Salud Mental y Primeros Episodios Psicóticos, un programa psicoeducativo para profesores y orientadores

Autora: Lucía Santonja Ayuso

1. INTRODUCCIÓN

En España la atención psiquiátrica ha experimentado importantes cambios tanto en el marco legislativo como en el conceptual para que, desde una perspectiva asistencial, se consiga establecer un modelo holístico e integrado en la red sociosanitaria en la atención de personas con problemas de salud mental (1).

Entre los principales cambios que se han establecido, destaca la necesidad de considerar los determinantes de salud mental (características individuales, factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales) en todos los ámbitos (2). Por ello se han creado planes de salud mental, nacionales y autonómicos, cuya última publicación es la "Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, periodo 2022-2026" (3). En ella, no sólo se enfatiza la importancia de priorizar la salud mental en todos los entornos, sino también hacia toda la población, especialmente si: 1) Presentan algún tipo de enfermedad mental, 2) Son familiares, o 3) Son agentes y/o entidades (a destacar, las académicas) involucradas de manera directa e indirecta en la mejora de la salud mental en España (3).

Este nuevo enfoque aboga por la combinación de realizar promoción de la salud mental y prevención de alteraciones, diagnóstico precoz y tratamiento temprano, fomentando la coordinación intra e interinstitucional, al cual se añaden acciones contra el estigma y se enfatiza la atención sobre los grupos más vulnerables, como por ejemplo la infancia y la juventud (3).

1.1 La Adolescencia

La adolescencia es un concepto de difícil categorización que comprende un periodo de transición (desde la infancia hasta la vida adulta) en el que se producen cambios importantes a nivel físico, cognitivo y emocional,

convirtiéndose en una etapa llena de energía y de oportunidades pero también de riesgos y vulnerabilidad (4). Es por ello que varios autores aconsejan especialmente en esta etapa acompañar al adolescente, desde el entorno académico, social y sanitario, para que logre crear una identidad propia de manera positiva (5,6).

1.1.1 Psicopatología en la etapa adolescente

La prevalencia de las enfermedades mentales en este periodo asciende a un 10-20% a nivel mundial, en la que se cree que el 75% de los casos se iniciaron antes de los 25 años, teniendo especial trascendencia a partir de los 15 años de edad (7–9). Además, parece ser que por las características inherentes a esta etapa, se podría decir que hay ciertos trastornos más prevalentes que otros relacionados con la vulnerabilidad, labilidad y afectividad propia del adolescente (hiperactividad, trastornos de la conducta, ansiedad y depresión), o por estar vinculados con una formación del "yo" más frágil como por ejemplo, en el caso de los trastornos alimentarios o la psicosis (10).

Si tenemos en cuenta la prevalencia específica de esta última, los datos epidemiológicos no se conocen con exactitud: en el año 2013 el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) (9) estimó que la cifra de las alteraciones de la esfera de la psicosis en menores de 18 años fue del 0.4%, siendo la esquizofrenia (con un 24.5% del total) la patología sobresaliente. Este dato indicó que tanto la Psicosis de Inicio Temprano (PIT) como un Primer Episodio Psicótico (PEP) es más común de lo que se cree -duplicando la cifra de otras enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus tipo 1-. Además, habría que destacar que dada la gravedad de la patología se considera una de las principales causas de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) entre las personas jóvenes, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es decir, una de las principales causas de años de vida sana perdidos (11–14).

1.1.2 Primer Episodio Psicótico y Psicosis de Inicio Temprano

La PIT es un término utilizado para referirse a un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida de contacto con la realidad -sin alteración del estado

de conciencia-, que suele aparecer antes de los 18 años (5). A partir de esa edad, se podría hablar de un PEP.

Existe varias teorías que pretenden explicar la etiología de estas entidades; no obstante, el modelo más aceptado actualmente es el “Modelo de la vulnerabilidad – Estrés” (15). Este modelo, desarrollado por Zubin y Spring en el año 1977, indica que la psicosis es el resultado obtenido de la suma de factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, y la incapacidad de la persona para afrontarlos de manera adecuada (16,17) tal y como se muestra en la Imagen 1.

Consecuentemente, habrá niños y adolescentes vulnerables que desarrollarán una psicosis manifiesta cuando sean expuestos a factores estresantes adicionales, posibilitando la aparición de un PEP y/o una recaída (18–20).

Entre las manifestaciones clínicas presentes en el momento del diagnóstico suelen predominar los delirios y las alucinaciones (mayormente de tipo auditivo; no deben ser consideradas patognomónicas en esta edad, también pueden estar relacionadas con procesos febriles y/o formar parte del juego simbólico (5). También se puede observar una alteración de la conducta y del pensamiento que, aunque en algunas ocasiones pueden presentarse de manera común entre la población infanto-juvenil, se ha demostrado una relación directamente proporcional entre la presencia de estas entidades y el aumento del riesgo de presentar psicosis en la edad adulta (9,21).

