-JO^{3A}

RESUMEN

Programa de educación emocional y alfabetización en salud mental en adolescentes de centros residenciales de acción educativa. El objetivo del estudio es evaluar la satisfacción de un programa de educación social, emocional y alfabetización (PESEA) en salud mental para adolescentes que viven en centros residenciales de atención educativa (CRAE) de Barcelona, así como describir su salud emocional y mental. Participan 14 jóvenes con una edad media de 13,57 años (*DE* 1,55) de tres CRAE. El programa PESEA es considerado interesante, útil y práctico; muestra una adherencia alta y, por tanto, estaría indicado para promover el bienestar mental y la alfabetización en salud mental en estos jóvenes. **Palabras clave:** *adolescentes, educación emocional, salud mental, centro residencial de acción educativa.*

ABSTRACT

Evaluation of the satisfaction of a programme for adolescents assisted in Residential Centres for Educational Action. The study aims to evaluate the satisfaction of a social, emotional, and literacy education programme (PESEA) in mental health for adolescents living in residential educational care centres (CRAE) in Barcelona, as well as to describe their emotional and mental health. Fourteen young people with an average age of 13,57 (*SD* 1,55) from three CRAE participated. PESEA programmes are considered interesting, useful, and practical; it shows high adherence and would therefore be suitable for promoting mental wellbeing and mental health literacy in these young people. **Keywords:** *adolescents, emotional education, mental health, residential educational action centre.*

RESUM

Programa d'educació emocional i alfabetització en salut mental en adolescents de centres residencials d'acció educativa. L'objectiu de l'estudi és avaluar la satisfacció d'un programa d'educació social, emocional i alfabetització (PESEA) en salut mental per a adolescents que viuen en centres residencials d'atenció educativa (CRAE) de Barcelona, així com descriure'n la salut emocional i mental. Hi participen 14 joves amb una edat mitjana de 13,57 anys (*DE* 1,55) de tres CRAE. El programa PESEA és considerat interessant, útil i pràctic; mostra una adherència alta i, per tant, estaria indicat per promoure el benestar mental i l'alfabetització en salut mental en aquests joves. **Paraules clau:** *adolescents, educació emocional, salut mental, centre residencial d'acció educativa.*

Introducción

Los estudios muestran que la mayoría de los problemas de salud mental se inician antes de los 25 años y son más comunes entre los 11 y 18 años (Department of Health and Social Care, 2018). Organizaciones internacionales como

la Comisión Europea (European Commission, 2008) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) vienen emitiendo informes y recomendaciones sobre la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, resaltando la importancia de desplegar estrategias que favorezcan la implementación

¹Psicóloga del Departamento de investigación. ²Enfermero/a. ³Psiquiatra y director médico. ⁴Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts, Grup CHM Salut Mental. ^BCentro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) de Les Corts. ^CCentro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) de Sarrià-Sant Gervasi. Barcelona (España). Contacto: rocio.casanas@chmcorts.com

de programas integrales, integrados y basados en la evidencia para la detección temprana y la mejora de la salud mental de los jóvenes.

El concepto de educación social y emocional (*social and emotional learning* [SEL]) fue introducido y definido por Elias (1997) como una aproximación para enseñar a alumnos y adultos métodos para el reconocimiento y manejo de las emociones y las interacciones sociales. Entre sus objetivos, se encuentra el de impulsar el desarrollo de competencias cognitivas, afectivas y de comportamiento interrelacionadas como la autoconciencia, autogestión, conciencia social, habilidades relacionales y toma de decisiones responsable. Los resultados del programa de aprendizaje emocional y social como el *Social and Emotional Aspects of Learning* (SEAL) muestran que este ha reducido los problemas de conducta, el absentismo escolar, el acoso, la violencia y ha promovido la diversidad y un mejor clima emocional (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor y Schellinger, 2011; Taylor, Oberle, Durlak y Weissberg, 2017; Lendrum, Humphrey y Wigelsworth, 2013).

De forma paralela, el concepto de *Mental Health Literacy* (MHL) o *Alfabetización en Salud Mental* (Jorm, 2012; Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers y Pollitt, 1997) se ha definido como el conjunto de “conocimientos y creencias sobre los trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo o prevención”. Consiste en un conjunto de elementos que incluye aspectos como: a) conocimiento de cómo prevenir los trastornos mentales; b) reconocimiento de cuándo se está desarrollando un trastorno; c) conocimiento de las opciones de búsqueda de ayuda y tratamientos disponibles; d) conocimiento de estrategias efectivas de autoayuda para problemas leves; y e) habilidades de primeros auxilios para ayudar a otros que están desarrollando un trastorno mental o están en una crisis de salud mental (Jorm, 2012). Estudios recientes han mostrado que aplicar intervenciones de alfabetización en salud mental en adolescentes incrementa los conocimientos en salud mental, reduce el estigma, mejora el bienestar emocional y la resiliencia (Chisholm, Patterson, Torgerson, Turner, Jenkinson y Birchwood, 2016; Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz y Rüsch, 2012; Wei, Hayden,

Kutcher, Zygmunt y McGrath, 2013). Por otro lado, estudios han mostrado que el estigma en salud mental (Bharadwaj, Pai y Suziedelyte, 2017; Gulliver, Griffiths y Christensen, 2010) y las creencias negativas hacia los servicios y profesionales de salud mental (Rocha, Graeff-Martins, Kieling y Rohde, 2015; Herrman, Purcell, Goldstone y McGorry, 2012) son una barrera para los jóvenes a la hora de buscar ayuda por un problema de salud. En cambio, la alfabetización en salud mental y las experiencias positivas con los servicios de salud mental se han identificado como facilitadores (Aguirre, Cruz, Billings, Jimenez y Rowe, 2020).

