

¿Es posible modificar el estigma hacia la salud mental en adolescentes? Efectividad de un programa de salud en institutos

Is it possible to change the stigma towards mental health in adolescents? Effectiveness of a health program in institutes

Autores: Ana Palacio Pedro¹, Celeste Peñalva Lapedriza¹

¹ Enfermera especialista en Salud Mental en Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

e-mail: apalaciopedro@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Los trastornos mentales afectan a la salud mental del individuo, son muy frecuentes y causan una alta discapacidad, a menudo están relacionados con los términos estigma, estereotipo o prejuicio. Las personas con una enfermedad mental tienen que enfrentarse diariamente al estigma asociado a su patología.

El presente estudio pone de relevancia para la enfermería la importante labor que pueden llegar a desempeñar las enfermeras especialistas en salud mental al fomentar la educación en salud mental desde la adolescencia.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la educación sanitaria grupal en la población adolescente de 3º de ESO y 2º de Bachillerato del colegio Salesianos y el instituto IES Llombai de Burriana, en la modificación de conductas estigmatizantes hacia la salud mental.

Metodología: Un estudio cuasi experimental, sin grupo control, donde el diseño que se ha utilizado es pretest-postest, en el que se ha medido el nivel de estigma a través de la escala CAMI (Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental).

Resultados: Existen diferencias entre las cuatro subescalas de la escala CAMI tras la intervención, sobre todo en autoritarismo y benevolencia.

Se han observado diferencias entre las distintas variables siendo la más significativa el sexo. De forma menos representativa también encontramos diferencias en la edad. No se observa una diferenciación clara entre colegio público y privado.

Conclusión: La educación para la salud, especialmente en población adolescente, pueden influir de manera positiva en las actitudes frente al estigma de la salud mental. Se debe seguir estudiando e invirtiendo más tiempo y recursos en futuras investigaciones.

Palabras clave (DeCS): "Estigma Social", "Adolescente", "Salud Mental", "Educación para la Salud", "Trastornos Mentales".

ABSTRACT

Introduction: Mental disorders affect the mental health of the individual, are very frequent and cause high disability, they are often related to the terms stigma, stereotype or prejudice. People with a mental illness have to face the stigma associated with their pathology daily.

This study highlights for nursing the important work that mental health nurses can carry out by promoting mental health education from adolescence.

Objective: To evaluate the effectiveness of group health education in the adolescent popula-



tion of the 3rd year of ESO and the 2nd year of Baccalaureate of the Salesianos school and the IES Llombai institute in Burriana, in modifying stigmatizing behaviors towards mental health.

Methodology: A quasi-experimental study, without a control group, where the design that was used is pretest-posttest, in which the level of stigma was measured through the CAMI scale (Questionnaire of community attitudes towards people with Mental illness).

Results: There are differences between the four subscales of the CAMI scale after the intervention, especially in authoritarianism and benevolence. Differences between the different variables have been observed, the most significant being sex. In a less representative way, we also found differences in age. There is no clear distinction between public and private schools.

Conclusion: Health education, especially in the adolescent population, can positively influence attitudes towards the stigma of mental health. More time and resources should be studied and invested in future research.

Keywords (DeCS): "Social Stigma", "Adolescent", "Mental Health", "Health Education", "Mental Disorders".

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad¹.

Los trastornos mentales afectan a la salud mental del individuo, son muy frecuentes y causan una alta discapacidad. En distintos estudios de países occidentales una de cada cuatro personas cumple criterios de diagnóstico de trastorno mental en el último año y alrededor de un 40% llegan a presentarlo en algún momento de su vida². Aproximadamente el 70-75% de estos problemas en el adulto comienzan a manifestarse durante la adolescencia^{3,4}.

Desde el punto de vista preventivo, se ha puesto de manifiesto que existe una necesidad urgente de intervenir a edades tempranas con el fin de promover la salud mental positiva y el bienestar⁵.

El Plan de Acción sobre Salud Mental (2013-2020) promovido por la OMS, pretende poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental y fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones⁶.

Según la Real Academia Española (RAE) se define estigma como "desdoro, afrenta, mala fama"⁷. El término estigma, como estereotipo, prejuicio o discriminación está altamente relacionados con la salud mental⁸. Las personas con una enfermedad mental tienen que enfrentarse diariamente al estigma asociado a sus patologías.