Su curso evolutivo es similar al de la edad adulta, en el que se diferencian cuatro fases e incluso cinco, según la literatura científica (5,22): 1)Fase premórbida (alteraciones neurológicas y del desarrollo leves); 2) Fase prodrómica (clínica inespecífica, inmediatamente anterior a la fase aguda); 3) Fase aguda (presencia de síntomas psicóticos clásicos positivos (alucinaciones, delirios, catatonía) y negativos (abulia, anhedonia, aislamiento social, apatía, empobrecimiento del lenguaje, embotamiento afectivo) y 4) Fase de recuperación (reducción de la clínica positiva aún con persistencia de la negativa (estabilización) y/o ausencia completa o incompleta de la clínica en general (sin repercusión a nivel funcional) y/o la recuperación funcional del adolescente a nivel social y escolar).

Estas fases indican que los PEP difícilmente se inician de manera brusca, posibilitando una intervención temprana en psicosis y evitando un periodo de enfermedad no tratada elevado. Cuanto menor sea el tiempo sin tratar desde la aparición de los primeros síntomas, la recuperación o remisión de la funcionalidad de la persona será más rápida y mejor (17,23). No obstante, ¿Qué puede posibilitar que el periodo de enfermedad sin tratar se alargue? En este caso cobran especial protagonismo elementos como el estigma y/o autoestigma tanto del propio adolescente como de su entorno más significativo.

1.2. Estigma

El estigma es un término profundamente devaluador que se alimenta de creencias erróneas en las que prima la incomprensión, falta de información y el silencio: los mensajes recibidos de manera intergeneracional, así como por parte de los medios de comunicación, no suelen pasar a través de un filtro de autocrítica individual, en donde se debería de analizar si hay razón que justifique el rechazo o la desconfianza hacia el enfermo mental (24–26) (Imagen 2).

Este concepto se ha convertido en una preocupación mundial por los efectos tan perjudiciales que imponen sobre las personas con enfermedades mentales tanto en su ámbito laboral, como educativo, de vivienda y de atención a la salud. Influye de forma directa sobre su recuperación y su disposición para buscar ayuda, ya que el estigma posibilita que vivan su enfermedad en silencio temiendo -entre otras cosas- su propia incomprensión (autoestigma) y/o la de su entorno (estigma social) (27,28). Y en este caso, hay estudios que confirman que los adolescentes que han sufrido algún tipo de enfermedad mental, han experimentado la estigmatización por parte de sus iguales, sus familiares y profesores posibilitando reacciones emocionales negativas, actitudes autodiscriminatorias y aislamiento (29).

2. JUSTIFICACIÓN

La evidencia científica actual recomienda encarecidamente al sistema sanitario realizar acciones dirigidas a mejorar la detección y la intervención temprana de una persona con un PEP, con el objetivo principal de realizar una atención de

calidad que posibilite la recuperación clínica y funcional, reducir su cronicidad e incidir en la lucha contra el estigma relacionado con la salud mental (3,30,31).

Esto se podría realizar a través de la aplicación de la Educación para la salud, involucrando a los profesores y orientadores para que conozcan los aspectos más importantes del PEP, además de corregir los malentendidos sobre los problemas relacionados, desafiar las etiquetas y las creencias estigmatizantes, aumentar la probabilidad de identificar el trastorno por los profesores y apoyar la recuperación de la enfermedad (32). Algunas formas para hacerlo, documentadas en los últimos años, han sido la psicoeducación y el intercambio interpersonal en vivo de personas con experiencias en enfermedad mental (33–35). Aunque en el caso de estos últimos, se han encontrado efectos similares a través de contactos sociales virtuales (videos, interacción en webs) (36).

Por lo tanto, y partiendo del marco conceptual de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022), de la vigente Estrategia Autonómica de la Comunidad Valenciana de Salud Mental (2016) y de la elaboración del Programa de Primeros Episodios Psicóticos de la Comunidad Valenciana, se ha considerado necesario realizar una intervención grupal, teórica-práctica, basada en la Educación y Promoción de la salud mental. Con ella se pretende conocer cuál es el nivel de estigma entre el profesorado del centro educativo, reducirlo, y en cualquier caso, aumentar los conocimientos sobre esta patología (incluyendo la sintomatología de alarma y detección precoz) y ofrecer recursos útiles y veraces para que puedan tratar la temática en las aulas ya que así, la probabilidad de identificar cualquier alteración de la salud mental, y sobre todo un PEP, aumenta.

3. OBJETIVOS

- Objetivos General

O1. Evaluar el impacto de una intervención basada en Educación y Promoción de la salud mental, sobre actitudes estigmatizantes sobre profesores y orientados de un Instituto de Enseñanza Secundaria (IES) de la Comunidad Valenciana.

- Objetivos específicos

O2. Conocer cuál es la actitud más estigmatizante que prevalece sobre la muestra antes y después de la intervención.

O3. Evaluar los conocimientos del profesorado y orientadores sobre la psicosis antes de la intervención.

O4. Analizar las correlaciones entre las variables de interés clínico.

O5. Evaluar si este programa es útil y factible para alfabetizar sobre el estigma y Primeros Episodios Psicóticos a los orientadores/profesores de centros educativos.

