

# Salud Mental Positiva: un camino para reducir el autoestigma y mejorar las estrategias de afrontamiento en personas con un primer episodio psicótico

*Rolduà Ros, Júlia  
Vila Badia, Regina  
Colomer Salvans, Alícia  
Sainz Elias, Helena  
Usall Rodié, Judith*

## Introducción

### 1. Estigma y salud mental

El estigma hacia las personas que padecen esquizofrenia u otros trastornos psicóticos aún está muy presente en nuestra sociedad (1). El estigma se ha asociado con una baja calidad de vida, con una baja autoestima y con un aumento del aislamiento social en las personas con un trastorno psicótico, por este motivo, es importante estudiarlo y tenerlo presente en esta patología (2).

Asimismo, la literatura enuncia tres niveles de estigma que interactúan entre ellos: el estigma social, el estigma estructural y el estigma interiorizado o autoestigma (3).

### 2. Estigma social, estigma estructural y autoestigma

El estigma social, también conocido como estigma público, se basa en las formas en las que la sociedad, en general, estigmatiza las personas con algún tipo de trastorno de salud mental (4). El estigma estructural, también conocido como estigma institucional, se basa en las normas, políticas y procedimientos de entidades públicas o privadas que ejercen posiciones de poder que restringen derechos y oportunidades a las personas con trastornos de salud mental (5). Finalmente, el estigma interiorizado o autoestigma manifiesta numerosas conceptualizaciones (6). Una revisión sistemática define el estigma interiorizado o autoestigma como un proceso subjetivo integrado en un contexto sociocultural, que se caracteriza por sentimientos negativos sobre uno mismo, comportamientos desadaptativos, transformación de la identidad o adopción de estereotipos como propios. Así mismo, el autoestigma es un proceso gradual de asimilación psicológica de las actitudes estereotipadas de la sociedad por parte de la

persona (7) y se asocia con una menor autoconfianza y autoestima, menor disposición a cooperar en el tratamiento, peor funcionamiento social y laboral, menores ingresos, desmoralización y peor calidad de vida (8).

### 3. Autoestigma y primeros episodios psicóticos

Los primeros episodios psicóticos (PEP) se describen como las fases iniciales de los trastornos psicóticos (9) y son trastornos de salud mental altamente estigmatizados (1). El hecho de que los PEP sean el inicio de los trastornos psicóticos, conlleva que sea en esta fase en la que se forma el autoestigma, ya que es la etapa en la que el estigma se empieza a percibir (10). Esto demuestra la importancia de trabajar en esta fase, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la persona. Además, la disminución del autoestigma se ha identificado como un fenómeno clave que mejora la recuperación de las personas con un PEP (11). En este sentido se ha visto que un elevado autoestigma se asocia a una peor recuperación clínica, que aumenta tanto la gravedad de los síntomas (12) como las dificultades en el funcionamiento social y académico (13), provocando una peor calidad de vida (14) y una disminución del soporte social de la persona (15). Además, el autoestigma perjudica la recuperación subjetiva de la persona, incidiendo en la autoestima (10), la autoeficacia (16), el empoderamiento y las expectativas de recuperación (17). Al mismo tiempo, las personas con un autoestigma elevado evitan buscar soporte en sus servicios de salud mental y presentan una menor adherencia a los tratamientos (18).

### 4. Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento se define como el proceso de gestionar las demandas generadas por eventos estresantes que se perciben como una carga o un exceso de los recursos de una persona (19). Las estrategias de afrontamiento (EA) se pueden clasificar de diferentes maneras dependiendo de los autores y autoras y los métodos de evaluación, pero una de las clasificaciones más conocidas identifica tres estilos principales de afrontamiento: afrontamiento orientado a la tarea, orientado a la emoción y orientado a la evitación (19).

### 5. Estrategias de afrontamiento y primeros episodios psicóticos

Las personas con un PEP a menudo muestran patrones de afrontamiento disfuncionales con baja autoeficacia y creencias de control externo. Estos factores se consideran de riesgo para el desarrollo de psicosis ya que los estilos de afrontamiento afectan múltiples dominios del funcionamiento y calidad de vida, incluida la gravedad de síntomas y la adaptación a la enfermedad (20).

## 6. Estrategias de afrontamiento y autoestigma en personas con primeros episodios psicóticos

Debido a la importancia en el curso clínico y la calidad de vida de las personas con un PEP, varias investigaciones se han centrado en estudiar los factores que pueden ser relevantes para la mejora del autoestigma. Entre ellos se encuentran las EA. Con respecto a los trastornos psicóticos, tal y como hemos dicho anteriormente, hay una gran cantidad de evidencia que sugiere que las personas con un PEP tienden a usar EA menos efectivas, las cuales, a su vez, están relacionadas con malos resultados en su pronóstico y mayores niveles de autoestigma (18). Varios estudios destacan la importancia de las EA en relación al autoestigma en personas con trastornos psicóticos (21). La evaluación de estas estrategias puede ser de interés clínico, ya que la reducción de las EA negativas en el tratamiento puede ayudar a reducir el autoestigma y viceversa (21). Asimismo, varios estudios coinciden en que el afrontamiento y la relación que este tiene con el autoestigma en personas con trastornos psicóticos sigue siendo un área por explorar (21).

## 7. Salud mental positiva

El modelo de salud mental positiva (SMP) elaborado por Jahoda y publicado en 1958, en forma de documento monográfico, bajo el título “Current concepts of positive mental health”, configura una concepción multidimensional de la SMP. Sus planteamientos vinculan la SMP a los inicios del modelo comunitario de intervención y pretenden reivindicar la promoción de la salud mental superando la mera prevención de la enfermedad. La citada autora articula su concepción de la SMP desde una perspectiva de múltiples criterios y la concreta en 6 criterios generales interrelacionados que son los siguientes: las Actitudes hacia sí mismo, el Crecimiento y autoactualización, la Integración, la Autonomía, la Percepción de la realidad y el Dominio del entorno (22).