El estigma percibido es una barrera sociocultural para el acceso a servicios de salud mental y deja a las personas que reúnen criterios de trastorno mental sin la posibilidad de disfrutar de atención integral e integrada⁸. Estas actitudes negativas hacen que los enfermos mentales tengan una menor autoestima, así como sentimientos de vergüenza y culpa. Todo esto puede llevar a un aislamiento social que hace que los pacientes no estén incluidos como deberían en la comunidad⁹. Las diferentes actitudes estigmatizantes interactúan con otros determinantes, entre ellos la "Mental Health Literacy" (MHL)¹⁰.

La MHL, traducida al español como "alfabetización en salud mental" se define como "el conocimiento y las creencias acerca de los trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo y prevención". Se sabe que la población general tiene bajos niveles de MHL, al igual que la población adolescente. Esto se traduce en una dificultad para identificar las diferentes enfermedades mentales, así como sus factores de riesgo y factores protectores. Por todo ello, la MHL es un determinante de gran importancia para la salud mental^{3,5}.

Según la evidencia, la MHL pretende gestionar la reducción del estigma contra las enfermedades mentales a nivel individual, comunitario e institucional, promoviendo de este modo, la identificación temprana de los trastornos mentales, la mejora de los resultados de salud mental y el aumento del uso de los servicios de salud^{3,10}.

La adolescencia es un periodo crítico para el inicio de la enfermedad mental. Si ésta no se reconoce y no se trata puede acarrear diferentes problemas sociales, personales y comunitarios. En muchos casos el miedo al estigma y la discrimi-

nación a los enfermos mentales funcionan como barrera para la búsqueda de ayuda profesional. Estos problemas hacen visible la necesidad de una intervención integral, basada en la promoción y prevención, para poder atender las necesidades de salud mental en los más jóvenes¹¹. La educación en salud mental en edades tempranas es importante para la reducción del estigma, así como, para que disminuya la vergüenza de las personas con enfermedad mental y aumente la búsqueda de ayuda¹².

Existe muy poca investigación sobre intervenciones capaces de disminuir el estigma en estudiantes de secundaria. Por tanto, nos encontramos ante una necesidad urgente de implementar intervenciones que demuestren impactos positivos sobre la MHL, específicamente en el aumento de conocimientos y la reducción de los estereotipos asociados a los problemas de salud mental⁵. Por ello, se necesitan nuevas investigaciones que evalúen la efectividad de la integración de la MHL en los colegios¹².

2. OBJETIVO

Evaluar la efectividad de la educación sanitaria grupal, impartida por enfermeras residentes especialistas en salud mental, en la población adolescente de 3º de ESO y 2º de Bachillerato del colegio Salesianos y el instituto IES Llombai de Burriana, en la modificación de conductas estigmatizantes hacia la salud mental.

3. METODOLOGÍA

Tipo de Diseño

Se trata de un estudio cuasi experimental, sin grupo control, donde el diseño que se ha utilizado es pretest-postest.

Población

Nuestra intervención se ha llevado a cabo en el colegio Salesianos San Juan Bautista de ámbito privado y en el instituto IES Llombai de ámbito público, ambos colegios situados en la localidad de Burriana (Castellón). La población diana han sido aquellos estudiantes de 3º ESO y 2º Bachillerato que aceptaron participar en el estudio.

Antes de realizar la intervención tanto los padres/madres o tutores legales de cada alumno como cada alumno firmaron un consentimiento informado, aceptando o rechazando su par-

ticipación, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de 10 Diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y, se garantizó así la confidencialidad de sus datos.

Método y periodo de recogida de datos

En Octubre de 2019 se realizaron los cuestionarios previos a la intervención, que consistieron en la realización por parte de todos los estudiantes de la escala CAMI.

Esta escala de Taylor y Dear (1981) se trata de una escala autocumplimentada compuesta por 40 ítems, valorada con escala likert de 5 puntos, que va desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. La escala consta de 4 variables a las que asociamos su alfa de Cronbach: autoritarismo (α : 0.88), benevolencia (α : 0.76), restricción social (α : 0.80) e ideología comunitaria (α : 0.88). Cada variable contiene 10 afirmaciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental grave^{13,14}.

Junto a la escala se entregó un cuestionario inicial para poder medir diferentes variables sociodemográficas (Curso, edad, sexo y tipo de colegio).

Tanto el cuestionario como las variables estaban clasificados según el número de lista propio de clase y fueron los tutores de cada curso los encargados de repartir y recoger los documentos en el orden correspondiente. De esta forma la captación de la muestra fue anónima para las investigadoras.

En Enero de 2020 se realizó el postest, siguiendo las mismas directrices que se llevaron a cabo en el test previo. El postest sólo lo pudieron cumplimentar aquellos estudiantes que realizaron el pretest y que acudieron a la charla.