4. HIPÓTESIS

(H1): El nivel de estigma de atribución en los profesores y orientadores del Instituto de Enseñanza obligatoria disminuirá tras asistir al “Programa PEP en el Aula”.

(H0): El nivel de estigma de atribución en los profesores y orientadores del Instituto de Enseñanza obligatoria no disminuirá tras asistir al “Programa PEP en el Aula”.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Diseño del estudio

Se trató de un estudio piloto de tipo ensayo clínica no aleatorizado (cuasiexperimental, pre-post test) por conglomerados, realizado en un IES perteneciente a la Comunidad Valenciana.

5.2 Participantes

La muestra estuvo compuesta por profesores y orientadores provenientes de un IES de la Comunidad Valenciana.

Se optó por este tipo de población ya que son considerados como agentes comunitarios que pasan la mayor parte de su tiempo con sus alumnos (pudiendo

observar más nítidamente cualquier cambio comportamental a lo largo del tiempo) de 12 a 18 años de edad (periodo de inicio de las PIT y el PEP, en su mayoría) (7–9).

Además, también son un recurso de ayuda para los jóvenes en caso de necesidad, y para ello se han de erradicar los niveles de estigma -en caso de tenerlo- y se han de aumentar sus conocimientos relacionados con la salud mental.

5.2.1 Reclutamiento

Para poder participar, previamente se contactó con los orientadores del IES y se les envió por correo electrónico los objetivos y la programación de la actividad, junto con un consentimiento informado que debía ser firmado por el director del centro (Anexo). Tras establecer los criterios de inclusión y exclusión pertinentes (Imagen 3), se les entregó otro consentimiento a los participantes que fue firmado por todos ellos (Anexo).

Criterios de inclusión	**Criterios de exclusión**
Ejercer como docente y/u orientador en el momento de la presentación del programa	Estudiantes
El castellano como lengua materna	Profesores a jornada parcial y/o de baja laboral
Desarrollar la actividad docente a jornada completa	No haber firmado el consentimiento informado
Participar de forma voluntaria	
Centros educativos en los que se impartiera la ESO y/o Bachiller, públicos, privados o concertados	

5.3 Instrumentos

Las variables (sociodemográficas y dependientes). En cuanto a estas últimas:

- El cuestionario de atribución AQ-27 (AQ-27), que fue diseñado por Corrigan et al. (37) y posteriormente fue validado en español por Muñoz et al., (38), se ha estado utilizando principalmente para medir la actitud estigmatizante hacia personas con enfermedad mental (de 1 a 9 puntos). Los constructos que evalúa son estereotipos, creencias y conductas frente a personas con enfermedad mental a través de los siguientes ítems:

"Responsabilidad" (la persona es responsable de controlar su enfermedad), "Piedad" (sentir simpatía), "Ira" (sentir cólera), "Peligrosidad" (creer que son una amenaza), "Miedo", "Ayuda" (voluntad de asistir a una persona con problemas de índole psiquiátrica), "Coerción" (obligación a recibir tratamiento), "Segregación" (exclusión), "Evitación". La forma de puntuar cada ítem se muestra en el Anexo. Éste se evaluó al inicio y al finalizar la intervención.

- Cuestionario tipo test sobre psicosis: se trata de 10 preguntas sobre la prevalencia, etiología, curso, detección precoz de la psicosis. Fue elaborado por el autor a partir de la Guía de Prevención y promoción de la Salud Mental en el Aula (39), Guía de Atención a Primeros Episodios Psicóticos (21) y posteriormente fue leída, corregida y estructurada por un total de 10 expertos que formaban parte de la Unidad Funcional de PEP (Enfermeras Especialistas en Salud Mental, Psicólogas Clínicas y Psiquiatras) (Anexo). El rango de resultado fue de 0 a 10 puntos; se evaluó al iniciar la intervención.
- Cuestionario de satisfacción: valoración global de la intervención (docentes, material, metodología y contenidos) a través de una escala numérica (del 0 a 10) (Anexo). Éste se evaluó al finalizar la intervención.

5.4 Intervención

Se elaboró un taller formativo sobre psicosis y salud mental en general para sensibilizar al personal docente y al departamento de orientación. Los módulos fueron diseñados para confrontar el estigma sobre las enfermedades mentales e identificar los posibles factores de riesgo y cambios de comportamiento para que se pudiese realizar un trabajo preventivo posterior. El responsable de impartir el contenido del programa fue el autor de este proyecto, como parte de las funciones de Enfermería Especialista en una Unidad de Salud Mental, junto con el apoyo y la supervisión constante de otros profesionales de salud mental.

Esta actividad titulada "Programa PEP en el Aula" de ámbito comunitario, se inspiró fundamentalmente en el contenido de otras guías, recomendaciones y entidades reconocidas en el ámbito de la salud mental como "1decada4" de la Junta de Andalucía (40), la Confederación de Salud Mental en España (41) y la

Guía de Prevención y Promoción de la salud mental en el Aula (30). Dentro del marco de la Educación y Promoción para la salud, se utilizaron materiales audiovisuales, juegos, páginas web y una entrevista grabada con una persona con diagnóstico de Trastorno esquizoafectivo porque son recursos que se han mostrado eficaces en la reducción del estigma (42,43); además parecer ser que esta última es la que ha posibilitado obtener mejores resultados (32,34,44).