Años más tarde, en el 1999, Maria Teresa Lluch Canut publicó su tesis doctoral, en la que, a partir de los resultados de los diferentes análisis que realizó a raíz del modelo original de Jahoda previamente explicado, planteó el perfil de un nuevo modelo de SMP, que es en el que nos basaremos en el presente proyecto de investigación, y el cual apoya la presencia de 6 factores explicativos de la SMP, mediante la siguiente estructura: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal. Asimismo, para evaluar este modelo multifactorial, la autora creó el Cuestionario de SMP (PMHQ), que se describe en detalle en la sección de Metodología (22).

Para tratar el autoestigma, se han propuesto diferentes intervenciones y modelos teóricos, uno de los cuales es el modelo de SMP. Siguiendo el origen del nuevo Modelo de SMP de Lluich, relacionaríamos el autoestigma como elemento del factor Actitudes hacia sí mismo, que forma la SMP según el Modelo de Jahoda pasando a recogerse como elemento del factor Satisfacción personal del nuevo Modelo de SMP de Lluich. Asimismo, la satisfacción personal es un criterio ampliamente utilizado para definir y evaluar el bienestar subjetivo y/o la calidad de vida percibida, como un índice global o como satisfacción en diferentes esferas de la vida. Según el subapartado de concordancia del yo real-yo ideal dentro del factor de Actitudes hacia sí mismo del modelo de SMP de Jahoda, las distorsiones del autoconcepto están presentes en algunos de los principales trastornos mentales. Según la autora, estas distorsiones están basadas en las dificultades para controlar racionalmente los deseos y los miedos. Por ello, podremos considerar como indicador de SMP, la capacidad de la persona para percibirse a sí misma (para definirse) de un modo que corresponda o se ajuste a la realidad y que, además, refleje la autoaceptación sin miedo ni temor a ser lo que es. Es decir, esta dimensión implica la autoaceptación; necesaria tanto para equilibrar los deseos (lo que nos gustaría ser) como para superar los temores de ser de un modo y no de otro.

#### 8. Salud mental positiva y estrategias de afrontamiento

El afrontamiento se recoge como elemento de dos de los factores específicos, la resolución de problemas y la resistencia al estrés, que forman la SMP según el Modelo de Jahoda. Los factores de Resolución de problemas y autoactualización, Habilidades de relación interpersonal, Autonomía y Autocontrol del modelo de Lluich también lo explicarían. En relación a la Resolución de problemas y autoactualización, cabe destacar que en la vida cotidiana nos vemos obligados a afrontar continuamente múltiples situaciones conflictivas y a tomar decisiones. Todas las personas tienen problemas en las diferentes facetas de su vida y las estrategias que utilizan para afrontarlos determinarán, en gran medida, su nivel de salud mental. Como sucede con las habilidades sociales, existen varios programas, proyectos y publicaciones, dentro del ámbito de la promoción, que utilizan o proponen utilizar el entrenamiento en resolución de problemas (23).

En relación a las habilidades de relación interpersonal, la capacidad para comunicarse es fundamental para desenvolverse en muchos ámbitos de la vida y afrontar distintas situaciones, ya que favorece el bienestar personal, incrementa la autoeficacia y permite recibir un mayor reforzamiento social (24).

Por otro lado, la autonomía es uno de los objetivos básicos, implícitos o explícitos, de la mayoría de programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las diversas orientaciones psicológicas. De hecho, desde la primera infancia se intenta potenciar la independencia de la persona para que modele sus propios criterios, adquiera confianza y seguridad en sí misma y sea capaz de autorregular su propia conducta. Uno de los ámbitos en los que la autonomía está planteada como un objetivo de intervención explícito es el de la funcionalidad. Es decir, la capacidad de la persona para afrontar las actividades de la vida cotidiana y desenvolverse sin necesidad de ayuda por parte de los demás. Belloch e Ibañez consideran que la autonomía funcional es un parámetro para diagnosticar o calificar el grado de salud mental de una persona (22). Finalmente, el autocontrol, tal y como lo describe Lluch, es un factor que procede del criterio "Integración" del modelo original de Jahoda (25) y es una dimensión fundamental para mantener el equilibrio emocional, un antídoto contra el estrés y un requisito básico para el funcionamiento adaptativo de la persona (26).

#### 9. Salud mental positiva y primeros episodios psicóticos

La salud mental positiva (SMP) comprende recursos intra e interpersonales, y la falta de estos recursos (p. ej., la incapacidad de experimentar emociones positivas y formar relaciones cercanas) conduce a una mala salud mental, lo que a su vez aumenta el riesgo de sufrir un trastorno de salud mental (27).