Intervención^{15,16}

La intervención fue impartida en Octubre de 2019 por dos enfermeras internas residentes en Salud Mental. Se realizó una semana después de la recogida de datos. La duración de la misma fue de una hora.

Para estandarizar los contenidos se redactó un guion el cual se dividió en tres partes:

1. Introducción a la enfermedad mental y al concepto de estigma.



2. Educación sobre trastornos psiquiátricos, mitos y creencias.

3. Tratamiento de las enfermedades mentales y los recursos comunitarios disponibles.

Recogida y gestión de los datos

En la estadística descriptiva los datos cualitativos obtenidos de las variables sociodemográficas han sido representados en porcentajes y para los datos cuantitativos obtenidos de las variables de resultado ha sido utilizada la media aritmética y la mediana como tendencia central y, la desviación típica como medida de dispersión.

En el análisis estadístico inferencial se ha utilizado el programa informático IBM SPSS versión 25.0 para Windows y el nivel de significación estadística establecido ha sido de 5% ($p < 0.05$). Para analizar si las variables de resultado dependen de la intervención se ha utilizado el test no paramétrico de Wilcoxon.

También se ha analizado si el nivel de estigma tiene relación con cada una de las diferentes variables sociodemográficas, para ello, se ha utilizado el test no paramétrico U de Mann-Whitney.

4. RESULTADOS

Diagrama de flujo

En la Figura 1 se puede observar que la muestra inicial era de 323 alumnos. Tras aplicar todos los criterios de exclusión la muestra final fue de 254 alumnos con un total de 69 pérdidas.

Análisis descriptivo

a) Variables Sociodemográficas:

La muestra obtenida fue mayor en el colegio público (58,1%, $n=168$) que en el privado (41,9% $n=121$), así como, también es mayor en 3º de ESO (59,1% $n=172$) que en 2º de BAT (40,5% $n=117$).

La distribución por sexo es casi la misma. La muestra total fue compuesta por 146 hombres (50,5%) y 142 mujeres (49,5%).

b) Variables de Resultados:

En la Tabla 1 se puede ver la media, mediana y desviación de cada una de las cuatro subescalas tanto antes como después de realizar la intervención.

Se puede observar que el p-valor de las subescalas autoritarismo (PRE – POST) y benevolencia

(PRE – POST) es <0.05 , por lo que se puede aceptar la hipótesis con un 95% de confianza de que la intervención ha sido efectiva para poder modificar estas dos subescalas relativas al estigma de la enfermedad mental.

Sin embargo, en las subescalas de restricción y de ideología, aunque existen cambios, el p-valor es $>0,05$, por lo que no son estadísticamente significativos y podrían no deberse a la intervención.

Contraste de hipótesis

En las Tabla 2, Tabla 3 y Tabla 4 se puede ver un análisis descriptivo de cada una de las 4 subescalas antes y después de la intervención teniendo en cuenta las distintas variables sociodemográficas.

En la Tabla 2 se observa que la subescala autoritarismo post intervención tiene un p-valor $<0,05$ (0,005) por lo que se puede aceptar con un 95% de confianza la hipótesis de que sí hay diferencia estadísticamente significativa en el valor medio de esta subescala entre los dos cursos.

Si observamos la tabla 3 de la variable colegio, se aprecia que la subescala ideología post intervención tiene un p-valor $<0,05$ (0,042) por lo que se puede aceptar la hipótesis de que sí hay diferencia estadísticamente significativa en el valor medio de esta subescala entre los dos colegios.

Al fijarnos en la Tabla 4, correspondiente al sexo vemos que todas las subescalas tienen un p-valor $<0,05$ por lo que se puede aceptar la hipótesis de que hay diferencia estadísticamente significativa en el nivel de estigma entre hombres y mujeres.

Al comparar el rango medio de las dos muestras relacionadas (PRE – POST) se observa que el p-valor de la subescala autoritarismo en ambos cursos, en ambos colegios y en ambos sexos es $<0,05$, por lo que se puede aceptar la hipótesis de que la subescala autoritarismo se modifica en toda la muestra al realizar la intervención educativa. En el caso de 2º de BAT, el colegio privado y los hombres también se aprecia en la subescala benevolencia un p – valor $<0,05$.

7. DISCUSIÓN

Nuestro estudio es uno de los primeros proyectos implementados en escuelas de la Comunidad Valenciana. La comparación de resultados se ha

llevado a cabo con estudios anteriores realizados tanto a nivel nacional como internacional teniendo en cuenta las posibles limitaciones que esto pueda suponer.