La actividad se realizó en el propio centro y se estructuró en dos grandes bloques "El estigma" y "Psicoeducación en Psicosis" y su duración aproximada fue de 3 horas en total, que se repartieron en 3 sesiones. Su programación y estructuración se desarrollan específicamente en el Anexo.

5.5 Análisis de los datos

Condiciones: IC del 95% para p valor < 0,05.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo univariable para las variables categóricas y cuantitativas a través de una tabla de frecuencias de las variables demográficas de la muestra.

Posteriormente se utilizó el test de Correlación de Pearson (r) entre aquellas variables cuantitativas continuas que podrían ser de interés, como por ejemplo, en el caso de la edad y la experiencia laboral con los resultados del cuestionario en psicosis y la AQ-27 pre-intervención; o las relaciones entre las distintas actitudes estigmatizantes antes y después de la intervención. El grado de relación se estableció con el siguiente criterio: r mayor de 0.5 (correlación fuerte), r entre 0.5 y 0.25 (correlación moderada) y r menor de 0,5 (correlación débil).

Por último, y tras la realización de la prueba de Shapiro-Wilk en la que se observó que la muestra no cumplía con los criterios de normalidad, se optó por la utilización del Test de Wilcoxon con la finalidad de comparar el rango medio de cada una de las puntuaciones obtenidas en la AQ-27 pre y post intervención para determinar la existencia (o no) de diferencias entre ellas.

Se elaboró un taller formativo sobre psicosis y salud mental en general para sensibilizar al personal docente y al departamento de orientación. Los módulos fueron diseñados para confrontar el estigma sobre las enfermedades mentales e identificar los posibles factores de riesgo y cambios de comportamiento para

que se pudiese realizar un trabajo preventivo posterior. El responsable de impartir el contenido del programa fue el autor de este proyecto, como parte de las funciones de Enfermería Especialista en una Unidad de Salud Mental, junto con el apoyo y la supervisión constante de otros profesionales de salud mental.

6. RESULTADOS

6.1 Características de los participantes

Un total de 22 participantes (18% hombres y 82% mujeres) fueron reclutados para este estudio y completaron los cuestionarios pre y post intervención.

El perfil de la muestra fue el de una mujer de 47.96 ± 10.12 años en su mayoría, con estudios de grado y con una experiencia de 18.64 ± 10.34 años. Las demás características demográficas se detallan en la Imagen 4.

Variable	%	Fa
Género		
Masculino	18,2	4
Femenino	81,8	18
Edad (años)		
Rango (media)	25-63 (47,86)	
Población		
Castellón	0	0
Valencia	100	22
Alicante	0	0
Hijos		
0	27,3	6
1	36,4	8
2	27,3	6
3	9,1	2
Nivel de estudios		
Grado/Licenciatura	50	11
Máster	9,1	2
Doctorado	27,3	6
Otros	13,6	3
Asignatura		
Ciencias	45,5	10
Letras	9,1	2
Otros	45,5	10
Experiencia profesional		
Rango (media)	1-34 (18,64)	

6.2 Medias de las puntuaciones AQ-27 pre y post-intervención. Test de Wilcoxon.

En la Imagen 5 se exponen las medios obtenidas de cada actitud estigmatizante, identificándose a la “Coacción” como variable estigmatizante predominante antes y después de la intervención. También se indican los resultados del p-valor obtenidos en el Test de Wilcoxon entre las puntuaciones medias de cada actitud estigmatizante que conforma la escala AQ-27, antes y después de la intervención.

Se observa que, en todas las variables estigmatizantes, existen diferencias estadísticamente significativas (es decir, estas diferencias no se le atribuyen al azar) excepto en la “Responsabilidad”.

Variable	Rango	Media	DE	Wilcoxon (p-valor)
Responsabilidad pre	1-9	2,75	1,61	0,56
Responsabilidad post	1-9	2,95	1,13	
Piedad pre	1-9	6,09	1,82	0,4
Piedad post	1-9	6,20	1,33	
Ira pre	1-9	2,49	1,72	0,001
Ira post	1-9	1,47	0,65	
Ayuda pre	1-9	7, 19	1,79	0,002
Ayuda post	1-9	8,09	1,30	
Peligrosidad pre	1-9	3,08	1,40	0,001
Peligrosidad post	1-9	2,10	1,17	
Miedo pre	1-9	2,62	1,66	0,003
Miedo post	1-9	1, 84	1,13	
Segregación pre	1-9	2,10	0,92	0,037
Segregación post	1-9	1,56	0,82	
Evitación pre	1-9	4,00	2,08	0,031
Evitación post	1-9	2,85	1,80	
Coacción pre	1-9	6,62	3,22	0,002
Coacción post	1-9	5,26	3,90	

6.3 Correlaciones: edad – AQ-27 pre intervención y experiencia – AQ-27 pre intervención.

Como puede observarse en la Imagen 6 se destaca, con una relación estadísticamente significativa e inversamente proporcional, de carácter moderado, entre la edad y el “Miedo”; es decir, que a mayor edad de la muestra, menor miedo se le tiene a las personas con alteraciones mentales. Este resultado coincide en la correlación entre experiencia profesional y la AQ-27 pre-intervención (Imagen 7).