La SMP, por lo tanto, sirve como un fuerte factor de protección contra las enfermedades mentales (28). Múltiples factores de riesgo y la falta de factores de protección predisponen a las personas a una mayor vulnerabilidad que puede conducir potencialmente a un problema de salud mental. Las intervenciones preventivas de salud mental tienen como objetivo contrarrestar los factores de riesgo y reforzar los factores de protección para prevenir la disfunción mental humana. Así, cuando los factores protectores individuales (dominios individuales de la SMP) que tienen más influencia en el desarrollo de los trastornos mentales y la salud mental son debidamente manejados, la SMP impondrá un mayor efecto preventivo. Por lo tanto, es importante evaluar los diversos dominios de la SMP en personas con algún tipo de trastorno de salud mental, ya que ayudará a los y a las profesionales de la salud mental a comprender mejor las necesidades de estas personas y ayudar a reducir los síntomas al mejorar su salud mental (28). Así, un estudio demostró que las personas con un trastorno psicótico tienen puntuaciones medias de SMP más bajas en comparación con la población general (28). La literatura existente lo explica argumentando que el estigma relacionado con la

enfermedad mental daña la autoestima de las personas con trastornos psicóticos, y esta baja autoestima, juntamente con la presencia del trastorno psicótico, podría predisponer a tener niveles más bajos de SMP, debido al deterioro de los diversos dominios que la forman. Estos resultados enfatizan la multidimensionalidad de la salud mental y explican la importancia de evaluar los dominios de la SMP en las personas que sufren trastornos psicóticos. De esta forma, al centrarse en los dominios en los que las personas podrían tener un déficit, podrán implementar intervenciones y estrategias de tratamiento adecuadas para promover la SMP de las mismas. Por otro lado, otro estudio concluyó que, aquellas personas con un inicio temprano del PEP y de menor edad tenían niveles más bajos de SMP en comparación con el grupo de mayor edad y con un inicio más tardío (29). Estas evidencias sugieren que la menor SMP entre las personas con un trastorno psicótico de inicio temprano, particularmente entre las personas más jóvenes, puede estar relacionada con el paradigma de la indefensión aprendida como lo sugiere Swanston, al no tener experiencia para poder hacer frente a la aparición de los síntomas (30). En este sentido, aunque cada vez hay más investigación sobre la SMP, se ha investigado poco en personas con trastornos psicóticos (31) y no hay, actualmente, ningún estudio basado en intervenciones de SMP. Por lo tanto, es importante evaluar la SMP y sus factores en personas con un PEP, ya que ayudará a los y las profesionales de la salud a comprender mejor las necesidades específicas de estos individuos y también a implementar actividades de promoción y prevención de la salud para mejorar su salud mental. Siguiendo esta línea de investigación, nos propusimos realizar este proyecto de investigación centrado en personas con un PEP y lo complementamos con otros constructos positivos, como las EA y el autoestigma, y de esta manera caracterizar la relación entre ellos.

## 10. Justificación

En los últimos años ha habido un creciente interés por la investigación relacionada con el estigma y autoestigma y su efecto perjudicial en las personas con trastornos psicóticos (15), ya que conlleva una peor calidad de vida para estas personas (13). Asimismo, también ha habido un mayor interés global por la salud mental positiva (SMP) como punto de vista diferente para abordar la salud mental de las personas. Aun así, no se ha encontrado literatura que relacione la SMP con las estrategias de afrontamiento (EA) y el autoestigma en personas con un primer episodio psicótico (PEP). Por lo tanto, consideramos importante estudiar la relación entre la SMP, las EA y el autoestigma en personas con un PEP, con el posterior objetivo de poder aplicar intervenciones de SMP para mejorar las EA y reducir el autoestigma de estas personas. Por este motivo,

proponemos el siguiente proyecto de investigación, ya que creemos que mediante intervenciones grupales de SMP conseguiremos mejorar la misma, como también mejoraremos las EA y disminuirémos el autoestigma de las personas con un PEP.

## **Objetivos**

Evaluar la efectividad del Programa Mentis Plus – Versión Breve en formato grupal en la mejora de las estrategias de afrontamiento y en la reducción del autoestigma en personas con un primer episodio psicótico.

## **Metodología**

Diseño del estudio:

El diseño del estudio corresponde a un ensayo clínico no aleatorizado con dos ramas: grupo de intervención y grupo control.

Ámbito del estudio:

La muestra fue reclutada en el sector de salud mental de la Institución, concretamente personas con un primer episodio que acudían al servicio de urgencias del propio hospital. Asimismo, se reclutaron personas en los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) del mismo sector. Por tanto, las personas reclutadas pertenecen a los sectores poblacionales que comprende dicha institución.

Periodo del estudio:

El estudio tuvo una duración de 8 meses.

Población y criterios

Población diana:

La muestra estuvo formada por dos grupos:

- Un grupo de personas que habían presentado un primer episodio psicótico (PEP) y que realizaron el Programa Mentis Plus – Versión Breve en formato grupal,
- Un grupo control, también con PEP, que no lo realizó, emparejados por edad y sexo.

Criterios de inclusión y exclusión

Grupo intervención

Criterios de inclusión:

- Edad entre 18 y 55 años.

- Haber presentado un PEP definido por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, catatonía o comportamiento desorganizado, o sintomatología negativa (alogia, abulia, aplanamiento afectivo) durante al menos una semana.
- Menos de cinco años desde el inicio de los síntomas.
- No haber recibido tratamiento antipsicótico durante más de quince días en el momento de entrada al estudio.
- Firmar el consentimiento informado.

#### Criterios de exclusión:

- Diagnóstico de discapacidad intelectual (CI premórbido < 70).
- Patología del sistema nervioso central (tumores, VIH, radioterapia, etc.).
- Estar realizando algún programa psicológico específico dirigido a disminuir el autoestigma o mejorar las estrategias de afrontamiento.

#### Grupo control

#### Criterios de inclusión:

- Edad entre 18 y 55 años.
- Haber presentado un PEP con los mismos criterios clínicos descritos anteriormente.
- Menos de cinco años desde el inicio de los síntomas.
- No haber recibido tratamiento antipsicótico durante más de quince días al inicio del estudio.
- Firmar el consentimiento informado.

