



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

COMO PROMOVER EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CUIDADORAS DE UN/A ENFERMO/A MENTAL GRAVE: EL PAPEL DE LA RESILIENCIA.

HOW TO PROMOTE THE WELL-BEING OF CAREGIVERS OF A SERIOUSLY MENTALLY ILL: THE ROLE OF RESILIENCE.

Alumna

Silvia Pérez Gil

Directora

Carmen Picazo

Grado en Psicología

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel

Curso 2021-2022

ÍNDICE

1. Introducción.....	3
2. Marco teórico.....	6
3. Objetivos.....	11
4. Beneficiarios y localización.....	11
5. Metodología.....	12
a. Participantes.....	12
b. Instrumentos.....	12
c. Procedimientos.....	13
d. Diseño de las sesiones.....	14
6. Recursos.....	19
a. Materiales.....	19
b. Humanos.....	19
c. Presupuesto.....	19
7. Evaluación.....	20
8. Resultados esperados.....	21
9. Conclusiones.....	21
10. Bibliografía.....	22
11. Anexos.....	24

1. Introducción

Cuando hablamos de salud mental, se alude a un estado o condición del individuo, a un campo conceptual y práctico dentro de la salud pública, a una serie de patologías psiquiátricas y problemas psicosociales, incluso a un conjunto de iniciativas sanitarias, sociales y políticas (Miranda Hiriart, 2018).

Hasta hace algunas décadas, la alusión y hablar de haber recibido tratamiento psiquiátrico implicaba una prueba incuestionable de trastorno mental, debilidad de carácter o de fracaso personal (Navarro Gómez y Triguero Ramos, 2019).

El estigma ligado a la enfermedad mental y a la discriminación, representa un obstáculo significativo para desarrollo de los programas de salud mental (Navarro y Triguero, 2019).

Actualmente el estigma hacia la enfermedad mental es una prioridad dentro de la salud pública mundial, razón por la cual se justifica y se requiere de una inversión contundente tanto por parte de las autoridades como de la comunidad en conjunto (Tapia, Castro, Poblete y Soza, 2015).

Estos últimos años, debido a efectos de la pandemia global de la COVID-19, se está poniendo cada vez más el foco en la salud mental. Así y a modo de ejemplo, el Gobierno federal de México ha implementado una estrategia de salud mental con una perspectiva integral, es decir, que atienda a las personas durante la contingencia, pero que también dé seguimiento y esté preparada para afrontar los problemas que surgirán a causa de la pandemia (Gordon, 2020).

A nivel mundial, aunque aún hay muchos retos que superar para que los servicios estén al alcance de todos, la salud mental está siendo reconocida como eje esencial para el bienestar de la población (Gordon, 2020).

A pesar del avance logrado sobre el valor y la conciencia pública en el tema de la salud mental, en muchos casos aún persiste el estigma (Rodríguez, De La Torre y Miranda, 2002).

El ritmo de vida actual está lleno de estresores que, aunque moderados, permanecen durante largos periodos de tiempo (Cueto Escobedo, 2020), es decir, son latentes.

Aunque no existe una explicación contrastada para la aparición de los trastornos mentales, una teoría muy aceptada es la que se basa en el Modelo de vulnerabilidad de Zubin y Spring (1977). Este modelo defiende que la vulnerabilidad de una persona se define como la predisposición a desarrollar una enfermedad mental cuando las situaciones vitales producen un grado de estrés que supera el umbral de tolerancia de tal persona (Balaguer, 2015).

En definitiva, por más predispuesta que esté una persona para desarrollar una enfermedad, no tiene porqué desarrollar el trastorno a lo largo de su vida si no se da el estrés necesario para desencadenarla (Balaguer, 2015).

El término de trastorno mental grave hace referencia a una condición clínica de alta prevalencia y cronicidad, e incluye un conjunto de diferentes entidades nosológicas que se presentan en una persona de forma continua o episódica-recurrente por más de 2 años y que cumplen unos determinados criterios diagnósticos de gravedad clínica y de evolución crónica (Lemos, Henao-Pérez & López-Medina, 2018).

Al igual que ocurre con otras enfermedades, las personas con trastorno mental grave pueden requerir de la supervisión de un cuidador/a. (Pérez & Marqués, 2018).

Normalmente, este cuidado es asumido de forma principal por un familiar próximo que generalmente es mujer y madre del afectado/a (Piñeiro, Rodríguez, Albite, Freire y del Mar Ferradás, 2017) y, desde los servicios de salud mental, no existe un

plan de acción integral, es decir, que cuide de la persona enferma con un trastorno mental grave y la persona que la cuida, o cuidadores por lo general familiares.

El cuidado de estas personas es una tarea compleja y con la intención de proporcionarle la mejor atención posible, se produce, en muchas ocasiones, por parte del cuidador principal, un abandono de su propia salud (Piñeiro et al., 2017).

En esta situación, las familias, que deben responsabilizarse del cuidado y ayuda del enfermo, se enfrentan a múltiples situaciones que implican una sobrecarga para sus miembros, los cuales se ven frecuentemente afectados por sentimientos de malestar y sufrimiento (Padilla, Posada y Medina, 2018).

Todo ello se produce, además, en numerosas ocasiones, en un contexto de falta de información y/o preparación del cuidador para afrontar dichas situaciones (Piñeiro et al., 2017).

El síndrome del cuidador quemado o sobrecarga del cuidador es una situación de salud que en ocasiones no es tomada en consideración, sin embargo, la importancia deriva a causa del impacto que ocasiona en el bienestar físico, emocional y social del cuidador y, el posterior daño en su calidad de vida (Tigrero, 2021).

Las familias solicitan una atención más directa y personalizada a todos los miembros de la familia. Es decir, quieren saber más, estar mejor preparados y estar más acompañados en todo el proceso. Sin embargo, resaltan el papel de los centros de rehabilitación psicosocial como un recurso central en sus vidas y en su calidad de vida (Acero, Cano-Prous y Canga, 2016).

Las investigaciones han mostrado que los programas en los cuales solo se da información, pero no se realiza un entrenamiento en habilidades, no se da una guía sobre el manejo de la enfermedad, ni se ofrece un soporte a la familia no tienen efectos

sobre los reingresos hospitalarios. Todo esto indica que la familia requiere no sólo información, sino preparación (Acero, Cano-Prous y Canga, 2016).