Variable	Rango	Media	DE	r	p-valor
Edad	25-63	47,86	10,12	0,28	0,2
Responsabilidad pre	1-9	2,75	1,61		
Edad	25-63	47,86	10,12	-0,163	0,482
Piedad pre	1-9	6,1	1,82		
Edad	25-63	47,86	10,12	-0,140	0,545
Ira pre	1-9	2,49	1,72		
Edad	25-63	47,86	10,12	-0,187	0,417
Peligrosidad pre	1-9	3,08	1,40		
Edad	25-63	47,86	10,12	-0,484	0,026
Miedo	1-9	2,62	1,66		
Edad	25-63	47,86	10,12	-0,272	0,233
Ayuda	1-9	7,19	1,79		
Edad	25-63	47,86	10,12	-0,086	0,709
Coacción	1-9	6,62	3,22		
Edad	25-63	47,86	10,12	0,149	0,520
Evitación	1-9	4,0	2,08		
Edad	25-63	47,86	10,12	-0,55	0,812
Segregación	1-9	2,1	0,92		

Variable	Rango	Media	DE	r	p-valor
Experiencia	1-34	47,86	18,64	0,268	0,240
Responsabilidad pre	1-9	2,75	1,61		
Experiencia	1-34	47,86	18,64	-0,201	0,383
Piedad pre	1-9	6,1	1,82		
Experiencia	1-34	47,86	18,64	-0,121	0,601
Ira pre	1-9	2,49	1,72		
Experiencia	1-34	47,86	18,64	-0,200	0,384
Peligrosidad pre	1-9	3,08	1,40		
Experiencia	1-34	47,86	18,64	-0,460	0,036
Miedo	1-9	2,62	1,66		
Experiencia	1-34	47,86	18,64	-0,324	0,153
Ayuda	1-9	7,19	1,79		
Experiencia	1-34	47,86	18,64	-0,179	0,437
Coacción	1-9	6,62	3,22		
Experiencia	1-34	47,86	18,64	0,211	0,359
Evitación	1-9	4,0	2,08		
Experiencia	1-34	47,86	18,64	-0,001	0,998
Segregación	1-9	2,1	0,92		

6.4 Correlaciones: Test sobre psicosis – Edad y Test de psicosis – Experiencia laboral.

Como puede observarse en la Imagen 8, a medida que aumenta la edad y la experiencia profesional, disminuye el conocimiento sobre la psicosis. Resultado sin significación estadística.

Variable	Rango	Media	r	p-valor
Cuestionario psicosis	0-10	4,89	-0,23	0,3
Edad	18-75	47,86		
Cuestionario psicosis	0-10	4,89	-0,17	0,4
Experiencia profesional	1-60	18,64		

6.5 Cuestionario en Psicosis

La media de puntuación obtenida antes de la intervención fue de 4,89 sobre 10. En la Imagen 9 se muestran las correlaciones entre el Test en Psicosis y el AQ-27 pre intervención. Se destaca la relación, estadísticamente significativa y directamente proporcional, entre los conocimientos en psicosis y el ítem “Ayuda”.

Variable	Rango	Media	r	p-valor
Test Psicosis	0-10	4,89	-0,273	0,258
Responsabilidad pre		2,75		
Test Psicosis	0-10	4,89	-0,056	0,819
Piedad pre	1-9	6,1		
Test Psicosis	0-10	4,89	-0,197	0,420
Ira pre	1-9	2,49		
Test Psicosis	0-10	4,89	-0,286	0,235
Peligrosidad pre	1-9	3,08		
Test Psicosis	0-10	4,89	-0,217	0,371
Miedo	1-9	2,62		
Test Psicosis	0-10	4,89	0,514	0,024
Ayuda	1-9	7,19		
Test Psicosis	0-10	4,89	-0,176	0,472
Coacción	1-9	6,62		
Test Psicosis	0-10	4,89	-0,295	0,220
Evitación	1-9	4,0		
Test Psicosis	0-10	4,89	-0,049	0,841
Segregación	1-9	2,1		

6.6 Valoración del curso

La valoración del curso fue de 9 puntos sobre 10.

7. DISCUSIÓN

Por lo que se conoce, este es el primer estudio que investiga el efecto de un programa educativo en salud mental y PEP en profesorado y orientadores de un IES de Valencia. Y de forma general, se podría confirmar su utilidad para reducir el estigma sobre las enfermedades mentales en este tipo de población, ante las diferencias estadísticamente significativas encontradas en las puntuaciones medias de las variables de la AQ-27 pre y post intervención.