#### Criterios de exclusión:

- Diagnóstico de discapacidad intelectual (CI premórbido < 70).
- Patología del sistema nervioso central.
- Estar realizando programas psicológicos específicos de reducción del autoestigma o mejora del afrontamiento.
- Haber realizado o estar realizando el grupo de Salud Mental Positiva (SMP) del presente estudio.

#### Tipo de muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra fue reclutada en los centros de salud mental de adultos de la institución e incluyó a todas las personas que cumplían los criterios de inclusión, no presentaban criterios de exclusión y aceptaron participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado.

### Cálculo del tamaño muestral

Para determinar el número de participantes necesario para evaluar la eficacia de la intervención grupal Mentis Plus PEP – Versión Breve, se realizó un cálculo del tamaño muestral basado en un análisis de la covarianza (ANCOVA) con medidas pre y post, comparando dos grupos.

Con una potencia estadística del 80 %, se estimó una diferencia media esperada de 7,2 puntos entre grupos en la variable principal (nivel de autoestigma medido con la ISMI), con una desviación estándar de 7,45 puntos, según estudios previos y datos preliminares. Se estableció un nivel de significación alfa de 0,05 (bilateral). Con estos parámetros, se determinó la necesidad de 42 participantes (21 por grupo).

### Variables

#### Variables sociodemográficas:

- Edad (años completos).
- Sexo (variable dicotómica: hombre/mujer).

#### Variables clínicas y psicosociales:

- Salud Mental Positiva (SMP): evaluada según el modelo multifactorial de Lluch (1999), con puntuación global y seis dimensiones (satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas/autorrealización y habilidades interpersonales).
- Autoestigma: puntuación global y dimensiones específicas (alienación, aceptación de estereotipos, discriminación percibida, aislamiento social y resistencia al estigma).
- Estrategias de afrontamiento: evitación, acción agresiva, búsqueda de apoyo social, acción asertiva, acción instintiva, alianza social y acción cautelosa.
- Satisfacción con la intervención grupal: cuestionario ad hoc.

#### Instrumentos de evaluación:

La recogida de datos se realizó mediante instrumentos psicométricos y fuentes sanitarias, administrados en entrevistas individuales con apoyo de profesionales de referencia.

- Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI) (32)

Escala autoadministrada que evalúa la experiencia subjetiva de estigma internalizado, con cinco subescalas y formato Likert de 1 a 4. La subescala de resistencia se puntúa

de forma inversa. Presenta adecuada consistencia interna ( $\alpha = 0,91$ ) y fiabilidad test-retest (0,95).

- Escala Multiaxial de Afrontamiento Estratégico (EMA) (33)

Evalúa siete estrategias de afrontamiento. Presenta buena consistencia interna ( $\alpha = 0,84$ ).

- Cuestionario de Salud Mental Positiva (QSMP / PMHQ) (34)

Instrumento desarrollado por Lluch, compuesto por 39 ítems distribuidos en seis factores del modelo de SMP. Permite puntuación global y por factores. Fiabilidad global  $\alpha = 0,872$ .

- Cuestionario de satisfacción

Encuesta ad hoc sobre satisfacción con la intervención grupal.

Las mismas variables e instrumentos se administraron a ambos grupos.

Análisis de datos:

Los análisis se realizaron con SPSS versión 26. Se efectuaron análisis descriptivos y pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov). Para comparar medidas pre-post dentro de cada grupo se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon.

## **Desarrollo**

Intervención:

La Salud Mental Positiva (SMP) se concibe como un enfoque centrado en el bienestar emocional, las habilidades personales, la satisfacción vital y la capacidad de afrontamiento.

El programa Mentis Plus (35) es una intervención grupal estructurada basada en las seis dimensiones del modelo multifactorial de SMP. La adaptación específica para personas con primer episodio psicótico (36) se desarrolló en seis sesiones progresivas y una sesión final de cierre, abordando:

1. Satisfacción personal
2. Actitud prosocial
3. Autocontrol
4. Autonomía
5. Resolución de problemas y autorrealización
6. Habilidades relacionales

Se realizaron evaluaciones pre y post intervención.

#### Procedimiento:

El personal clínico de los CSMA identificó y derivó a posibles participantes. Tras la explicación del estudio y la firma del consentimiento informado, se realizó una evaluación basal individual.

Las sesiones duraron aproximadamente una hora. Los datos se registraron en una base de datos gestionada exclusivamente por el equipo investigador.

El programa fue implementado por la investigadora principal, enfermera especialista en salud mental. Tras la intervención, se repitieron las evaluaciones y se administró el cuestionario de satisfacción.

El grupo control realizó las mismas evaluaciones basales y a las ocho semanas, sin recibir intervención.

#### Consideraciones éticas:

El tratamiento de datos cumplió el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) 679/2016 y la legislación española vigente. Se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki y la normativa de investigación biomédica.

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación de la Institución y el Comité de Ética correspondiente (código PIC-169-23). Asimismo, el plan de tesis fue aprobado por la Comisión de Bioética de la Universidad correspondiente.

Los datos fueron codificados de forma anónima y conservados durante un máximo de 10 años.

#### Resultados:

El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad del Programa Mentis Plus – Versión Breve en formato grupal en la mejora de las estrategias de afrontamiento y la reducción del autoestigma en personas con un primer episodio psicótico.

La muestra total estuvo compuesta por 42 personas con un PEP. En el grupo experimental se realizaron cuatro intervenciones grupales, con un total de 21 participantes. Por su parte, el grupo control, también formado por 21 personas, no

recibió la intervención grupal del Programa Mentis Plus PEP – Versión Breve, sino que continuó con el tratamiento habitual.