La población adolescente residente en los Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAE) son menores de edad a quienes el entorno más próximo, la familia, no ha podido proteger, cubrir las necesidades afectivas y/u ofrecer un modelo relacional sano y estable, y están siendo atendidas por la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència [DGAIA], 2011). Esta población ha presentado o presenta problemáticas sociales (carencias afectivas, relacionales y de vinculación, procesos de socialización inadecuados o distorsionados) que interfieren en los procesos evolutivos de la adolescencia e incrementan el riesgo de sufrir problemas de salud mental y de la conducta (DGAIA, 2011). Igualmente, cabe señalar que la convivencia en un entorno residencial compartido promueve y facilita un marco de intercambios continuado entre los residentes y los educadores que posibilita realizar experiencias emocionales conjuntas, desarrollar relaciones sociales, vivir condiciones de comunicación en un mismo entorno y la experimentación compartida de circunstancias colectivas, problemas y conflictos diversos.

Por esta razón, resulta indicado realizar en el sí de los centros de poblaciones del sistema de protección programas educativos que contemplen la promoción de la educación emocional, social y de la salud mental plenamente integrado en el funcionamiento y organización de los centros y con la doble finalidad de promover las habilidades necesarias en los residentes y de facilitar la consecución de un clima emocional positivo en los centros.

Actualmente, se están llevando a cabo intervenciones de educación socioemocional enfocadas a jóvenes que viven en CRAE con el objetivo de enseñar a gestionar las emociones, para mejorar la comunicación entre ellas, la interacción con su entorno, alcanzar una mayor toma de conciencia respecto a la presión social a la que están sometidas, evitando el estrés, previniendo posibles alteraciones y distorsiones de su situación y mejorar así su salud psicológica (Villalba, 2010).

Paralelamente, se está trabajando con los educadores profesionales del CRAE para proporcionarles herramientas y estrategias para que después puedan trabajar la educación emocional con los jóvenes del centro. La metodología utilizada se basa en actividades y dinámicas vivenciales que parten de la experiencia previa de los educadores. Los contenidos y las competencias que se desarrollan son la conciencia emocional, la regulación emocional y la competencia social (Villalba, 2010).

Según nuestro conocimiento, no existen programas que trabajen de una manera unificada aspectos de la alfabetización en salud mental y de la educación social y emocional en un mismo programa, y enfocado a una población específica como los residentes de un CRAE. Disponer de un programa de estas características ayudaría a satisfacer las necesidades de esta población, promoviendo su bienestar y su capacidad de resiliencia.

En esta línea y teniendo en cuenta las necesidades de esta población, en el año 2015 se inició el diseño e implementación del *Programa de educación social emocional y alfabetización en salud mental* (PESEA) basado en el programa de alfabetización en salud mental "EspaiJove.net" (Casañas, Gil, Castells, Pujol, Torres y Lalucat-Jo, 2017; Castellvi et al., 2020) que se llevaba a cabo en los centros educativos de secundaria y bachillerato de Barcelona desde el año 2013.

El programa PESEA está enfocado en la mejora emocional, psicosocial y de la salud mental de los residentes en centros de la DGAIA con el objetivo de crear un programa específico integrando la educación social y emocional, con la educación para la salud mental con el fin de promover el bienestar mental y la resiliencia de manera complementaria a la acción educativa. Por

otro lado, se pretendía mejorar las conductas de estigma y acercar a los profesionales de la salud mental a su contexto de convivencia para trabajar las posibles creencias negativas hacia los servicios y profesionales de salud mental.

Partiendo de los materiales del programa "Espaijove.net", se hizo una adaptación de la metodología y de los materiales mediante la realización de grupos focales con educadores y residentes de estos centros para fijar los contenidos específicos del nuevo programa, como: el reconocimiento emocional, las habilidades sociales, la autoestima, la resolución de conflictos y la creación de vínculos de confianza. Posteriormente, se realizó una prueba piloto del programa PESEA en tres CRAE de la ciudad de Barcelona.

El objetivo principal de este estudio es evaluar la satisfacción y aceptabilidad del PESEA para jóvenes que viven en centros residenciales como prueba piloto de su evaluación mediante un proyecto financiado por el Instituto de Salud Carlos III (PI18/O1859). Secundariamente, describir la salud emocional y mental de los jóvenes que viven en estos centros. Se espera que estos muestren una alta satisfacción en relación con el programa PESEA y que presenten dificultades en su salud mental y emocional.