Si bien es cierto que la muestra partió de puntuaciones elevadas en “Piedad” y “Ayuda” antes de empezar la intervención, se destaca que la actitud más estigmatizante fue la de “Coacción”; es decir, nuestra muestra sentía empatía y estaba dispuesta a ayudar a una persona con psicosis a pesar de creer en la necesidad de que se tomase la medicación. Esta actitud estigmatizante que coincide con otros estudios (22,45), se podría explicar por varios motivos: en primer lugar, por el escaso conocimiento que presentaba nuestra muestra sobre la psicosis en general, tal y como mostraron las puntuaciones obtenidas en el Test de Psicosis; y en segundo lugar, por el contexto de actuación en el que se encuentran nuestros participantes ya que son considerados los responsables de los adolescentes dentro del centro, y deben atender y cumplir con las indicaciones de los padres en relación con los temas médicos (por ejemplo, conocer las alergias y/o darles la medicación). Este resultado, que coincide con otro estudio realizado sobre población adolescente (45) nos hace reflexionar sobre la necesidad de realizar entrevistas en profundidad para conocer con exactitud por qué esta creencia prevalece sobre las demás, transmitiéndose entre generaciones.

De hecho, la “Coacción” continuó siendo la actitud más estigmatizante tras finalizar el programa. No obstante, se demostró una clara diferencia entre las puntuaciones pre-post, sugiriendo que el programa es útil para trabajar esta actitud y las demás en general. Este hecho respondería a nuestra hipótesis de

investigación, en la que se indicaría que el programa fue útil para recudir el estigma sobre nuestra población.

El único ítem estigmatizante sobre el cual no funcionó la intervención fue sobre la “Responsabilidad”. Se cree que ésta podría estar relacionada con uno de los factores multicausales a tratar, como fue el consumo de sustancias. Por ello, creemos que el estigma relacionado con las adicciones es un valor añadido que puede tener el peso suficiente para la realización de un programa aparte y trabajar la desinformación existente al respecto (46).

En cuanto a las correlaciones realizadas, nos parece interesante mencionar la relación estadísticamente significativa (e inversamente proporcional) entre la edad y la experiencia laboral frente al miedo, ya que se intuye que frente a un mayor conocimiento y madurez evolutiva, menor miedo se le tienen a las enfermedades mentales. No obstante, este acontecimiento no ocurre en el resto de variables. Además, no podemos afirmar que se deba a la información sobre la psicosis de la que partían, puesto que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

El escaso conocimiento en psicosis fue evidente. Esto nos llamó la atención dado la gravedad y aumento de prevalencia de ésta sobre la población adolescente. Por ello, enfatizamos la importancia de implicar al sector sanitario y al sector educativo de manera activa en las necesidades y demandas de los adolescentes tal y como indica la “Guía de Prevención y Promoción de la Salud Mental en el Aula” de la Generalitat Valenciana (30). Y teniendo en cuenta el pequeño número de participantes en el programa, se confirmaría la necesidad de incluir estas intervenciones psicoeducativas en salud mental dentro de la programación curricular del profesorado, de manera continua y con un seguimiento posterior (47). Con ellas se conseguiría que tanto los docentes como los orientadores aumentasen los conocimientos teórico-prácticos sobre salud mental, adquiriesen habilidades en el manejo de posibles situaciones complicadas e incluso desarrollasen la destreza necesaria para aplicar acciones contra el estigma desde las aulas.

Por último, y ante los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción, podemos señalar que la estructura y metodología del programa fue útil para reducir del estigma. Tanto la estructura como el contenido fue dirigido específicamente para tratar la desinformación y hacia la desmitificación de información de forma clara, directa e interactiva en la que se fomentó un uso adecuado del lenguaje y se otorgaron recursos útiles y fiables en los cuales recabar información (48–50).

8. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

En general quedamos satisfechos con los resultados obtenidos con este programa ante la reducción de las puntuaciones de las actitudes estigmatizantes. Junto con la aportación de conocimientos sobre salud mental, la posibilidad de que una alteración sea identificada de manera precoz y se aborde de una manera más positiva por parte de esta población, repercutirá de manera directa en la salud y recuperación del adolescente.

No obstante, para asegurarse de que esto sería así, se precisarían estudios en los que se incluyese un mayor número de participantes y se realizase un seguimiento posterior sobre los niveles de estigma, conocimiento en psicosis y número de casos identificados.

Otras limitaciones detectadas fueron tiempo y la carencia de investigaciones acorde con nuestra línea de resultados. Sin embargo, por un lado, la adquisición de conocimientos y habilidades como enfermero interno residente ha posibilitado realizar un razonamiento inductivo; y por otro lado, los análisis estadísticos obtenidos han aportado validez en cuanto a su diseño y metodología, en general.

9. LÍNEAS FUTURAS

Ante los datos prometedores de esta intervención de Enfermería en Salud Mental, se sugiere su realización en otros centros escolares teniendo en cuenta que la muestra debería ser más homogénea y representativa, y a poder ser,

dentro del horario laboral y con la posibilidad de certificación oficial posterior. Quizá de esa manera, se pueda aumentar el tamaño muestral.

Se enfatiza la importancia de realizar un seguimiento posterior de las variables clínicas de interés para poder contestar si el conocimiento en psicosis reduce el estigma de atribución, así como la utilización de otras escalas complementarias para enriquecer los resultados obtenidos.