En la actualidad, la mayoría de las intervenciones en las que participa la familia del paciente con trastorno mental grave tienen como principal objetivo la rehabilitación y la prevención de las recaídas del paciente y están menos centradas en favorecer la salud o en promover la participación de los demás miembros de la familia, lo cual podría indicar una falta de conciencia del impacto que sufren los familiares que conviven con el paciente (Padilla, Posada y Medina, 2018).

Por ello, este trabajo fin de grado (en adelante TFG) tiene como finalidad principal realizar un plan de formación, un taller formativo dirigido a los familiares o cuidadores principales (que conviven) y secundarios no profesionales de personas enfermas con trastorno mental grave para dotar de conocimientos, habilidades y promover una actitud que facilite su día a día con la persona enferma y promueva el bienestar y neutralice los efectos adversos como la aparición del síndrome de la persona cuidadora quemada. En suma, se pretende mejorar la competencia emocional de las personas cuidadoras para facilitar, por un lado, la aceptación de sus seres queridos con trastorno mental grave y, por otro, afrontar la situación de convivencia con resiliencia.

2. Marco teórico

La enfermedad mental es asumida como una adversidad no sólo por la persona que es diagnosticada, sino también por los familiares y, en particular, por el familiar quien inicia su desempeño en el rol de cuidador. En el contexto de la recuperación de la persona con trastorno mental, se considera fundamental el apoyo que la familia genera hacia la persona enferma (Castaño-Mora y Canaval-Erazo, 2015).

Se ha identificado que la condición mental o física del familiar cuidador influye sobre la persona diagnosticada, esto es decisivo en la salud y la calidad de vida del binomio persona con trastorno mental-cuidador (Castaño-Mora y Canaval-Eraza, 2015).

Por su parte, el cuidador es el miembro de una familia o grupo social que asume la responsabilidad de cuidar al familiar enfermo. Es quien representa una solución ante la necesidad de atender a la persona enferma, sin que se haya llegado, en muchos casos, a un acuerdo explícito entre los miembros de la familia (Castaño-Mora y Canaval-Eraza, 2015).

En el estudio de Castaño-Mora y Canaval-Eraza (2015) se encontró que 76% de los cuidadores primarios pertenecían al género femenino; los familiares con primer lazo de consanguinidad son el 55% del total de cuidadores primarios. Más de la mitad de los cuidadores, 51%, son personas mayores de 50 años de edad.

Dado el alto nivel de estigma social de la persona con trastorno mental y el creciente proceso de envejecimiento poblacional, los cuidadores terminan asumiendo dicho rol en etapas tardías del ciclo vital, sin contar con relevo familiar y generacional que permita dinamizar el proceso, así como también adolecen de acompañamiento formal de parte de las entidades responsables de los procesos de asistencia en salud, quienes los vinculan en procesos de cuidado sin cualificarlos para el desarrollo de las actividades como cuidador, lo cual reproduce un sistema de segregación en el que no sólo se estigmatiza a la persona con trastorno mental sino también al cuidador primario (Castaño-Mora y Canaval-Eraza, 2015).

Pinto (2010) indica que la calidad de vida de los cuidadores decrece en la medida en la que no existe un cuidador familiar secundario dispuesto a dar apoyo en la intervención.

Por lo tanto, la persona cuidadora juega un rol fundamental en la vida diaria de un paciente con trastorno mental y, en sus derivadas complicaciones que puedan sobrevenir, ya que brinda ánimo, apoyo, auxilia, administra medicamentos y colabora con las tareas domésticas, entre otras, es decir, asiste a personas con incapacidad, discapacidad o

minusvalía. Sin embargo, esta tarea produce carga emocional que repercute en la salud física y mental (Arredondo, 2020; González et al., 2017; Cipra, 2022).

Un cuidador experimenta desgaste o sobrecarga emocional, por ser el único que brinda cuidados al paciente y el encargado de su tratamiento. En consecuencia, sufre agotamiento mental, ansiedad y problemas físicos, producto de la acumulación de estresores, lo cual desencadena en insatisfacción y actitudes negativas hacia la persona que cuida (González, 2019; Cipra, 2022).

Asimismo, en el aspecto social se resalta la importancia de visibilizar el rol del cuidador informal y la importancia de conocer los mecanismos de afrontamiento positivos que tiene la población de estudio y generar estrategias de intervención que fomenten o refuercen esta capacidad en su cotidiano rol de ser cuidador (Cipra, 2022).

Es muy importante fortalecer estrategias que mejoren el tránsito del cuidador por dicha vivencia (Castaño-Mora y Canaval-Erazo, 2015). Fernández y Crespol (2011), encontraron que cuidadores más resilientes efectúan una valoración más benigna de los estresores asociados a la asistencia; experimentando la sensación de que su vida tiene sentido.

Desde el enfoque de la psicopatología evolutiva, una persona resiliente evidencia: inteligencia, temperamento fácil, control sobre lo que ocurre, alta autoestima y autoeficacia, búsqueda de apoyo social, humor y optimismo vital, afrontamiento adecuado de los problemas, correcta gestión de la autonomía personal como tener iniciativas, tomar decisiones y tener un proyecto de vida, lo que requiere, a su vez, una planificación efectiva, capacidad de entusiasmo, motivación e interés por las cosas (Castaño-Mora y Canaval-Erazo, 2015).

La calidad de vida del cuidador primario se altera ostensiblemente ante la experiencia de enfermedad de su familiar, en contraste, es posible que la vivencia del

enfermo pueda afectarse positivamente, si cuenta con un cuidador con características resilientes, dicho cuidador, transmite e impregna su entorno de optimismo, sensación de dominio y control personal, desarrollo de rasgos positivos y en general, redimensiona la experiencia (Castaño-Mora y Canaval-Eraza, 2015).

Laura Polk (1997), en su teoría sobre la resiliencia refiere que entender el mecanismo de la misma, favorece la implementación de intervenciones soportadas en actividades de promoción y fomento del bienestar, dado que la adversidad no debe abordarse desde una teoría de compensación, protección o desafío (Castaño-Mora y Canaval-Eraza, 2015).

La resiliencia es reportada como un factor protector para la vida personal y social, así como también la vinculación con procesos educativos en salud, dirigidos al cuidador, hecho que redundará no sólo en el bienestar de esta persona sino también en la mejora del sujeto de cuidado (Castaño-Mora y Canaval-Eraza, 2015).