Método

Es un estudio descriptivo anidado en un estudio de diseño cuasi-experimental sin grupo control dirigido a jóvenes que viven en tres CRAE de Barcelona ciudad.

Participantes

El estudio se llevó a cabo desde octubre del 2017 hasta marzo del 2019. Participaron en el estudio 14 jóvenes con una edad media de 13,57 años [*DE* 1,55; rango entre 11 y 16 años] de tres CRAE de Barcelona (CRAE A, *n* = 5; CRAE B, *n* = 4; CRAE C, *n* = 5). Las intervenciones se llevaron a cabo desde el 23/10/2017 hasta el 7/3/2019. En la tabla 1 del anexo se adjunta la descripción de la muestra.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron: 1) jóvenes con edades comprendidas entre 11 y 17 años que actualmente estén viviendo en un CRAE de Barcelona ciudad; y 2) firmar

el consentimiento informado (joven y tutor legal). Y el criterio de exclusión, no entender la lengua española o catalana.

Instrumentos

Se recogen las siguientes variables: 1) Psicosociales: a) Dificultades emocionales y comportamentales; b) Habilidades emocionales y sociales; c) Resiliencia; d) Calidad de vida; e) Estigma asociado a la salud mental; f) Intención de cambio; g) Búsqueda de ayuda y uso de servicios sanitarios; 2) Satisfacción y aceptabilidad; 3) Adherencia a la intervención y 4) De confusión: Sociodemográficas (edad, género, nacionalidad y nombre del centro).

Las variables psicosociales y de confusión se recogen en el momento basal, antes de recibir la intervención, y las variables de satisfacción y adherencia, una vez finalizado el programa.

Los instrumentos utilizados para cada una de las variables fueron los siguientes.

Dificultades emocionales y comportamentales. Se administra la versión española del *Strengths and Difficulties Scale* (SDQ; Goodman, 1997). Este cuestionario es una medida de autoinforme de las dificultades emocionales y comportamentales en adolescentes. Se compone de 25 ítems organizados en cinco subescalas: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad-falta de atención, problemas con los compañeros y comportamiento prosocial. Cada ítem tiene tres opciones de respuesta (1 = “no es verdad”, 2 = “es verdad a medias” y 3 = “es verdad”). La puntuación total genera un valor de entre 0 a 40 con los siguientes puntos de corte: 0 - 15 normal, 16 - 19 límite y 20 - 40 anormal o patológica. El SDQ sido validado para su uso con adolescentes de entre 11 a 16 años con un alfa de Cronbach de 0,82 (Goodman, 1999)

Habilidades emocionales y sociales. Se administra la escala *Social Emotional Health Services* (SEHS-S; Furlong, You, Renshaw, Smith y O'Malley, 2014), adaptación española de Piqueras et al. (2019). Este instrumento está dirigido a la evaluación de las competencias socioemocionales en adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 18 años. Se compone de 37 ítems organizados en cinco dimensiones: creencia en uno mismo (autoeficacia, autoconciencia y persistencia), creencia en los demás (apoyo

familiar, escolar y de iguales), competencia emocional (empatía, autocontrol y regulación emocional), compromiso con la vida (optimismo, entusiasmo y gratitud) y una media general de competencia socioemocional o covitalidad. Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta (1 = “no es cierto”; 2 = “muy poco”, 3 = “algo” y 4 = “muy cierto”), a excepción de los ítems pertenecientes a las subdimensiones *entusiasmo* y *gratitud*, que tienen cinco opciones de respuesta (1 = “nada”; 2 = “muy poco”, 3 = “algo”, 4 = “bastante” y 5 = “extremadamente”). No dispone de estandarización o puntos de corte, una mayor puntuación informa de una mayor disposición de dichas competencias. La puntuación total se calcula sumando cada dimensión y las puntuaciones pueden oscilar entre baja (<85), normal (86-106) y alta (>107). Presenta un alfa de Cronbach de entre 0,60 y 0,90 para las subdimensiones; 0,74 y 0,8, para las dimensiones principales; y 0,91, para el conjunto de competencias socioemocionales o covitalidad.

Resiliencia. Se utiliza la escala de *Resilience scale* (RS-14; Wagnild, 2009) adaptación española de Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015. La escala mide la resiliencia individual, considerada como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas. Se compone de 14 ítems organizados en dos factores: *Factor I Competencia personal* (11 ítems; auto-confianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia) y *Factor II Aceptación de uno mismo y de la vida* (3 ítems; adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable). La puntuación general se calcula sumando los dos factores con los siguientes niveles de resiliencia: muy alta 98-82; alta 81-64; normal 63-49; baja 48-31 y muy baja 30-14. Presenta un alfa de Cronbach de 0,79.