Tanto en el grupo experimental como en el grupo control había 17 hombres y 4 mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y los 30 años.

En las siguientes tablas (Tabla 1, Tabla 2 y Tabla 3) se presentan los resultados obtenidos.

En primer lugar, la Tabla 1 muestra los datos relativos al autoestigma antes y después de la intervención grupal del Programa Mentis Plus PEP – Versión Breve, tanto en el grupo control como en el grupo de intervención.

Escala	Variable	Control				Intervención			
		Mediana (DE)		U (p-valor)	Tamaño del efecto	Mediana (DE)		U (p-valor)	Tamaño del efecto
		Pre	Post			Pre	Post		
ISMI	Alienación	9.24 (3.59)	9.29 (3.47)	-.896 (.370)	0.277	13.57 (4.53)	11.24 (3.81)	<b>-2.852</b> <b>(.004)</b>	<b>0.880</b>
	Aceptación de estereotipos	10.38 (3.69)	10.62 (3.02)	-.598 (.550)	0.185	12.67 (3.77)	11.52 (3.61)	-1.311 (.190)	0.405
	Discriminación percibida	7.81 (2.52)	8.10 (2.51)	-.671 (.502)	0.207	10.19 (3.39)	8.76 (3.13)	-1.625 (.104)	0.120
	Aislamiento social	9.90 (3.81)	9.86 (3.38)	-.089 (.929)	0.028	12.29 (4.19)	11.00 (4.44)	-1.372 (.170)	0.423
	Resistencia al estigma	10.14 (2.80)	10.38 (2.94)	-.543 (.587)	0.168	11.76 (2.51)	10.29 (3.27)	<b>-2.236</b> <b>(.025)</b>	<b>0.690</b>
	ISMI Total	47.48 (13.99)	48.24 (11.59)	-.980 (.327)	0.302	60.48 (15.15)	52.81 (16.15)	<b>-2.315</b> <b>(.021)</b>	<b>0.714</b>

Tal como se observa, en el grupo de intervención tanto la puntuación total de la escala ISMI ( $z = -2,315$ ;  $p = 0,021$ ) como las subescalas de alienación ( $z = -2,852$ ;  $p = 0,004$ ) y de resistencia al estigma ( $z = -2,236$ ;  $p = 0,025$ ) mostraron disminuciones estadísticamente significativas.

En cambio, el resto de las subescalas y el grupo control no presentaron variaciones significativas en ninguna de las dimensiones de la ISMI.

En segundo lugar, la Tabla 2 presenta los resultados relativos a las estrategias de afrontamiento analizadas antes y después de la intervención grupal del Programa Mentis Plus PEP – Versión Breve, tanto en el grupo control como en el grupo de intervención.

Escala	Variable	Control				Intervención			
		Mediana (DE)		U (p-valor)	Tamaño del efecto	Mediana (DE)		U (p-valor)	Tamaño del efecto
		Pre	Post			Pre	Post		
EMA	Evitación	26.24 (8.41)	25.90 (7.50)	-.286 (.775)	0.088	27.52 (8.75)	29.67 (9.60)	-1.705 (.088)	<b>0.526</b>
	Acción agresiva	17.48 (5.80)	15.95 (6.21)	-1.070 (.285)	0.330	22.33 (9.97)	22.57 (8.08)	-.418 (.676)	0.128
	Búsqueda de soporte social	34.19 (7.41)	35.71 (6.85)	-1.140 (.254)	0.352	29.86 (7.06)	31.76 (5.97)	<b>-2.040 (.041)</b>	<b>0.612</b>
	Acción asertiva	34.24 (6.85)	34.24 (5.97)	-.252 (.801)	0.078	32.57 (6.60)	33.33 (6.09)	-1.085 (.278)	0.335
	Acción instintiva	14.19 (5.06)	12.81 (3.64)	-1.265 (.207)	0.390	16.05 (4.79)	15.10 (4.78)	-.927 (.354)	0.286
	Alianza social	16.71 (3.32)	16.95 (3.20)	-.666 (.505)	0.267	14.76 (4.49)	14.67 (3.53)	-.114 (.909)	0.035
	Acción cautelosa	15.95 (3.64)	16.00 (3.97)	-.247 (.805)	0.061	16.33 (2.48)	17.38 (3.85)	-1.687 (.092)	0.028

En cuanto a la escala EMA, el grupo de intervención mostró un aumento estadísticamente significativo en la búsqueda de apoyo social ( $z = -2,040$ ;  $p = 0,041$ ), mientras que el resto de las subescalas no evidenciaron cambios significativos.

Aunque la reducción en el afrontamiento evitativo no alcanzó la significación estadística, el tamaño del efecto observado fue moderado, lo que sugiere que la intervención podría tener un impacto relevante en la disminución de esta estrategia de afrontamiento.

El grupo control no presentó diferencias en ninguna de las subescalas.

Por último, la Tabla 3 recoge los resultados correspondientes a la salud mental positiva antes y después de la intervención grupal del Programa Mentis Plus PEP – Versión Breve, tanto en el grupo control como en el grupo de intervención.