No obstante, no todas las personas pueden desarrollarla, sobre todo cuando se vive bajo situaciones estresantes que involucran el cuidado de una persona con trastorno mental, quienes requieren de cuidados continuos para preservar su vida (Duque, 2020; Cipra, 2022).

Según Oliva (2018), es una característica de la personalidad de adaptarse, y tener equilibrio ante un efecto negativo de estrés y promueve un adecuado ajuste en la persona. Es un factor protector ante algunas situaciones estresantes, provocadas por factores psicosociales que causan desequilibrio emocional (Izquierdo, 2021; Cipra, 2022).

En definitiva, se trata de un proceso dinámico de adaptación positiva que tiene un individuo para adaptarse en contextos de adversidad, la cual incluye la percepción de la adversidad que atenta contra el desarrollo humano, adaptación a la adversidad y superación (Llano, 2021; Cipra, 2022).

Cipra en su investigación del año 2022 hace referencia a las 5 dimensiones que Wagnild y Young (1987) hace más de 4 décadas propusieron:

a) Ecuanimidad: perspectiva balanceada de las experiencias y la propia vida de una persona; connota la habilidad de considerar un amplio campo de experiencias, y no juzgar cada evento acontecido; por ende, se moderan las respuestas extremas ante la adversidad.

b) Perseverancia: acto de persistencia a pesar de la adversidad o desaliento; la perseverancia connota un fuerte deseo de continuar luchando para construir la vida de uno mismo, permanecer involucrado y de practicar la autodisciplina.

c) Confianza en sí mismo: creencia que tiene un individuo en sus propias capacidades; considerada como la habilidad de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones.

d) Satisfacción personal: está referida al comprender que la vida tiene un significado y evaluar las propias contribuciones.

e) Sentirse bien solo: comprensión de que la senda de vida de cada persona es única, mientras que se comparten algunas experiencias; quedan otras que deben enfrentarse solo, el sentirse bien solo nos da un sentido de libertad y un significado de ser únicos (Cipra, 2022).

Finalmente, y atendiendo a lo mencionado anteriormente, encontramos que en el estudio de Crespo y Fernández-Lansac (2015) los cuidadores con alta resiliencia obtuvieron mayores puntuaciones en satisfacción con el apoyo social recibido, autoeficacia para controlar los pensamientos negativos, autoestima, autocuidado y extraversión. Asimismo, los cuidadores altamente resilientes tendieron a manifestar una menor preocupación por los problemas del enfermo, y presentaron menores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa.

Atendiendo a lo anterior mente dicho, en el siguiente apartado se recoge el objetivo general y específicos del TFG.

3. Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es la elaboración de un prototipo de formación para promover y aumentar la resiliencia en cuidadores no profesionales de personas con enfermedad mental.

Por otro lado, los objetivos específicos se derivan de la formación, es decir del objetivo general: la mejora de la resiliencia atendiendo a sus dimensiones. En el estudio de Cipra (2022), Wagnild y Young (1987) hablan de las 5 dimensiones que componen la resiliencia, las cuales son ecuanimidad, perseverancia, confianza en ti mismo, satisfacción personal y sentirse bien solo. Por lo tanto, como objetivo específico es importante mejorar cada una de ellas para aumentar la resiliencia.

4. Beneficiarios y localización.

La intervención se llevaría a cabo con cuidadores no profesionales de enfermos con Trastorno Mental Grave. Estos mismos serían los beneficiarios del programa de intervención planteado, ya que les ayudaría a tener una mejor relación con la patología del afectado y evitar la sintomatología ansiosa o depresiva que traería consigo el posible abandono de su propia salud. De esta manera se beneficiarían de que, a través de aumentar la resiliencia, tengan una mejor adaptación ante situaciones amenazantes o estresantes en relación a la patología del afectado, que en la mayoría de casos suelen ser familiares.

La localización de este programa se realizaría en el Hospital Ita Prisma Zaragoza Cerezo, situado en San Juan de Mozarrifar (Zaragoza). Este se trata de un centro privado de hospitalización, hospital de día y consultas externas que pertenece al grupo Ita Salud Mental. Este hospital dota del soporte técnico y material necesario para la realización de la intervención. Así mismo, la intervención se realizaría con cuidadores no profesionales (familiares en la mayoría de casos) de personas con Trastorno Mental Grave del propio hospital, ya sea hospitalizados, en hospital de día o que acudan solo a consultas externas.

5. Metodología

a) Participantes

En esta intervención participarían un total de 20 personas (hombres y mujeres), de edades comprendidas entre 25 y 65 años que son personas cuidadoras no profesionales y/o familiares de personas enfermas mentales del Hospital Ita Prisma, divididos en dos grupos:

- Grupo experimental: 10 participantes de edades comprendidas entre 25 y 65 años que sean objeto de recibir el programa de intervención descrito.
- Grupo control: 10 participantes de edades comprendidas entre 25 y 65 años que tengan las mismas características que el grupo experimental pero que no participarán en el programa de intervención y por lo tanto servirían como base para ver si en comparación con el otro grupo, los que sí han recibido las sesiones han llegado a cumplir los objetivos propuestos aumentando su resiliencia.

Dada la naturaleza de este programa y conforme a la literatura anterior a esta propuesta de intervención, se considera que sería interesante que participaran al menos 12 personas, de las cuales formen un grupo heterogéneo, para que puedan aprender unos de otros de los distintos roles, ya que, a lo largo de la vida, todas las personas pasamos por roles distintos.

b) Instrumentos

El criterio de selección de los participantes se haría mediante una entrevista en la que se cumplimentará una encuesta previa referida a las motivaciones e inquietudes de los familiares a la hora de realizar el curso. La formación es voluntaria y se pretende adaptar a las necesidades, motivaciones y expectativas de las personas que cuentan una alta implicación y predisposición. Es una acción voluntaria y serviría a modo de proceso de selección de la muestra y a ajustar el contenido y la dinámica de las sesiones formativas.

La encuesta previa sería de elaboración propia y constaría de un total de 10 preguntas (ver anexo 1). Además, también se utilizaría como instrumento la Escala de Resiliencia actual de Wagnild y Young (1993) para conocer el nivel previo en las diferentes personas como punto de partida (pre-test) para valorar y evaluar el impacto de mejora en las diferentes dimensiones que componen la resiliencia de todos los participantes tras la formación (post-test).

En el ámbito de investigación, es necesario tener instrumentos de medición que permitan la adecuada recopilación de datos (Gómez, 2019).