Calidad de vida. Se administra una versión española validada del cuestionario *EuroQol 5D-5L* (EQ-5D-5L; EuroQol Group, 1990; Herdman et al., 2011). El cuestionario consiste en dos partes: *Parte 1, descriptiva* (EQ system) compuesta por cinco dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor / malestar, ansiedad / depresión) con cinco niveles de respuesta (1 = “ningún problema”, 2 = “pequeños problemas”, 3 = “problemas moderados”, 4 = “problemas

graves” y 5 = “problemas extremos”). *Parte 2, escala visual analógica* (EQ VAS), que evalúa la autopercepción de salud del entrevistado, en la cual “el mejor estado de salud que se pueda imaginar” toma el valor 100 y “el peor estado de salud que se pueda imaginar” toma el valor 0.

Estigma asociado a la salud mental. Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) (Evans-Lacko et al., 2011). La puntuación total oscila entre 4 y 20 puntos. *Scaling Community Attitudes toward the Mentally Ill* (CAMI; Taylor y Dear, 1981). Para este estudio se utiliza la versión española de CAMI (Ochoa et al., 2016). La escala consta de 40 preguntas divididas en cuatro dimensiones denominadas: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de la salud mental en la comunidad, de las cuales sólo se utilizarán *autoritarismo* para este estudio. La puntuación total oscila entre 10 a 50 puntos. Para ambas escalas, cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el estigma asociado a los problemas de salud mental.

Intención de cambio. Se administra una versión adaptada al español del *States of Change Scale* (SCS; Prochaska y DiClemente, 1983) destinada a evaluar el grado de intención, disposición o actitud hacia el cambio. Este instrumento consta de cinco ítems que miden el proceso de cambio evolutivo en los siguientes niveles: a) Precontemplación; b) Contemplación; c) Preparación para la acción; d) Acción y e) Mantenimiento. Se utiliza una escala Likert de 1 a 5 puntos siguiendo el orden de la evolución de los elementos.

Búsqueda de ayuda y uso de servicios y tratamiento. Se administra una versión adaptada al español del *General Help-Seeking Questionnaire* (GHSQ 18 ítems; Wilson, Deane, Ciarrochi y Rickwood, 2005) para medir las intenciones y experiencias pasadas, recientes y futuras de búsqueda de ayuda en adolescentes. La escala consta de seis ítems. Es una escala de siete puntos, que varía de 1 (“muy poco probable”) a 7 (“muy probable”), e incluyendo en cada respuesta la opción “a nadie”. Las puntuaciones más elevadas indican mayor nivel de intención (18 ítems).

Satisfacción y aceptabilidad. Se elabora una encuesta específica formada por 10 preguntas, siete de múltiple respuesta y tres de respuesta

abierta. Las seis primeras preguntas, con cinco opciones de respuesta: a) Totalmente en desacuerdo; b) En desacuerdo; c) De acuerdo; d) Totalmente de acuerdo; e) No aplicable, y una séptima pregunta con una opción de respuesta de “Sí”, “No” y “No lo sé”. Las tres preguntas abiertas se refieren a “los aspectos que más te han gustado de esta actividad”, “los aspectos que menos te han gustado” y “sugerencias de mejora”.

Procedimiento

Primero de todo, se informa del proyecto mediante un e-mail a los directores de los CRAE de Barcelona ciudad y con aquellos que muestran interés en participar y se concreta un día y hora para realizar una presentación del proyecto. Con aquellos centros que confirman su participación, se concreta calendario de talleres y fechas de las evaluaciones. En la evaluación inicial (antes de iniciar los talleres) se firma el consentimiento informado y se administran los cuestionarios de las variables psicosociales. Una vez finalizado el programa PESEA (21h), se administra un cuestionario de satisfacción.

La información recogida en el estudio se trata confidencialmente, cumpliendo las disposiciones de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y la ley orgánica de Protección de Datos (3/2018, de 5 de diciembre). Se ha solicitado el consentimiento informado para la participación en el estudio de todos los jóvenes y representantes legales de los jóvenes menores de edad. Los datos recogidos son utilizados únicamente para el estudio. El proyecto de investigación ha recibido la aprobación del *Comitè d'Ètica d'Investigació de la Fundació Unió Catalana d'Hospitals* (código CEI 18/13).

Los jóvenes del CRAE que forman parte del estudio recibieron el *Programa de educación social, emocional y de Alfabetización en salud mental* (PESEA) de una duración de 21 horas, repartidas de la siguiente manera: 12 horas de educación socio-emocional, que incluye las cinco unidades didácticas: 1) Autoconsciencia emocional (1,5h); 2) Autogestión emocional (1,5h); 3) Conciencia social (1,5h); 4) Habilidades sociales (6h) y 5) Toma de decisiones (1,5h). Por el otro, comprende nueve horas de alfabetización en salud mental, que incluye seis unidades

didácticas, cada unidad con una duración de 1,5 horas, donde se trabajan los siguientes conceptos: 1) Nuestras emociones; 2) Autoestima; 3) Ansiedad y Depresión; 4) Vínculos de confianza; 5) Habilidades Sociales y comunicación interpersonal: comunicación eficaz; 6) Habilidades Sociales y comunicación interpersonal: comunicación asertiva.