Escala	Variable	Control				Intervención			
		Mediana (DE)		U (p-valor)	Tamaño del efecto	Mediana (DE)		U (p-valor)	Tamaño del efecto
		Pre	Post			Pre	Post		
SMP	Satisfacción personal	14.14 (5.85)	13.62 (6.21)	-.629 (.529)	0.194	17.76 (6.24)	16.90 (5.66)	-.678 (.498)	0.209
	Actitud prosocial	7.62 (2.09)	7.76 (2.23)	-.785 (.432)	0.133	10.14 (2.92)	10.05 (2.94)	-.287 (.774)	0.225
	Autocontrol	10.57 (3.85)	10.10 (4.01)	-.731 (.465)	0.226	12.76 (3.99)	11.62 (3.57)	-1.582 (.114)	0.473
	Autonomía	10.14 (3.60)	9.71 (3.49)	-.761 (.446)	0.138	11.62 (3.84)	11.57 (3.19)	-.115 (.909)	0.279
	Resolución de problemas y autoactualización	15.95 (5.88)	17.00 (5.58)	-1.230 (.219)	0.380	17.76 (4.99)	18.19 (5.04)	-.600 (.548)	0.188
	Habilidades de relación interpersonal	13.62 (4.70)	13.76 (4.39)	-.221 (.825)	0.068	16.48 (3.74)	15.38 (3.97)	-1.562 (.118)	0.482
	SMP Total	72.05 (22.75)	71.95 (22.56)	-.181 (.856)	0.056	86.52 (20.46)	83.71 (19.44)	-.921 (.357)	0.284

En cuanto al cuestionario de Salud Mental Positiva (SMP), ni en el grupo de intervención ni en el grupo control se observaron cambios estadísticamente significativos en ninguno de los seis factores de la SMP ni en la puntuación total del cuestionario. Respecto a los cuestionarios de satisfacción, administrados únicamente al grupo experimental al finalizar la intervención, los resultados mostraron un alto grado de satisfacción general con el programa Mentis Plus PEP – Versión Breve. Todos los ítems obtuvieron puntuaciones medias superiores a 4, excepto un ítem de carácter inverso. La Tabla 4 presenta las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los ítems.

Ítem	Descripción	Mediana
1	Comprendo la información facilitada	4.6
2	Facilidad del lenguaje utilizado	4.5
3	En conjunto, estoy satisfecho/a con la intervención	4.7
4	La intervención es una parte importante de mi tratamiento	4.3
5	Me hubiera gustado más pasar el tiempo haciendo alguna otra cosa (ítem inverso)	2.0
6	La intervención ha sido divertida	4.1
7	Utilidad percibida de los contenidos para la vida cotidiana	4.5
8	Claridad de los objetivos y la base de la intervención	4.4
9	Recomendaría la intervención grupal de SMP a otras personas	5.0
10	Es beneficioso que la intervención se aplique en grupo	4.6

Tal como puede observarse, las puntuaciones medias más elevadas correspondieron a los ítems «Recomendaría la intervención grupal de Salud Mental Positiva a otras personas» (ítem 9: media = 5,0), «En conjunto, estoy satisfecho/a con la intervención»

(ítem 3: media = 4,7), «Comprendo la información facilitada» (ítem 1: media = 4,6) y «Es beneficioso que la intervención se aplique en grupo» (ítem 10: media = 4,6).

Asimismo, obtuvieron valoraciones muy positivas aspectos como la facilidad del lenguaje empleado (ítem 2: media = 4,5), la utilidad percibida de los contenidos para la vida cotidiana (ítem 7: media = 4,5) y la claridad de los objetivos y de la base de la intervención (ítem 8: media = 4,4).

En cuanto a la experiencia subjetiva, la mayoría de los y las participantes percibieron la intervención como una actividad positiva y útil, aunque menos divertida en comparación con otros aspectos evaluados. El ítem 6 («La intervención ha sido divertida») obtuvo una media de 4,1, ligeramente inferior al resto. Aun así, fue considerada una parte importante del tratamiento (ítem 4: media = 4,3).

Finalmente, el único ítem con una puntuación media inferior a 3 fue el ítem inverso «Me hubiera gustado más pasar el tiempo haciendo otra cosa» (ítem 5: media = 2,0), lo que refuerza la percepción positiva del tiempo dedicado a la intervención.

En conjunto, estos datos apuntan a una elevada aceptabilidad y a una valoración muy positiva por parte de las personas participantes, si bien la experiencia no siempre se vivió como especialmente divertida, sino más bien como útil, clara y significativa dentro de su proceso terapéutico.

El objetivo fue evaluar la efectividad del Programa Mentis Plus – Versión Breve en formato grupal en la mejora de las estrategias de afrontamiento y la reducción del autoestigma en personas con un primer episodio psicótico.

Los resultados de esta investigación aportan evidencia valiosa sobre la efectividad del Programa Mentis Plus PEP – Versión Breve, basado en el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva (MMSMP) de Lluch (1999) y en el programa Mentis Plus original desarrollado para población adulta (Teixeira et al., 2021), aplicado a personas con un PEP. Aunque no se observaron cambios estadísticamente significativos en la puntuación global ni en ninguno de los factores específicos de la Salud Mental Positiva (SMP), sí se constataron mejoras relevantes en las dos variables principales estudiadas: la reducción del autoestigma y la mejora de una estrategia de afrontamiento clave, como es la búsqueda de apoyo social. Estos hallazgos permiten realizar una lectura positiva de la intervención y abren nuevas líneas de reflexión metodológica y clínica.

Es importante destacar que el aumento de la SMP no constituía el objetivo principal de la intervención, sino que esta se orientaba a reducir el autoestigma y mejorar las estrategias de afrontamiento a partir de un marco conceptual basado en la SMP. En este

sentido, el Programa Mentis Plus PEP – Versión Breve se ha mostrado útil para alcanzar dichos objetivos, a pesar de que las puntuaciones globales de SMP no hayan experimentado un incremento estadísticamente significativo.