La presente Escala (ver anexo 2), evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia, y satisfacción (Gómez, 2019). La escala consta de 25 ítems, respecto de los cuales los encuestados deben indicar el grado de aprobación o desaprobación. Está conformada por dos factores, cada uno de los cuales refleja la definición teórica de resiliencia (Gómez, 2019).

Por último, en las tres últimas sesiones de la intervención, se procedería a poner en práctica el modelo de evaluación de acciones formativas de Donald Kirkpatrick (1959), dividido en cuatro niveles; reacción, aprendizaje, comportamiento y resultados (ver anexo 3).

Para enriquecer más el impacto del programa, en el nivel de aprendizaje, así como en el nivel de resultados final de este modelo de evaluación, se utiliza la Escala de Resiliencia actual de Wagnild y Young (1993). De esta manera se podría medir las mejoras de los participantes en cada una de las dimensiones de la resiliencia que se trabajarían en esta intervención. (post-test).

c) Procedimiento

El procedimiento se compone de 3 fases:

La primera fase de la intervención consistiría en la selección de los participantes. Se realizaría mediante una entrevista y cumplimentación de la encuesta en torno a la necesidades y expectativas de cuidadores no profesionales y/o familiares a la hora de realizar el curso. La cumplimentación de la encuesta previa se realizaría en el Hospital Ita Prisma la semana previa a la intervención, en el día de la semana y horas establecidas para visitar a los pacientes. Para asegurarnos de que la gran mayoría de los participantes pudiesen acudir, les explicaríamos que la intervención se llevaría a cabo en ese mismo horario, es decir, en el día y horario de la semana que está establecido en el hospital para visitar a los pacientes, pudiendo (como excepción) acudir un rato antes para visitarlos antes de la intervención.

Una vez seleccionados los perfiles, encontramos que las edades están comprendidas entre los 25 y los 65 años, siendo un total de 20 personas. A continuación, se seleccionaría al azar a la mitad para establecer al grupo control y al grupo experimental. El siguiente paso sería a llamar a los participantes seleccionados para el grupo experimental y citarles el primer día de la intervención, que sería la semana siguiente a la llamada.

El grupo control recibiría una llamada para explicarles que recibirían un correo electrónico para cumplimentar la Escala de Resiliencia actual de Wagnild & Young (1993), y que, un mes más tarde, recibirían el mismo cuestionario para volverlo a completar.

La segunda fase consistiría en la actividad formativa. El primer día de la intervención, les explicaríamos a los participantes el motivo de realización de la intervención, en que va a consistir, como se va a desarrollar y en qué se pretende que sientan mejora tras la formación. En segundo lugar, se procedería a pasar la Escala de Resiliencia actual de Wagnild y Young (1993) (pre-test) para que una vez desarrollada la intervención se pueda ver el impacto de mejora en los participantes (post-test).

La tercera fase consiste en la evaluación de la acción formativa, que se realizará de acuerdo al modelo de Donald Kirkpatrick (1959). Éste consiste en un modelo de evaluación de acciones formativas que está dividido en cuatro niveles: reacción, aprendizaje, comportamiento y resultados. Como he comentado en el apartado de instrumentos, en el nivel de aprendizaje y en el nivel de resultados final de este modelo de evaluación, se utiliza la Escala de Resiliencia actual de Wagnild y Young (1993) para así, poder medir las mejoras de los participantes en cada una de las dimensiones de la resiliencia que se trabajarían en esta intervención. (post-test).

d) Sesiones

Tabla 1. Cronograma de las sesiones

Sesiones	Objetivos	Contenidos
1º sesión (27/11/2022)	Presentación y desarrollo conceptual de la resiliencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del psicólogo/a. - Descripción del programa. - 1ª cumplimentación Escala de Resiliencia - Presentación de los participantes. <ul style="list-style-type: none"> - Actividad. (Anexo IV) - Explicación resiliencia. <ul style="list-style-type: none"> - Actividad resiliencia. (Anexo V) - Conclusiones: recopilación de lo aprendido.
2º sesión (4/12/2022)	Ecuanimidad y perseverancia.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación 5 dimensiones de la resiliencia. - Explicación de las dimensiones “ecuanimidad” y “perseverancia”. <ul style="list-style-type: none"> - Actividad ecuanimidad. (Anexo VI) - Actividad perseverancia. (Anexo VII) - Conclusiones: recopilación de lo aprendido en el “cuaderno resiliente”.
3º sesión (11/12/2022)	Confianza en sí mismo y satisfacción personal.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de las dimensiones “confianza en sí mismo” y de “satisfacción personal” <ul style="list-style-type: none"> - Actividad confianza en sí mismo. (Anexo VIII) - Actividad satisfacción personal. (Anexo IX) - Conclusiones: recopilación de lo aprendido en el “cuaderno resiliente”.
4º sesión (18/12/2022)	Sentirse bien solo.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de la dimensión “sentirse bien solo”. <ul style="list-style-type: none"> - Actividad sentirse bien solo. (Anexo X) - Tareas - Conclusiones: recopilación de lo aprendido en el “cuaderno resiliente”.

5º sesión (25/12/2022)	Autoevaluación y despedida.	<ul style="list-style-type: none"> - Resumen del programa. - Conclusiones finales. - Puesta en común tareas. - 2ª cumplimentación de la Escala de Resiliencia.
6º Sesión (22/01/2023)	Comportamiento posterior a la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> - Tercer nivel modelo de evaluación de Kirkpatrick
7º sesión (19/02/2013)	Resultados de la actividad formativa	<ul style="list-style-type: none"> - Cuarto nivel modelo de evaluación Kirkpatrick - 3ª cumplimentación de la Escala actual de Resiliencia.

Sesión 1. Presentación y desarrollo de la resiliencia.

En esta sesión, se describirán los objetivos del programa que se pretenden cumplir, el motivo de realización de la intervención y como se va a desarrollar.

En segundo lugar, se procederá a pasar la Escala de Resiliencia actual de Wagnild y Young (1993) (pre-test) para que una vez desarrollada la intervención se pueda ver el impacto de mejora en los participantes.

A continuación, se desarrollaría una actividad en la que todos los participantes se presentan y conocen. (Explicada detalladamente en el Anexo IV).

Posteriormente se llevará a cabo una explicación sobre la resiliencia, y se procedería a realizar la primera actividad formativa de la intervención, explicada también detalladamente en el anexo V.