Cada taller tiene una duración de 90 minutos y se realiza con una cadencia quincenal en horario de tarde, entre las 16h y 19.30h, dependiendo del CRAE. El programa tiene una duración aproximada de un año y medio, es llevado a cabo por tres enfermeros especialistas en salud mental del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Les Corts y Sarrià Sant Gervasi de Barcelona, que se desplazan a cada uno de los centros.

Para el análisis estadístico de los datos, se empleó la estadística descriptiva de las variables demográficas, psicosociales y de búsqueda de ayuda de la muestra general. Para las variables continuas se utiliza medidas de tendencia central y dispersión y para las discretas, se reportan la frecuencia y los porcentajes correspondientes. Los datos se analizaron con el programa informático SPSS versión 25.

Resultados

En la tabla 1 del anexo se describen las variables psicosociales de salud y salud mental de los adolescentes. La puntuación media del cuestionario de salud mental positiva SDQ fue de 15,50 (*DE* 4,18), del cuestionario de habilidades emocionales y sociales SEHS, 105,57 (*DE* 20,47) y de la escala de resiliencia ER-14, 70,57 (*DE* 14,24).

El cuestionario EQ-5D-5L VAS de calidad de vida obtuvo una puntuación media de 66,43 (*DE* 27,27), y en relación con el estigma asociado a la salud mental medidas por los instrumentos CAMI y RIBS, los resultados muestran unas puntuaciones de 27,86 (*DE* 6,03) y 7,29 (*DE* 2,81), respectivamente. Y la media del cuestionario de intención de cambio fue de 2,93 (*DE* 1,66) en fase de contemplación.

En relación con las variables de uso de servicios y tratamiento (ver tabla 2 del anexo), el 64,3 % refiere haber recibido ayuda psicológica en algún momento de su vida y el 42,9 %,

medicación por un problema de salud mental. Solicitarían ayuda por tener un problema personal o emocional en primer lugar a un “amigo” (4,86; *DE* 2,07) y, por último, a un “profesional sanitario” (2,50; *DE* 2,02).

Satisfacción y aceptabilidad

De la muestra de 14 jóvenes, 13 cumplieron el cuestionario de satisfacción al finalizar la intervención. En la tabla 3 del anexo se describe la satisfacción de los participantes en relación con los talleres recibidos y, en la tabla 4 del anexo, se muestran las opiniones de los jóvenes con relación al programa PESEA, según los aspectos que más y menos les ha gustado, y sugerencias de mejora.

En relación con la encuesta de satisfacción, el 85,7 % de la muestra refiere que el programa ha sido interesante, útil y práctico y el 78,6 % recomendaría realizar el programa en otros jóvenes que viven en un CRAE. Lo que destacan como aspecto más positivo del programa ha estado el hecho de “hablar” y “compartir” un tiempo para hablar sobre salud mental, y como aspecto más negativo, la duración de la intervención ha estado corta para la mayoría de los asistentes.

Adherencia a la intervención

En relación con los talleres asistidos por los jóvenes en cada CRAE, los resultados muestran una asistencia media de 11,21 sesiones (*DE* 1,96; rango siete a 13 sesiones). De los 14 jóvenes, una chica abandonó la intervención en la séptima sesión y el resto de los jóvenes no asistieron a sesiones puntuales debido a situaciones personales de cada uno de ellos.

Discusión

Los jóvenes refieren que el programa PESEA en salud mental (21h) ha sido interesante, útil y práctico, y lo recomendarían llevar a cabo en otros jóvenes que viven en otros CRAE. Todos los jóvenes coinciden que el programa ha estado muy bien conducido por los tres enfermeros especialistas en salud mental del CSMIJ y que estos les han resuelto las dudas surgidas durante los talleres. En relación con la duración del programa, la mayoría de los jóvenes solicitan que la intervención tenga una duración más larga. Esta

valoración puede estar relacionada con que los talleres se realizaban quincenalmente durante un año y medio aproximadamente (octubre 2017 a febrero 2019; excepto los meses de junio a septiembre). Para algunos de los jóvenes, era la primera experiencia formativa sobre temas de salud mental y, para la mayoría, estos talleres les ha proporcionado un espacio nuevo para hablar y compartir temas importantes para ellos, como son sus problemas del día a día, así como un espacio para compartir emociones, sentimientos y experiencias vividas que les han provocado un malestar emocional y/o psicológico. La buena acogida del programa también queda reflejada en la buena adherencia a la intervención, con una asistencia media de 11 sesiones de las 14 que presenta el programa.

En relación a la salud emocional y mental de los jóvenes que residen en un CRAE, los resultados muestran que presentan una buena salud mental y bienestar emocional (SDQ), con un buen comportamiento prosocial, aunque con puntuaciones casi límite de las dimensiones hiperactividad/inatención y síntomas emocionales. También presentan unas buenas habilidades sociales y emocionales (SEHS), una alta resiliencia (ER-14), unas bajas actitudes de estigma asociado a la salud mental (RIBS y CAMI), así como una buena predisposición al cambio.