Según el estudio de Sally et al.¹⁵, un taller de 1h redujo el estigma hacia la enfermedad mental en un grupo de estudiantes de secundaria, con efectos que se mantuvieron durante 1 mes, siendo estos autores los primeros en evaluar el estigma mediante una intervención corta. Nuestro estudio se mide a los 3 meses de realizar la intervención, por lo que se presupone que los conocimientos adquiridos son más duraderos.

Encontramos que la mayoría de las intervenciones efectivas recogidas hasta el momento han variado en su duración, desde intervenciones compuestas por dos sesiones de 90 minutos cada una sobre el estigma y la MHL⁵. Hasta la implementación de un plan de estudios de salud mental sobre conocimiento y estigma, impartido por maestros, en el cual se invirtieron 6 horas de tiempo de clase¹¹ o incluso intervenciones en las que las escuelas participaron durante dos años académicos¹⁷.

Por otro lado, diferentes investigaciones afirman que el género tiene influencia en las actitudes hacia la enfermedad mental. Los resultados obtenidos señalan que las mujeres son más empáticas que los hombres hacia estas enfermedades, haciendo referencia a una mentalidad más abierta por parte de ellas y a una participación activa para la integración de las personas con enfermedad mental en la comunidad^{5,18,19,20,21}.

En el estudio de Robert et al.¹¹, se demostró el impacto que tiene la MHL en salud mental sobre el estigma, proporcionando a través de un proyecto educativo, una solución para abordar las actitudes negativas hacia las enfermedades mentales. El análisis de este estudio reveló, de manera similar a nuestra investigación, que la edad influye de forma significativa en el nivel de estigma. En este caso se obtuvieron mejoras más sólidas en la MHL y el estigma para los estudiantes de ámbito universitario. Estos datos muestran que la educación es una manera de disminuir el estigma, por lo tanto como cabe esperar conforme mayor es la edad, mayor el nivel de educación, mayor es la MHL y menor es el estigma^{17,22}.

Cabía esperar que en nuestro estudio se encontrasen diferencias entre los alumnos pertene-

cientes al colegio público y privado ya que, existen estudios previos que sugieren una disminución de la restricción social a medida que aumenta el nivel de ingresos familiar²³. Así pues, es posible que nuestra muestra al pertenecer a la misma localidad comparta, en su conjunto, características similares y por tanto, que no se encuentren diferencias significativas en el nivel de estigma.

Se han revisado estudios donde no hubo modificaciones en el nivel de estigma, sin embargo, sí promovieron un aumento en las intenciones de búsqueda de ayuda para la depresión entre los adolescentes¹⁶. Sería interesante poder medir esta variable en trabajos futuros para poder ver si hay una mejora en las habilidades de búsqueda de ayuda.

8. CONCLUSIÓN

Nuestros datos se suman a la evidencia existente de que la educación para la salud, especialmente en población adolescente, pueden influir de manera positiva en las actitudes frente al estigma de la salud mental.

Estos datos avalan que la eficacia de la educación y las estrategias dirigidas hacia esta población es un campo muy amplio que todavía debe ser estudiado y en el que se necesita invertir más tiempo y recursos en futuras investigaciones.

Los resultados deberían contribuir a una mayor investigación en la promoción de la salud mental, el aumento de la MHL y la mejora de las habilidades de búsqueda de ayuda en los adolescentes.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS: Organización Mundial de la Salud [internet]. 2019. Organización Mundial de la Salud [Consultado 3 Abril 2019] Disponible en: <https://www.who.int/es>
2. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Alonso GEJ, et al. ORIGINALES Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados : resultados del estudio ESEMeD-España. 2006;126(12):445-51.
3. Wei Y, Mcgrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge , attitudes and help-seeking : a scoping review. BMC Psychiatry [Internet]. 2015; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
4. Arana IG, Lapidó AM, Pérez EAR, Liria AF. Enfermedad psiquiátrica Keywords: Rev la Educ Super [Internet]. 2015;11(85):5055-63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2015.08.001>