Por último, todos ponen (al finalizar todas las sesiones de la intervención) una recopilación de lo aprendido en su “cuaderno resiliente”.

Sesión 2. Ecuanimidad y perseverancia.

La segunda sesión comenzará con un breve resumen de lo comentado la anterior sesión y a continuación, una exposición donde se explicarían las dimensiones que componen la resiliencia y en qué consisten. Esta sesión irá dedicada a las dos primeras dimensiones: Ecuanimidad y perseverancia.

En primer lugar, se realizará una actividad dedicada a la ecuanimidad, explicada detalladamente en el anexo VI. Posteriormente, otra actividad dedicada a la perseverancia (ver anexo VII).

Por último, la recopilación de lo aprendido en el “cuaderno resiliente”.

Sesión 3. Confianza en sí mismo y satisfacción personal.

La tercera sesión irá dedicada a las dos siguientes dimensiones de la resiliencia: confianza en sí mismo y satisfacción personal.

Al igual que en la sesión anterior, primero se realizará una presentación donde se explica en qué consisten y posteriormente, una actividad para cada una de ellas, explicadas en los anexos VIII y IX sucesivamente.

Por último, la recopilación de lo aprendido en el “cuaderno resiliente”, como en las sesiones anteriores.

Sesión 4. Sentirse bien solo.

La cuarta y penúltima sesión de esta actividad formativa consistirá en desarrollar la última dimensión de la resiliencia: Sentirse bien solo.

Después de una presentación donde se explica en qué consiste, se procedería a desarrollar una actividad dedicada a esta dimensión, detallada en el anexo X.

Después, recopilarán lo aprendido de esta actividad.

Además, después de terminar esta actividad y concluir lo que es la actividad formativa en cada una de las dimensiones de la resiliencia, se les invita a que echen la vista atrás al primer día de la intervención en la que apuntaron todos en un cuaderno una situación en la que creen que no fueron resilientes y desarrollen en casa en su cuaderno resiliente a modo de “tarea” cómo sobrellevarían esa situación si les volviese a ocurrir de nuevo. Además, se les propone también escribir una reflexión final de todo lo que han aprendido en este curso y si les ha ayudado de cara a situaciones futuras.

El objetivo de esta actividad es una autoevaluación en la que todos los participantes ponen en práctica de manera consciente si han aprendido en esta intervención como ser una persona resiliente.

Sesión 5. Autoevaluación y despedida.

Llegada la última sesión de esta actividad formativa, primeramente, se procedería a hacer un resumen de todos los aspectos trabajados, además de un debate en el que los participantes sacan sus conclusiones acerca de lo aprendido.

En segundo lugar, cada uno de los participantes expondrá lo que se les mandó la sesión anterior, es decir, su situación no resiliente del pasado y la manera en la que la abordarían en la actualidad. Por último, leen la reflexión personal de lo aprendido.

El objetivo de esta actividad es una autoevaluación de como esta actividad formativa les ha ayudado a mejorar y sentirse de alguna forma más preparado para gestionar de manera resiliente futuras situaciones.

Una vez concluida la actividad se dará paso poner en práctica el nivel de reacción del Modelo de evaluación de actividades formativas de Kirkpatrick (1959), en el que se les pregunta sobre la satisfacción que tienen al haber recibido este curso.

Después se continuará con el nivel de aprendizaje de este modelo de evaluación en el que volvemos a utilizar la Escala de Resiliencia actual Wagnild y Young (1993) para determinar el grado en que los participantes han asimilado lo que se les impartió para poder medir las mejoras en resiliencia.

Sesión 6. Comportamiento posterior a la intervención.

Según el modelo de actividades formativas de Kirkpatrick (1959) se deben esperar entre tres y cinco semanas para realizar una valoración adecuada. Por este motivo, los participantes serán citados cuatro semanas después de la sesión anterior para desarrollar el tercer nivel (comportamiento) del modelo de evaluación. Se procederá a preguntarles a los participantes si

están aplicando en práctica lo que aprendieron en la intervención, cuáles son los elementos que usan más y por qué hay algunos elementos del curso que no se usan en absoluto. Así, se podrá, por tanto, decidir si el programa debe ser rediseñado para lograr mejores resultados, o si se deben introducir cambios en el entorno laboral, o si se deben modificar los requisitos de acceso a la actividad formativa.

Sesión 7. Resultados de la actividad formativa.

Para esta actividad se citará a los participantes cuatro semanas después de la anterior sesión. Se cumplimentaría por tercera y última vez la Escala de Resiliencia actual de Wagnild y Young (1993) para concluir así con el cuarto nivel de evaluación de actividades formativas de Kirkpatrick (1959) y ver los resultados finales en resiliencia después de la formación.

6. Recursos

a) Recursos materiales

En cuanto a instalaciones y mobiliario contamos con la sala de visitas del Hospital Ita Prisma, mesas, sillas y pizarra. El material informático que necesitamos es un proyector, pantalla para proyectar, impresora, ordenador. Y por último el resto del material, que es un cuaderno personal de cada participante (“cuaderno resiliente”) y bolígrafos.

b) Recursos humanos

Los recursos humanos se componen por los participantes seleccionados para la intervención, (10 grupo experimental y 10 personas grupo control, 20 en total.) y el psicólogo/a que realiza la formación dentro del programa de intervención.

c) Presupuesto

A continuación, se observan en las siguientes tablas los presupuestos que conllevarían este programa de intervención.

En primer lugar, centrándonos en recursos materiales, podemos observar en el anexo XI los gastos de las instalaciones y mobiliario, siendo este un total de 1379,9 €. En el anexo

XII engloba el material informático, con un coste total de 1711,49 €. Por otro lado, en el anexo XIII se encuentra el resto de material que se necesita para las actividades de las sesiones, el cual cumple la suma de 46,3 €. Por último, el coste total de la intervención sería de 3137,69 €.

7. Evaluación

De acuerdo con las fases del modelo Kirkpatrick (1959), la primera fase del modelo, es la correspondiente a la reacción y se evaluará en la 5ª sesión a través de una escala de satisfacción con la formación. La segunda fase del modelo (aprendizaje) se enmarca dentro de la actividad formativa y se realiza la Escala de resiliencia actual de Wagnild y Young (1993) para observar el grado en el que los participantes asimilaron lo impartido en la formación.