En relación con la calidad de vida, la escala analógica muestra una puntuación media de 66 sobre 100, quizás influenciada por las dimensiones de “dolor/malestar” y “ansiedad/depresión”, donde la mitad de los jóvenes refiere tener leve dolor o malestar y estar levemente ansioso o deprimido; así como que el 60 % de los jóvenes ha recibido ayuda psicológica por un problema emocional y el 42 %, medicación. Estas puntuaciones bajas de calidad de vida y su relación con niveles leves de ansiedad y/o depresión coinciden con los estudios de Olatunji, Cisler y Tolin (2007) y Jonsson et al. (2017), en que los dominios de calidad de vida y funcionamiento social se asociaron con niveles más altos de deterioro entre los pacientes con trastorno de ansiedad y depresión. Aunque la calidad de vida de los jóvenes no solo está influenciada por síntomas clínicos leves, sino también por una variedad de factores como los sistemas de apoyo social, las estrategias de afrontamiento de los problemas

de la vida diaria, la aceptación y visión de la propia vida del joven. Cabe destacar la poca literatura encontrada sobre el tema y la importancia de realizar en un futuro un estudio sobre el nivel de calidad de vida de los residentes en CRAE así como de sus determinantes.

A la hora de pedir ayuda por un problema emocional, los jóvenes identifican a los amigos como la persona de referencia y a los profesionales sanitarios como su última opción, aunque un 50 % no pediría ayuda a nadie. No identifican a las personas adultas cercanas como personas de referencia para consultar un problema emocional o de salud mental y, por otro lado, encontramos a jóvenes que no pedirían ayuda a nadie. Estos resultados estarían relacionados con los encontrados en el estudio de Olivari, Mellado, Casañas, Espinosa-Díaz y Fuster-Villaseca (2021), donde los jóvenes prefieren buscar ayuda por un problema de salud mental en fuentes informales, como los amigos y padres, y no fuentes formales, como los psicólogos, psiquiatras, médicos y maestros/profesores, y con las creencias negativas hacia los servicios y los profesionales de la salud mental, identificadas como barrera a la hora de buscar ayuda en el estudio de Aguirre et al. (2020).

La mayoría de estudios que evalúan la efectividad de los programas de educación social y emocional (Durlak et al., 2011; Taylor et al., 2017) no tiene en cuenta la opinión de los jóvenes a la hora de evaluar el programa, así como la adherencia a la intervención, aspectos importantes en la implementación de programas en población infanto-juvenil. En este caso, es importante la opinión de los jóvenes para poder adaptar e implementar este programa a un contexto específico, como es un CRAE, teniendo en cuenta sus necesidades, tal como sugieren algunos estudios (Rodríguez Marzo y Coscolla, 2015). Las necesidades identificadas en esta población que vive en un CRAE encajan con los propósitos del programa PESEA y con las directrices de organismos internacionales sobre la relevancia de la detección temprana, la mejora de la salud mental de los jóvenes y la importancia de aumentar las conductas de ayuda por parte de estos.

El estudio presenta algunas limitaciones que comentamos a continuación: 1) el tamaño de la muestra es muy reducido, sólo 14 jóvenes. Esto

es debido a que este estudio era una prueba piloto en la que participaban tres CRAE que tenían vinculación con el CSMIJ de referencia y disponían del tiempo necesario (21 horas) para realizar las intervenciones durante los años 2017 a 2019; 2) no se ha podido incluir en este estudio los resultados de los instrumentos de medida en el momento post- intervención (15 días después de finalizar la intervención), ya que solo pudieron cumplimentarlos tres jóvenes de un CRAE. El resto de los jóvenes ya no estaban en el centro durante esas fechas o no estaban disponibles para cumplimentarlo de nuevo.

El estudio presenta algunos puntos fuertes a destacar: 1) La valoración positiva de la puesta en marcha del programa PESEA de "Espaijove.net" adaptado a los jóvenes que viven en un CRAE; 2) La prueba piloto se ha llevado cabo de la forma más cercana posible a las dinámicas de los centros. De esta manera se quería asegurar que la intervención tuviera después una fácil implementación; 3) El trabajo coordinado entre los tres CRAE y el CSMIJ para llevar a cabo la prueba piloto, que ha permitido ofrecer los mejores cuidados de salud a esta población.

La buena acogida del programa PESEA en salud mental por parte de los jóvenes justificaría su puesta en marcha en otros CRAE de Barcelona dentro del estudio para evaluar su efectividad en el aumento de conocimientos y habilidades emocionales, sociales y de salud mental, su impacto sobre la calidad de vida y la búsqueda de ayuda.

Conclusión

El programa PESEA es considerado interesante, útil y práctico, con una alta adherencia; por tanto, estaría indicado para promover el bienestar mental y la alfabetización en salud mental en los jóvenes que viven en un CRAE.