5. Campos L, Dias P, Duarte A, Veiga E, Dias C, Palha F. Is it possible to "Find Space for Mental Health" in young people? Effectiveness of a school-based mental health literacy promotion program. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1426.
6. Appia A, Organizaci L. Plan de Acción sobre la Salud Mental 2019-2020.
7. RAE: Real Academia Española [Internet]. 2018. Diccionario de la Lengua Española (22aed.). [Consultado 2 Abril 2019] Disponible en: <https://dle.rae.es/>
8. Celina H, Campo-arias A, Celina H. Estigma : barrera de acceso a servicios en salud. 2014;
9. Seo M, Kim HL. Effectiveness of an Education Program to Reduce Negative Attitudes Toward Persons. 2010;4(2):90-101. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1976-1317\(10\)60009-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1976-1317(10)60009-6)
10. Schnyder N, Michel C, Panczak R, Ochsenbein S, Schimmelmann BG, Schultze-lutter F. The interplay of etiological knowledge and mental illness stigma on healthcare utilisation in the community : A structural equation model. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2018;51:48-56. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.027>
11. Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S, Wei Y, Ferrill N, et al. Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma Among High School Students: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2016;55(5):383-391.e1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.02.018>
12. Mental Health Stigma Prevention : Pilot Testing a Novel , Language Arts Curriculum-Based Approach for Youth. 2016;86(10):709-16.
13. Ochoa S, Martínez-zambrano F, Vila-badia R, Arenas O, Casas-anguera E, García-morales E, et al. Spanish validation of the social stigma scale : Community Attitudes towards Mental Illness . *Rev Psiquiatr y salud Ment* (English Ed [Internet]. 2016;9(3):150-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsmen.2015.02.002>
14. Solar C, Sociales DC. Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena *. 2016;(2):153-62.
15. Ke S, Lai J, Sun T, Yang MMH, Ching J, Wang C, et al. Healthy Young Minds : The Effects of a 1-hour Classroom Workshop on Mental Illness Stigma in High School Students. 2014;
16. Howard KA, Griffiths KM, Mcketin R, Ma J, Howard KA, Griffiths KM, et al. Can a brief biologically-based psycho-educational intervention reduce stigma and increase help-seeking intentions for depression in young people ? A randomised controlled trial. 2018;0583(May).
17. Casañas R, Arfuch VM, Castellví P, Gil JJ, Torres M, Pujol A, et al. «Españollove.net»- A school-based intervention programme to promote mental health and eradicate stigma in the adolescent population: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2018;18(1):103-5.
18. Ewaldskvist BÉA, Gberg TÖRNHÖ, N KIMLÜTZÉ. Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. 2013;(7):360-8.
19. Mclean CP, Anderson ER. Clinical Psychology Review Brave men and timid women ? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2009;29(6):496-505. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>
20. Yoshioka K, Reavley NJ, Mackinnon AJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders : Results from a survey of Japanese high school students. *Psychiatry Res* [Internet]. 2014;215(1):229-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.034>
21. María A, Herrero M, Sánchez F, López M. Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. 2014;6:17-26.
22. Sari SP, Yulastuti E. International Journal of Nursing Sciences Investigation of attitudes toward mental illness among nursing students in Indonesia. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2018;5(4):414-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.09.005>
23. Bedaso A, Yeneabat T, Yohannis Z, Bedasso K. Community Attitude and Associated Factors towards People with Mental Illness among Residents of Worabe Town , Silte Zone, Southern Nation ' s Nationalities and People ' s. 2016;1-12.

Tabla 1

	Media	Desviación	Mediana	Pvalor
<u>Autoritarismo</u>				
PRE	25,49	4,375	26	
POST	24,14	4,323	24,5	,000
<u>Benevolencia</u>				
PRE	38,83	4,757	39	
POST	39,26	4,600	40	,034
<u>Restricción</u>				
PRE	19,76	4,404	20	
POST	19,43	4,798	19	,494
<u>Ideología</u>				
PRE	38,63	4,772	38	
POST	38,66	5,264	39	,964

Tabla 2

	3 ESO				2 BAT				Pvalor
	Media	Desv	N	Pvalor	Media	Desv	N	Pvalor	
AUTORITARISMO PRE	25,95	4,176	154	,014	24,86	4,579	112	,000	,193
AUTORITARISMO POST	24,88	4,341	138		23,16	4,117	104		,005
BENEVOLENCIA PRE	38,65	4,841	159	,357	39,09	4,643	111	,023	,366
BENEVOLENCIA POST	38,75	4,541	139		39,95	4,610	104		,140
RESTRICCIÓN PRE	19,50	4,496	155	,590	20,13	4,267	113	,085	,253
RESTRICCIÓN POST	19,43	5,011	142		19,42	4,521	106		,639
IDEOLOGÍA PRE	39,00	4,929	151	,468	38,13	4,523	111	,453	,165
IDEOLOGÍA POST	38,83	5,191	138		38,44	5,374	105		,445