La tercera fase se desarrollará cuatro semanas después de la última sesión y consistiría en una serie de preguntas de confirmación a los participantes para comprobar si están aplicando en práctica lo que aprendieron en la intervención, cuáles son los elementos que usan más y por qué hay algunos elementos del curso que no se usan en absoluto. De esta forma se podrá comprobar si el programa debe ser rediseñado o es eficaz para lograr mejores resultados.

La última fase del modelo (resultados) será evaluada gracias al diseño pre-post, en el que, cumplimentando por tercera y última vez la Escala de Resiliencia actual de Wagnild y Young (1993) se espera apreciar una mejora en las dimensiones de la resiliencia en el grupo experimental, (las personas cuidadoras que realicen la actividad formativa), que en el grupo control. De ser así, es decir, de encontrar mejoras, el proyecto sería eficaz y cumpliría con los objetivos propuestos.

8. Resultados esperados

Los resultados que se esperan en este programa es promover y aumentar la resiliencia de las personas cuidadoras directas de personas con trastorno mental grave, esto redundará en el beneficio de los familiares en general de manera directa e indirecta.

Así, se espera que se conviertan en personas más resilientes de acuerdo a las 5 dimensiones en las que se centra la formación planteada: ecuanimidad, perseverancia, confianza en sí mismo, satisfacción personal y sentirse bien solo/a.

9. Conclusiones

La principal conclusión que se podrá desprender del programa de formación una vez que se implemente es la mejora y el bienestar de las personas con trastorno mental grave y de las personas cuidadoras directas. Para ello es condición alcanzar los objetivos marcados. Por otra parte, se visibiliza el papel de la persona cuidadora y, a la vez se le da un apoyo, así como herramientas para bienestar físico y psicológico.

En consecuencia, se mejorará el equilibrio y bienestar, por un lado, de las personas cuidadores y, por otro de las personas con trastorno mental grave lo que se traducirá en menos recaídas y creando un espacio de seguridad psicológica de convivencia y de bienestar para todas las personas implicadas directa e indirectamente, es decir, la familia y personas amigas.

10. Bibliografía

- Acero González, Á. R., Cano-Prous, A., & Canga, A. (2016, August). Experiencias de la familia que convive con la enfermedad mental grave: un estudio cualitativo en Navarra. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 39, No. 2, pp. 203-212). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Álvarez, M., y De Montalvo, F. (2015) La familia ante la enfermedad. Pontificia Comillas, 4(1), 8-320.
- Balaguer Andrés, R. (2015). Teoría de la Mente y ansiedad en Trastorno Mental Grave.
- Castaño-Mora, Y., & Canaval-Erazo, G. E. (2015). Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario. *Entramado*, 11(2), 274-283.
- Cipra Soto, M. E. (2022). Resiliencia y sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con trastorno mental del Hospital Víctor Larco Herrera, Lima 2021.
- Crespo, M., & Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(1), 19-27.
- Escobedo, J. C. (2020). Estrés y enfermedad mental: la otra epidemia. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 19(2), 15-20.
- Etienne, C. F. (2018). Salud mental como componente de la salud universal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e140. (segundo párrafo intro)
- Fernández Lansac, V. Crespol, M. Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: Una revisión. En: *Revista Clínica y Salud*. 2011. vol. 22, no. 1, p. 21 - 40.
- Giménez-Salinas Botella, J. M. (2018). *Claves para la mejoría del enfermo en la atención clínica de las personas afectas de un trastorno mental severo* (Doctoral dissertation, Universitat Internacional de Catalunya). (SIN CONSULTAR AÚN)
- Gómez Chacaltana, M. A. (2019). Estandarización de la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young en universitarios de Lima metropolitana.
- Gordon, S. F. (2020). El COVID-19 y la salud mental: ¿cuáles son las consecuencias?. *Psicología Iberoamericana*, 28(1).
- Hiriart, G. M. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95.
- Hurley, D. J., Alvarez, L. E., Ragno, R. L., & Giménez Velo, A. (2017). Acerca de la relación entre resiliencia y salud mental en un dispositivo neuropsiquiátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Jiménez, M. L., & Barchino, R. (2011). Evaluación e implantación de un modelo de evaluación de acciones formativas. *Competitividad*.

- Lemos, M., Henao-Pérez, M., & López-Medina, D. C. (2018). Estrés y salud mental en estudiantes de medicina: Relación con afrontamiento y actividades extracurriculares. *Archivos de medicina*, 14(2), 0-0.
- Navarro Gómez, N., & Triguero Ramos, R. (2019). Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática.
- Padilla, E. M., Posada, D. O., & Medina, P. S. (2018). La adherencia familiar en el trastorno mental grave. *Atención Primaria*, 50(9), 519-526. (Muy interesante)
- Parera García, L. M. (2017). Diseño de una intervención grupal en una unidad de hospitalización de salud mental para reducir el sufrimiento y sobrecarga en los familiares de los pacientes ingresados. (antes de empezar vi esto)
- Pérez, J. J. N., & Marqués, Á. C. (2018). Sobrecarga familiar, apoyo social y salud comunitaria en cuidadores de personas con trastorno mental grave. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52.
- Pinto Afanador, N. Cuidar en el hogar a personas con enfermedad crónica, su familia y cuidador. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2010. 66p.
- Piñeiro, I., Rodríguez, S., Albite, A., Freire, C., & del Mar Ferradás, M. (2017). Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *European Journal of Health Research*, 3(3), 185-196.
- Polk, L.V. Toward a Middle-Range Theory of Resilience. En: *Advances in Nursing Science*. 1997, vol. 21, no. 4.
- Rodríguez, J., De La Torre, A., & Miranda, C. T. (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*, 22(Su2), 337-346.
- Román, M. M., & Wagner Costanzo, K. (2018). *“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad* (Doctoral dissertation).
- Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M., & Soza, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.
- Tigrero Tigrero, D. G. (2021). Síndrome del cuidador quemado en familiares de pacientes que asisten al Centro de Salud Anconcito, Santa Elena 2020.
- Zárate, J., Davila, A., Illanes, M., Gioacchini, C., Sananez, G., Hunziker, C., ... & Denti Castañon, F. (2020). Salud mental y estigma: Análisis sobre la formación profesional en Psicología. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5(6), 153-167.