10. CONCLUSIONES

- El impacto de una intervención enfermera, sobre el estigma en salud mental en el profesorado y orientadores de un IES, fue positivo dado las diferencias estadísticamente significativas el cambio en las puntuaciones medias sobre las actitudes estigmatizantes de la escala AQ-27 pre y post intervención.
- Las actitudes estigmatizantes que prevalecieron sobre la muestra antes y después de la intervención fueron la "Ayuda", "Piedad" y “Coacción”.
- Se objetivó que el conocimiento sobre psicosis antes de la intervención fue escaso, pudiendo influir sobre las creencias erróneas en psicosis.
- Las correlaciones realizadas han indicado que a mayor edad o experiencia en el sector, menor es miedo hacia la enfermedad mental, y se deberían de realizar estudios cualitativos complementarios para saber en mayor profundidad por qué no sucede sobre el resto de variables.
- Ante el resultado global de todas las puntuaciones obtenidas, incluyendo la escala de satisfacción, consideramos que el programa es útil y factible para alfabetizar sobre el estigma y Primeros Episodios Psicóticos a los orientadores/profesores de centros educativos.

11. DECLARACIONES DE ÉTICA

No presentó conflictos de intereses con persona, empresa y/o institución, que pudieran afectar a la realización de la investigación.

La aprobación ética para la investigación se obtuvo a través del Comité de Ética y la Comisión de Investigación del Departamento de Salud correspondiente, conforme la Declaración de Helsinki de 1964.

Bibliografía

1. Fraguas D, Zarco J, Balanzá-Martínez V, García JFB, Murcia CB, Cabrera A, et al. La humanización en los planes de salud mental en España. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2021;

2. Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 de la Comunidad Valenciana. ESTRATEGIA AUTONÓMICA DE SALUD MENTAL 2016-2020 [Internet]. 2020. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.san.gva.es/documents/156344/6700482/Estrategía+Autonómica+de+Salud+mental+2016+2020+.pdf

3. Instituto de Información Sanitaria. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Minist Sanid [Internet]. 2022;169. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm

4. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. Lancet Child Adolesc Heal. 2018 Mar;2(3):223–8.

5. Tejado L de A, Martín MVA, Quintero J. Mental health in adolescence (II). Psychosis and bipolar disorder. Med. 2022;13(61):3590–9.

6. Tamayo Cordoví A, Elías Montes Y, Coto Batista T, Sánchez Pérez YY. Factores de riesgo asociados a intento suicida en adolescentes. Unidad de cuidados intensivos pediátricos. 2018-2019. Multimed. 2021;25(3).

7. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593–602.

8. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. Lancet. 2011;378(9801):1515–25.

9. Kendall T, Hollis C, Stafford M, Taylor C. Recognition and management of psychosis and schizophrenia in children and young people: summary of NICE guidance. BMJ. 2013 Jan;346:f150.

10. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. Dialogues Clin Neurosci. 2022;

11. ETEP E de T y S de las P, INAD I de N i A, MAR P de S. Primeros episodios psicóticos. Vol. 14, Anales de Psiquiatria. 1998. 25–28 p.

12. Dachs I, Irazabal M, García-Mieres H, Del Cacho N, Usall J, Barajas A, et al. Patient's determinants of subjective and objective burden in caregivers of people with first episode psychosis. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2022;

13. GV. Atenció a Primers Episodis. 2016; Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.san.gva.es/documents/156344/6716088/20161026_PROGRAMA+PRIMERS+EPISODIS+PSICOTICS_VAL.pdf

14. Polinder S, Haagsma JA, Stein C, Havelaar AH. Systematic review of general burden of disease studies using disability-adjusted life years. Popul Health Metr. 2012;10(1):1–15.

15. Nuechterlein KH, Dawson ME, Ventura J, Gitlin M, Subotnik KL, Snyder KS, et al. The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. Acta Psychiatr Scand. 1994;89:58–64.

16. Zubin J, Spring B. Vulnerability--a new view of schizophrenia. J Abnorm Psychol. 1977 Apr;86(2):103–26.

17. Giráldez SL, Pedrero EF, Piñeiro MP, Fernández ÓV. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS. 2015.

18. Kommescher M, Gross S, Pützfeld V, Klosterkötter J, Bechdolf A. Coping and the stages of psychosis: an investigation into the coping styles in people at

risk of psychosis, in people with first-episode and multiple-episode psychoses. Early Interv Psychiatry. 2017;11(2):147–55.

19. Lenzenweger MF. Schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia: Paul E. Meehl's blueprint for the experimental psychopathology and genetics of schizophrenia. J Abnorm Psychol. 2006 May;115(2):195–200.

20. Parnas J. From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1999;395:20–9.

21. Conselleria de Sanitat Universal i Salut pública. Atención a Primeros Episodios. :1–62.

22. Imaz Roncero C, Arias Martínez B. Manual básico de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. 2020.

23. Ienciu M, Romoşan F, Bredicean C, Romoşan R. First episode psychosis and treatment delay--causes and consequences. Psychiatr Danub. 2010 Dec;22(4):540–3.

24. Muñoz M, Guillén A, pérez santos E. La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. Rev la Fed Española Asoc Rehabil Psicosoc s. 2014 Jan;10:10–9.