Este resultado invita a considerar la posibilidad de que la SMP actúe como mediadora o facilitadora de procesos de cambio, más que como un resultado directo observable a corto plazo. Es decir, el trabajo progresivo de los seis factores de la SMP podría contribuir a generar un entorno emocional y cognitivo favorable para la transformación personal, sin que ello se traduzca inmediatamente en puntuaciones más elevadas en las escalas cuantitativas.

Asimismo, es relevante señalar que, a lo largo de la intervención, las personas participantes pueden haber desarrollado una comprensión más matizada y realista del concepto de SMP, lo que podría haber influido en la manera de responder al cuestionario en la fase postintervención. Esta mayor conciencia y autoexigencia frente a los ítems de la escala podría haber atenuado el incremento percibido, ya que una respuesta más crítica o reflexiva puede generar estabilidad en las puntuaciones pese a haberse producido una evolución significativa en la vivencia interna.

En relación con las estrategias de afrontamiento, dos de los resultados más destacables de esta investigación son la mejora en la búsqueda de apoyo social, con un aumento estadísticamente significativo, y la reducción del afrontamiento evitativo, que, aunque no alcanzó la significación estadística, presentó un tamaño del efecto moderado y clínicamente relevante (Cohen, 1988). Esta mejora es coherente con los contenidos del Programa Mentis Plus, que incluyen módulos específicos sobre relaciones interpersonales, asertividad y actitud prosocial, así como con el formato grupal de la intervención, que puede haber favorecido el incremento del apoyo social percibido.

Este hallazgo resulta especialmente relevante en el contexto de las personas con un PEP, ya que las dificultades sociales y el aislamiento constituyen factores críticos en el curso de la enfermedad y en el desarrollo del autoestigma. La reducción de la estrategia de afrontamiento evitativo podría reflejar, además, un impacto indirecto derivado de la disminución del autoestigma: una menor interiorización de estereotipos y una imagen más positiva de uno mismo pueden favorecer una actitud menos evitativa y más comprometida con el entorno.

Asimismo, el formato grupal de la intervención, centrado en la validación y el apoyo mutuo, puede haber contribuido a reducir el retraimiento y a promover una mayor apertura social. En este sentido, la combinación de una reducción significativa del

autoestigma y de una mejora indirecta en el afrontamiento evitativo refuerza el valor clínico de la intervención, más allá de los criterios estrictamente estadísticos.

El otro hallazgo altamente relevante es la reducción significativa del autoestigma en el grupo de intervención, tanto en la puntuación total de la ISMI como en las subescalas de alienación y resistencia al estigma. Este resultado confirma que trabajar desde un enfoque centrado en las fortalezas, el autoconocimiento y la reconstrucción de la identidad puede tener un impacto directo en la forma en que la persona se percibe a sí misma y en su capacidad para resistir los estereotipos sociales. La disminución de la alienación, en particular, sugiere una mayor integración de la experiencia psicótica dentro de la narrativa personal, aspecto esencial para avanzar en el proceso de recuperación.

Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que han relacionado la mejora de la autoestima, el empoderamiento y las habilidades sociales con una menor interiorización del estigma, e indican que la SMP puede actuar como un marco teórico útil para guiar intervenciones efectivas, aunque no muestre cambios significativos a corto plazo. En este sentido, la valoración positiva recogida en los cuestionarios de satisfacción respalda la relevancia clínica del Programa Mentis Plus PEP – Versión Breve más allá de los indicadores cuantitativos.

## **Conclusiones**

El Programa Mentis Plus – Versión Breve en formato grupal reduce significativamente el autoestigma (ISMI total, alienación y resistencia) y mejora la búsqueda de apoyo social como estrategia de afrontamiento en personas con un primer episodio psicótico mejorando, de esta forma, la calidad de vida de estas personas.

### **¿Se ha usado Inteligencia Artificial?, ¿cuál y con qué objetivo?**

Sí, chat GPT para ayudarme a traducirlo del catalán al castellano revisando la ortografía y gramática.

## **Bibliografía**

1. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. Lancet [Internet]. 2006 Feb 11 [cited 2023 Feb 14];367(9509):528–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16473129/>
2. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Das stigma psychischer erkrankung: Konzepte, formen und folgen. Psychiatr Prax [Internet]. 2005 Jul [cited 2023 Feb

12];32(5):221–32. Available from: <http://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-2004-834566>

3. Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*. 2005 Sep 1;11(3):179–90.

4. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002 Spring;9(1):35–53.

5. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010 Dec 1;71(12):2150–61.

6. Self-stigma in psychiatric patients--standardization of the ISMI scale - PubMed [Internet]. [cited 2023 Feb 14]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25617887/>

7. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salahi J, Struening EL, et al. Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2001 [cited 2023 Feb 14];52(12):1627–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11726754/>

8. McGinty J, Upthegrove R. Depressive symptoms during first episode psychosis and functional outcome: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2020 Apr 1;218:14–27.

9. Gerlinger G, Hauser M, de Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*. 2013 Jun;12(2):155–64.

10. Yanos PT, DeLuca JS, Roe D, Lysaker PH. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: A review of the evidence. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2023 Feb 14];288. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32361335/>

11. Yilmaz E, Okanli A. The Effect of Internalized Stigma on the Adherence to Treatment in Patients With Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2023 Feb 16];29(5):297–301. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26397432/>

12. Karidi M v., Vassilopoulou D, Savvidou E, Vitoratou S, Maillis A, Rabavilas A, et al. Bipolar disorder and self-stigma: A comparison with schizophrenia. *J Affect Disord* [Internet]. 2015 Jun 25 [cited 2023 Feb 16];184:209–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26112330/>