11. Anexos

Anexo I

COMO PROMOVER EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CUIDADORAS DE UN/A ENFERMO/A MENTAL GRAVE: EL PAPEL DE LA RESILENCIA

CUMPLIMENTE ESTE CUESTIONARIO PREVIO A LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA:

Nombre:

Apellidos:

Teléfono:

1. ¿Considera valioso realizar esta formación? Del 1 al 10, ¿Cuan valioso es para usted?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Del 1 al 10, ¿Cuánto ha echado en falta una actividad formativa como esta?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Del 1 al 10, ¿Alguna vez se vio desbordado por la situación de cuidar de a una persona con un trastorno mental grave?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ¿Es usted un cuidador no profesional de la persona a la que visita en este hospital? Marque SI o NO.

SI NO

5. ¿Es usted un familiar cercano de la persona a la que visita en este hospital? Marque SI o NO.

SI NO

6. Del 1 al 10, ¿Cree que mejoraría en su vida diaria realizar una actividad formativa como esta?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ¿Sabe usted lo que es la resiliencia? Marque SI o NO.

SI NO

8. Si en la respuesta anterior marcó SI, ¿Le gustaría mejorarla? Marque SI o NO.

SI NO

9. Si la respuesta 7 fue NO, ¿Le gustaría aprender lo que es y ponerlo en práctica? Marque SI o NO.

SI NO

10. Por último, ¿Qué es lo que espera de esta formación?

Anexo II: Escala de Resiliencia actual de Wagnild y Young (1993).

Primera Escala de Resiliencia de Wagnild & Young

Grado académico:		Profesión:	
Género: (M) (F)	Edad:	Labora actualmente: Si () No ()	Fecha:
Lugar de Nacimiento:	Lugar actual de procedencia:	Tiempo en el actual domicilio:	
Vive con: Padres () independiente () Familiares () Otro () Especificar: _____		Número de Hermanos: Si () Especificar: _____ No ()	
Nivel socio económico: Alto () Medio alto () Medio () Medio bajo () Bajo ()			

Instrucciones:

Por medio de este cuestionario, se busca conocer su forma y frecuencia de actuar ante determinadas circunstancias, las cuales serán plasmadas en 25 frases.

Se le solicita que conteste a cada una de las siguientes preguntas marcando con un aspa (X) en la casilla que mejor represente su proceder en cada oración, vale resaltar que no existe respuesta buena ni mala, agradeceremos solución de manera sincera y rápida el cuestionario.

Espere las indicaciones para comenzar la evaluación.

Ítem	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Parcialmente en Desacuerdo	Indiferente	Parcialmente De Acuerdo	De Acuerdo	Totalmente De Acuerdo
1. Cuando planeo algo lo realizo							
2. Suelo arreglármelas de una u otra manera.							
3. Soy capaz de hacer las cosas por mi mismo sin depender de los demás.							
4. Para mí es importante mantenerme interesado(a) en algo.							
5. Si debo hacerlo puedo estar solo(a).							
6. Estoy orgulloso(a) de haber podido alcanzar metas en mi vida.							
7. Generalmente me tomo las cosas con calma.							
8. me siento bien conmigo mismo(a).							
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.							
10. Soy decidido(a).							

Ítem	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Parcialmente en Desacuerdo	Indiferente	Parcialmente de Acuerdo	De Acuerdo	Totalmente De Acuerdo
11. Soy amigo(a) de mí mismo.							
12. Rara vez me pregunto sobre la finalidad de las cosas.							
13. Me tomo las cosas una por una.							
14. Puedo superar las dificultades porque anteriormente he experimentado situaciones similares.							
15. Soy autodisciplinado(a).							
16. Por lo general encuentro de que reírme.							
17. La confianza en mí mismo(a) me permite atravesar momentos difíciles.							
18. En una emergencia soy alguien en quien pueden confiar.							
19. Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista.							
20. A veces me obligo a hacer cosas me gusten o no.							
21. Mi vida tiene sentido.							
22. No me aflijo ante situaciones sobre las que no tengo control.							
23. Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida.							
24. Tengo suficiente energía para lo que debo hacer.							
25. Acepto que hay personas a las que no les agrado.							

Anexo III: Modelo de evaluación de actividades formativas de Kirkpatrick (1959).

En el estudio de Jiménez y Barchino (2011), se encontró que el modelo de evaluación de actividades formativas de Kirkpatrick (1959) está dividido en 4 niveles: reacción, aprendizaje, comportamiento y resultados.

- **Reacción:** Nos permite medir la cota de satisfacción de los participantes con respecto a la formación que acaba de recibir; normalmente esta evaluación se suele realizar mediante un cuestionario al acabar el curso. El nivel de reacción sirve para valorar lo positivo y lo negativo de los cursos de formación, con el fin último de mejorar en ediciones futuras. Como es lógico, este nivel de evaluación no es lo suficientemente fiable como para determinar si la acción formativa ha resultado eficaz o no, sino que su utilidad resulta limitada.
- **Aprendizaje:** intenta medir los conocimientos adquiridos por los alumnos a lo largo del curso. Para intentar tener esta medida se podría realizar una prueba de control antes y después de la acción formativa o también otro método para medir el aprendizaje serían las entrevistas con los alumnos del curso. Las evaluaciones de este nivel determinan el grado en que los participantes realmente asimilaron lo que se les impartió.
- **Comportamiento:** Este nivel intenta medir si los alumnos de un curso pueden aplicar en su trabajo los conocimientos adquiridos. Tenemos que tener en cuenta que esto lleva tiempo y por tanto se deberá esperar, entre tres y seis semanas, hasta poder hacer una valoración adecuada. En este tercer nivel de evaluación se pregunta si los participantes están aplicando en su puesto de trabajo lo que aprendieron en el aula, cuáles son los elementos que usan más y por qué hay algunos elementos del curso que no se usan en absoluto. Se podrá, por tanto, decidir si el programa debe ser rediseñado para lograr mejores resultados, o si se

deben introducir cambios en el entorno laboral, o si se deben modificar los requisitos de acceso a la actividad formativa.

- Resultados: En este último nivel se intenta medir si los objetivos planteados en la acción formativa se utilizan en la organización de forma efectiva y eficiente, para ello. Su objetivo es evaluar el beneficio que ha producido la acción formativa. Este impacto es de tipo financiero, fundamentalmente, y está vinculado a los resultados o a la imagen corporativa de una cierta organización.

Anexo IV: Actividad de presentación.

En esta actividad se repartirá un cuarto de folio a cada participante y en él tendrán que escribir su nombre y ponerlo en la mesa. Cada uno de los participantes se presentará con su nombre y la razón que le ha empujado a participar en esta actividad formativa.