Agradecimientos

Nos gustaría agradecer la colaboración de los profesionales de los tres CRAE de Barcelona ciudad que han participado en esta prueba piloto del programa PESEA, así como a los jóvenes que participaron en los talleres. Agradecer la colaboración y asesoramiento de los compañeros del

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Les Corts y Sarrià- Sant Gervasi de la Asociación Centre Higiene Mental Les Corts.

Bibliografía

- Aguirre Velasco, A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M. y Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 20(1), 293.
- Bharadwaj, P., Pai, M. M. y Suziedelyte, A. (2017). Mental health stigma. *Economics Letters*, 159, 57-60.
<https://doi.org/10.1016/j.econlet.2017.06.028>
- Casañas, R., Gil, J. J., Castells, G., Pujol, A., Torres, M. y Lalucat-Jo, L. (2017). Evaluación de un programa de alfabetización en salud mental para adolescentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 30, 105-114.
- Castellvi, P., Casañas, R., Arfuch, V. M., Moreno, J. J. G., Torres, M. T., García-Forero, C., Ruiz-Castañeda, D., Alonso, J. y Lalucat-Jo, L. (2020). Article development and validation of the espaijove.Net mental health literacy (EMHL) test for spanish adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1).
- Chisholm, K., Patterson, P., Torgerson, C., Turner, E., Jenkinson, D. y Birchwood, M. (2016). Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: the SchoolSpace cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6, 9435.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D. y Rüsch, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973.
- Department of Health and Social Care. (2018). *Government Response to the Consultation on Transforming Children and Young People's Mental Health Provision: a Green Paper and Next Steps*. Londres: Crown.
- Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. (2011). *Mapa de recursos DGAIA 2011*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B.,

- Taylor, R. D. y Schellinger, K. B. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432.
- Elias, M. J. (1997). *Promoting social and emotional learning: Guidelines for educators*. Virginia, EEUU: ASCD.
- European Commission. (2008). *European Pact for Mental Health and Well-being. EU High-level conference together for mental health and wellbeing*.
- EuroQol Group. (1990). EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C. y Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263-271.
- Furlong, M. J., You, S., Renshaw, T. L., Smith, D. C. y O'Malley, M. D. (2014). Preliminary Development and Validation of the Social and Emotional Health Survey for Secondary School Students. *Social Indicators Research*, 117(3), 1011-1032.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. y Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonsel, G. y Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20(10), 1727-1736.
- Herrman, H., Purcell, R., Goldstone, S. y McGorry, P. (2012). Improving mental health in young people. *Psychiatry Danubina*, 24 (3), S285-90.
- Jonsson, U., Alaie, I., Löfgren Wilteus, A., Zander, E., Marschik, P. B., Coghill, D. y Bölte, S. (2017). Annual Research Review: Quality of life and childhood mental and behavioural disorders - a critical review of the research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 439-469.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy; empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. y Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Lendrum, A., Humphrey, N. y Wigelsworth, M. (2013). Social and emotional aspects of learning (SEAL) for secondary schools: Implementation difficulties and their implications for school-based mental health promotion. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(3), 158-164.
- Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., Villellas, R., Martín, J. R., Pérez-Franco, M. B., Valdúcel, T., García-Franco, M., Miguel, J., Balsera, J., Pascual, G., Julia, E., Casellas, D. y Haro, J. M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150-157.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. y Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572-581.
- Oliveri, C., Mellado, C., Casañas, R., Espinosa-Díaz, N. y Fuster-Villaseca, J. (2021). Preferred sources of help for mental health problems among Chilean adolescents: a descriptive study. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 78(3).
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. *Organización mundial de la salud*, 54.
- Piqueras, J. A., Rodríguez-Jimenez, T., Marzo, J. C., Rivera-Riquelme, M., Martínez-Gonzalez, A. E., Falco, R. y Furlong, M. J. (2019). Social Emotional Health Survey-Secondary (SEHS-S): A Universal Screening Measure of Social-Emotional Strengths for Spanish-Speaking Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 4982.

- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Rocha, T. B.-M., Graeff-Martins, A. S., Kieling, C. y Rohde, L. A. (2015). Provision of mental healthcare for children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(4), 330-335.
- Rodriguez, M., Marzo, T. y Coscolla, R. (2015). El proyecto educativo de un CRAE: una experiencia de construcción participativa. *Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 60, 87-101.
- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. A. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(4), 103-113.
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A. y Weissberg, R. P. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Development*, 88(4), 1156-1171.
- Taylor, S. M. y Dear, M. J. (1981). Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.
- Villalba Andrea, P. E. (2010). Proyecto de educación emocional en un CRAE para chicas adolescentes. *Revista de intervención socio-educativa*, 46, 78-100.
- Wagnild, G. M. (2009). *The Resilience Scale User's Guide for the US english version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale*. EEUU: The Resilience Center.
- Wei, Y., Hayden, J. A., Kutcher, S., Zygmunt, A. y McGrath, P. (2013). The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(2) 109-121.
- Wilson, C.J., Deane, F.P., Ciarrochi, J. y Rickwood, D. (2005). Measuring Help-Seeking Intentions: Properties of the General Help-Seeking Questionnaire. *Canadian Journal of Counselling*, 39, 15-28.