13. Lien YJ, Kao YC, Liu YP, Chang HA, Tzeng NS, Lu CW, et al. Internalized stigma and stigma resistance among patients with mental illness in Han Chinese population. *Psychiatr Q* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2023 Feb 16];86(2):181–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25150055/>
14. Mashiach-Eizenberg M, Hasson-Ohayon I, Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: the mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Res* [Internet]. 2013 Jun 30 [cited 2023 Feb 16];208(1):15–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23570969/>
15. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010 Dec 1;71(12):2150–61.
16. Oexle N, Müller M, Kawohl W, Xu Z, Viering S, Wyss C, et al. Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2023 Feb 16];268(2):209–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28188369/>
17. Tsang HW hong, Fung KM tak, Chung RC keung. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* [Internet]. 2010 Nov 30 [cited 2023 Feb 16];180(1):10–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20493552/>
18. Riera-López de Aguilera I, Vila-Badia R, Usall J, Butjosa A, Ochoa S. Coping strategies in first-episode psychosis: A systematic review. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2023 Feb 16];14(3):252–62. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eip.12847>
19. Berry K, Barrowclough C, Byrne J, Purandare N. Coping strategies and social support in old age psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2006 Apr [cited 2023 Feb 16];41(4):280–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16570128/>
20. Holubova M, Prasko J, Hruby R, Latalova K, Kamaradova D, Marackova M, et al. Coping strategies and self-stigma in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2016 Jun 24 [cited 2023 Feb 16];10:1151–8. Available from: <https://www.dovepress.com/coping-strategies-and-self-stigma-in-patients-with-schizophrenia-spect-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>

21. Lluch Canut, M.T. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa) [Internet]. 1999 Mar 31 [cited 2023 Mar 1];1–308. Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/2366>
22. Organización Mundial de la Salud. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. La salud mental de los refugiados. 1997 [cited 2023 Feb 16]; Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/404327>
23. Psicología preventiva: Avances recientes en técnicas y programas de prevención PDF - Descargar, Leer - PDF Free Download [Internet]. [cited 2023 Feb 16]. Available from: <https://docplayer.es/191798862-Psicologia-preventiva-avances-recientes-en-tecnicas-y-programas-de-prevencion-pdf-descargar-leer.html>
24. Belloch A, Sandín B, Ramos Volumen F. Edición revisada.
25. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. Current concepts of positive mental health [Internet]. 1958 Dec 13 [cited 2023 Feb 28]; Available from: <https://doi.org/10.1037/11258-000>
26. García Fernández-Abascal E, Jiménez MP, Martín MD. Procesos de motivación. Motivación en el aula. Emoción y motivación La adaptación humana Vol II. 2007;875–88.
27. Liu J, Abdin E, Vaingankar JA, Lim MSM, Verma S, Tang C, et al. Positive mental health framework of transdiagnostic protective factors in elucidating the association between adverse childhood experiences and severe mental disorders. Aust N Z J Psychiatry [Internet]. 2022 Oct 1 [cited 2023 Feb 16];56(10):1332. Available from: </pmc/articles/PMC9513503/>
28. Sambasivam R, Vaingankar JA, Chong SA, Abdin E, Jeyagurunathan A, Seow LSE, et al. Positive mental health in outpatients: comparison within diagnostic groups. BMC Psychiatry [Internet]. 2016 Nov 18 [cited 2023 Feb 16];16(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27863524/>
29. Seow LSE, Vaingankar JA, Abdin E, Sambasivam R, Jeyagurunathan A, Pang S, et al. Positive mental health in outpatients with affective disorders: Associations with life satisfaction and general functioning. J Affect Disord [Internet]. 2016 Jan 15 [cited 2023 Feb 16];190:499–507. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26561940/>
30. Swanston HY, Nunn KP, Oates RK, Tebbutt JS, O’Toole BI. Hoping and coping in young people who have been sexually abused. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet].

1999 [cited 2023 Feb 16];8(2):134–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10435462/>

31. Jeyagurunathan A, Vaingankar JA, Abdin E, Sambasivam R, Seow E, Pang S, et al. Gender differences in positive mental health among individuals with schizophrenia. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2023 Feb 16];74:88–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28113098/>

32. Bengochea-Seco R, Arrieta-Rodríguez M, Fernández-Modamio M, Santacoloma-Cabero I, Gómez de Tojeiro-Roce J, García-Polavieja B, et al. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2023 Feb 16];11(4):244–54. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-adaptacion-al-espanol-escala-internalized-S1888989116000367>

33. (PDF) Adaptación española de la Escala Multiaxial de Afrontamiento Estratégico (SACS) de Hobfoll [Internet]. [cited 2023 Feb 16]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/272416828\\_Adaptacion\\_espanola\\_de\\_la\\_Escala\\_Multiaxial\\_de\\_Afrontamiento\\_Estrategico\\_SACS\\_de\\_Hobfoll](https://www.researchgate.net/publication/272416828_Adaptacion_espanola_de_la_Escala_Multiaxial_de_Afrontamiento_Estrategico_SACS_de_Hobfoll)

34. Lluch, M. T. (2003). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología Conductual: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 11(1), 61–78.

35. Teixeira S, Sequeira C y Lluch Canut, T. Programa de promoción de la salud mental positiva para adultos: Manual de apoyo. [cited 2023 Mar 1]; Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/2>

36. Rolduà-Ros, J., Moreno-Poyato, A. R., Coelho, J. C. F., Nogueira, C., Sequeira, C. A. C., Teixeira, S., Usall, J., & Lluch-Canut, M. T. (2025). Exploring an intervention to enhance positive mental health in people with first-episode psychosis: A qualitative study from the perspective of mental health professionals. *Healthcare*, 13(15), 1834. <https://doi.org/10.3390/healthcare13151834>