25. Mena AL, Bono A, López A, Díaz D. Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. 2010;30(1):597–611.

26. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Vol. 314, Bmj. 2009. p. 1559.

27. Sheehan L, Corrigan P. The Wiley Encyclopedia of Health Psychology. 2020;

28. Sickel AE, Seacat JD, Nabors NA. Mental health stigma: Impact on mental health treatment attitudes and physical health. J Health Psychol. 2019;24(5):586–99.

29. Casañas R, Lalucat L. Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales. Rev Estud Juv. 2018;121:117–32.

30. Generalitat Valenciana. Departament de Salut de La Ribera. Guía de Prevención y Promoción de la Salud Mental en el Aula [Internet]. La Ribera (Valencia, España); 2019. Available from: https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results

31. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. ESTRATEGIA AUTONÓMICA DE SALUD MENTAL 2016-2020 [Internet]. 2016 [cited 2022 Dec 31]. Available from: https://www.san.gva.es/documents/156344/6700482/Estrategía+Autonómica+de+Salud+mental+2016+2020+.pdf

32. Michaels PJ, Corrigan PW, Buchholz B, Brown J, Arthur T, Netter C, et al. Changing stigma through a consumer-based stigma reduction program. Community Ment Health J. 2014;50(4):395–401.

33. Yin H, Wardenaar KJ, Xu G, Tian H, Schoevers RA. Mental health stigma and mental health knowledge in Chinese population: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2020;20(1):1–10.

34. Corrigan P, Morris S, Michaels P, Rafacz J, Rüsch N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. Psychiatr Serv. 2012;63(10):963–73.

35. Adesman A. A diagnosis of ADHD? Don't overlook the probability of comorbidity!(attention deficit hyperactivity disorder). Contemp Pediatr. 2003;20(12):91–9.

36. Gronholm PC, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017;52(3):249–58.

37. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. J Health Soc Behav. 2003;162–79.

38. Muñoz M, Guillén AI, Pérez-Santos E, Corrigan PW. A structural equation modeling study of the Spanish Mental Illness Stigma Attribution Questionnaire (AQ-27-E). Am J Orthopsychiatry. 2015;85(3):243.

39. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Guía de prevención y promoción de la salud mental en el aula. 2018. 146–159 p.

40. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. 1decada4 [Internet]. Available from: https://www.1decada4.es/

41. Confederación Salud Mental España. Confederación Salud Mental España [Internet]. Available from: https://consaludmental.org/

42. Williams T, Salmonsen J, Mizock L. Webinar Intervention Research to Reduce Stigma Using a Pre–Post Research Design. SAGE Publications Ltd; 2021.

43. Tippin GK, Maranzan KA. Efficacy of a Photovoice-based video as an online mental illness anti-stigma intervention and the role of empathy in audience response: A randomized controlled trial. J Appl Soc Psychol. 2019;49(6):381–94.

44. Fong THC, Mak WWS. The Effects of Internet-Based Storytelling Programs (Amazing Adventure Against Stigma) in Reducing Mental Illness Stigma With Mediation by Interactivity and Stigma Content: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2022;24(8).

45. Moreno I, Terán C. El estigma hacia problemas de salud mental en estudiantes de últimos años de psicología [Internet]. 2019. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3452/2/El estigma presentación tesis-convertido %281%29.pdf

46. Sepúlveda L. Estigma en situaciones de adicción y su repercusión en la salud. 2020;

47. Sanz J. Stigma of Mental Health Nursing Professionals Towards People with Severe Mental Disorder. Rev Española Enfermería Salud Ment. 2019;(7):4–21.

48. Fong THC, Mak WWS. The effects of internet-based storytelling programs (Amazing Adventure Against Stigma) in reducing mental illness stigma with

mediation by interactivity and stigma content: Randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2022;24(8):e37973.

49. Kim H, Stout PA. The effects of interactivity on information processing and attitude change: Implications for mental health stigma. Health Commun. 2010;25(2):142–54.

50. Mena Jiménez ÁL, Bono del Trigo Á, López Pardo A, Díaz del Peral D. Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2010;30(4):597–611.

51. Millan MJ, Andrieux A, Bartzokis G, Cadenhead K, Dazzan P, Fusar-Poli P, et al. Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. Nat Rev Drug Discov [Internet]. 2016;15(7):485–515. Available from: https://doi.org/10.1038/nrd.2016.28

52. Mózo B. Dinámicas De Aula En Educación. Rev Digit para Prof la enseñanza [Internet]. 2010;53(9):1689–99. Available from: https://bit.ly/2DqVwjk

53. Collins RL, Wong EC, Roth E, Cerully JL, Marks J. Changes in mental illness stigma in California during the statewide Stigma and Discrimination Reduction Initiative. Rand Heal Q. 2015;5(2).

54. Hanisch SE, Birner UW, Oberhauser C, Nowak D, Sabariego C. Development and evaluation of digital game-based training for managers to promote employee mental health and reduce mental illness stigma at work: Quasi-experimental study of program effectiveness. JMIR Ment Heal. 2017;4(3):e7600.