Anexos

Tabla 1. Características descriptivas de la muestra del estudio

Variable	Media (SD) (n = 14)
SOCIODEMOGRÁFICAS	
Género n (%)	
Mujeres	11 (78,6 %)
Hombres	3 (21,4 %)
Nacionalidad n (%)	
Española	13 (92,9 %)
Marruecos	1 (7,1 %)
PSICOSOCIALES	
SDQ	
Hiperactividad/inatención	5,50(2,17)
Problemas compañeros	2,36(1,90)
Síntomas emocionales	5,07(2,12)
Problemas de conducta	2,57 (1,39)
Prosocial	8 (1,35)
Total dificultades	15,50 (4,18)
SEHS	
Cree en si mismo	23,57(5,57)
Cree en otros	27,14 (6,32)
Competencia emocional	25,43(5,27)

Vida comprometida		29,43 (8,45)
Puntuación total		105,57 (20,47)
ER-14		
Factor I. Competencia personal		56,78 (11,38)
Factor II: Aceptación uno mismo y de la vida		13,78 (4,99)
Puntuación total		70,57 (14,24)
EQ-5D		
Vas		66,43 (27,27)
Dimensiones n (%)		
Movilidad	No problemas	13 (92,9 %)
	Problemas leves	1 (7,1 %)
Cuidado personal	No problemas	12 (85,7 %)
	Problemas leves	2 (14,3 %)
Act. cotidianas	No problemas	8 (57,1 %)
	Problemas leves	6 (42,9 %)
Dolor/Malestar	No problemas	9 (64,5 %)
	Problemas leves	6 (42,9 %)
	Problemas moderados	1 (7,1 %)
Depresión/Ansiedad	No problemas	6 (42,9 %)
	Problemas leves	7 (50 %)
	Problemas moderados	1 (7,1 %)
CAMI		27,86 (6,03)
RIBS		7,29 (2,81)
INTENCIÓN DE CAMBIO		2,93 (1,68)

Leyenda: CAMI, Community Attitudes toward the Mentally Ill; ER-14, Escala de Resiliencia-14 ítems; EQ-5D, Euro-Qol 5D; RIBS, Reported and Intended Behaviour Scale; SDQ, Strengths and Difficulties Scale; SEHS, Social Emotional Health Services

Tabla 2. Uso de servicios y tratamiento

USO SERVICIOS Y TRATAMIENTO		N (%) (n = 14)	Media (SD)
Ayuda psicológica		9 (64,3 %)	
Medicación		6 (42,9 %)	
Solicitar ayuda			
Amigo	Poco probable (1-4)	5 (35,7 %)	4,86 (2,07)
	Extremadamente probable (5-7)	9 (64,3 %)	
Familiar adulto	Poco probable	9 (64,3 %)	3,36 (2,46)
	Extremadamente probable	5 (35,7 %)	
Profesor escuela	Poco probable	10 (71,5 %)	3,07 (2,16)
	Extremadamente probable	4 (28,5 %)	
Profesional sanitario	Poco probable	12 (85,8 %)	2,50 (2,02)
	Extremadamente probable	2 (14,2 %)	
A nadie	Poco probable	7 (50 %)	4,14 (2,93)
	Extremadamente probable	7 (50 %)	

Tabla 3. Cuestionario de satisfacción

Preguntas	Nada	Un poco / regular	Bastante/mucho
El programa ha sido interesante	0 (0 %)	1 (7,1 %)	12 (85,7 %)
El programa ha sido útil	0 (0 %)	2 (14,3 %)	12 (85,7 %)
El programa ha sido práctico	0 (0 %)	2 (14,2 %)	12 (85,7 %)
Has resuelto tus dudas	1 (7,1 %)	2 (14,3 %)	11 (78,6 %)
Ha estado bien conducido por el ponente	0 (0 %)	0 (0 %)	14 (100 %)
Duración corta del programa	1 (7,1 %)	5 (35,7 %)	8 (57,1 %)
Recomendarías el programa	<i>Sí</i>	11 (78,6 %)	
	<i>No</i>	3 (21,4 %)	

Tabla 4. Comentarios sobre los talleres

Aspectos que más te han gustado	- Que todos han hablado de temas importantes - Que en este espacio conozco más a mis compañeras. Me desahogo, me siento cómoda, con confianza. - La charla de videojuegos - Las de hablar de mis problemas. - Compartir tiempo y charlas con todos - Todo - Hablar
Aspectos que menos te han gustado	- Muy poco tiempo - Poco tiempo - Que ha sido muy corto y cada 2 semanas
Sugerencias de mejora	- Más tiempo, y hacer los talleres fuera del centro. - Más tiempo. Es muy corto - Más tiempo. Más seguido. - Opino que es muy útil - Ver una peli y comentarla. - Que dure más. - Me ha gustado mucho, hemos hablado de nuestros problemas, y nos han ayudado mucho.