El objetivo de esta actividad es romper el hielo entre todos los participantes y generar un ambiente de más confianza entre ellos para desarrollar de manera más óptima la actividad formativa.

Anexo V: Actividad resiliencia.

Esta actividad se iniciará repartiendo a cada participante el que va a denominarse para el resto del programa, “cuaderno resiliente”. Este cuaderno los va a acompañar en todas las sesiones y van a poder plasmar en él todo lo aprendido.

Después, se les va a dar un tiempo aproximado de 30 minutos para que escriban una situación en la que creen que fueron resilientes, y como se sintieron después. Por otro lado, otra situación en la que creen que no fueron resilientes y como se sintieron después. Una vez pasado ese tiempo, cada uno saldría a la pizarra a contar su experiencia.

El objetivo de esta actividad es poner en común experiencias de las que el resto de compañeros pueden enriquecerse y puedan ver las diferentes maneras de actuar de las personas y al mismo tiempo aprender unos de los otros.

Anexo VI: Actividad ecuanimidad.

Después de la explicación correspondiente a las dimensiones de la resiliencia que se van a trabajar en la segunda sesión (ecuanimidad y perseverancia), pasaremos a desarrollar la primera de ellas.

La actividad consistirá en la visualización de un video de dos situaciones iguales, pero en la que el protagonista en una de ellas es ecuaníme y en la otra no.

El video trata una situación ficticia en la que dos estudiantes (estudiante 1 y estudiante 2), acuden a clase como un día cualquiera, y cuando llegan a clase de química, el profesor les va a dar la nota del examen de la semana pasada. Tanto estudiante 1 como el estudiante 2 sacan la misma nota, un 4 sobre 10.

- El estudiante 1 rompe a llorar con la noticia, se llena de emociones negativas. Es tanto el malestar que incluso cuando acaba la clase decide irse a casa y no asistir al resto de asignaturas del día. Llega a casa y les dice a sus padres que no es capaz de aprobar la asignatura y que va a dejar la carrera.
- El estudiante 2, se entristece con la noticia ya que no es agradable recibir un suspenso de una asignatura en la que te has esforzado. El estudiante 2 se queda el resto del día en clase y después cuando llega a casa comienza a organizarse el temario de nuevo de cara a estudiar para la recuperación. Entiende que, aunque se haya esforzado para este examen y el resultado haya sido negativo, no significa que sea incapaz de lograrlo en la siguiente convocatoria.

Lo que se intenta plasmar en esta actividad es que, a pesar de que a estos dos estudiantes les ha ocurrido el mismo suceso negativo, uno se deja llevar por la emoción negativa y el otro no. La diferencia está en como reaccionamos a lo que nos ocurre en la vida. El objetivo de este video es que puedan extrapolarlo a la vida real, es decir, tener la capacidad de emitir un juicio equilibrado y racional de los hechos sin dejar que la tristeza y la negatividad domine su vida.

Esta actividad les hace entender, con ayuda del psicólogo/a, que la ecuanimidad es una cualidad que se puede llegar a poner en práctica y que hay sucesos en la vida que son irreversibles y hay que aceptarlos. Una persona ecuánime se libera de estancarse en la emoción negativa y llegar a una actitud racional y equilibrada sobre el hecho que está sucediendo.

Anexo VII: Actividad perseverancia.

Esta actividad consistirá en trabajar la perseverancia. En primer lugar, se les repartiría un folio con varias situaciones ficticias que todos pueden llegar a experimentar siendo cuidadores no profesionales de enfermo/as mentales graves, en las que la perseverancia, es clave para sobrellevarlas. En cada una de estas situaciones existen tres opciones escritas de como una persona podría gestionar este escenario. De manera voluntaria, los participantes en voz alta exponen cuál creen que es la mejor opción y el por qué.

El objetivo de esta actividad es generar un debate en la que, voluntariamente, vayan poniendo en común su opinión y, con ayuda de la psicóloga, consigan llegar a la conclusión de cuál es la manera más perseverante de sobrellevar una situación.

Anexo VIII: Actividad confianza en sí mismo.

La actividad comenzaría después de la correspondiente explicación de la dimensión.

Se les explica a los participantes que la siguiente actividad es una oportunidad para ir ganando confianza en ellos mismos poco a poco, ya que no es algo que se pueda conseguir en un solo día.

En primer lugar, se les pedirá que escriban en su cuaderno resiliente 5 cosas que no hayan hecho en su vida por falta de confianza en sí mismos o por miedo al fracaso, y posteriormente tienen que intentar sacar las razones que le llevaron a decidir no hacerlo.

Todos los participantes se ponen por parejas, cada uno lee una de las situaciones (la que más razones negativas haya sacado), y su pareja tiene que debatirle esas razones de por qué se tiene que continuar pensando sobre esa acción de forma negativa y desde el miedo, hasta que

se acaben los argumentos, y puedan llegar a la conclusión de que son perfectamente capaces de hacerlo, y que con confianza en uno mismo y venciendo el miedo, se gana mucho más que no intentándolo. Uno de los objetivos de esta actividad también es observar y darse cuenta de que lo que nos da miedo o nos creemos capaces de lograr a unas personas, otras sí se ven capaces de lograrlas con las mismas circunstancias, y lo que a otra persona le da miedo, nosotros nunca nos vimos incapaces de lograrlo en ningún momento.

Después del debate se les anima a realizar una lista de acciones para poner en práctica la confianza en sí mismo. El único requisito es intentar salir de la zona de confort que día a día les mantiene atados. Pueden ser pequeñas acciones del día a día, que poco a poco les ayudarán a sentirse más cómodos con ellos mismos, y, por ende, ganarán confianza en sí mismos.

Anexo IX: Actividad satisfacción personal.

Esta actividad esta muy relacionada con la autoestima, por lo que, al trabajar la satisfacción personal, estarían trabajando ambas cosas.

Lo primero de todo, el psicólogo/a reparte un folio a cada participante. Se les da 30 minutos para que piensen 5 logros personales con los que están satisfechos en su vida personal.

Una vez pasados los 30 minutos, uno por uno se levanta de la silla para nombrar sus ejemplos. Todos los compañeros restantes que le escuchan tienen que asignar una virtud positiva que le describa (por ejemplo: valiente) relacionado con el logro personal.

El objetivo de esta actividad es que se sientan mejor con ellos mismos, aumentar la autoestima y, por ende, la satisfacción personal.

Anexo X: Sentirse bien solo.

Esta actividad va dedicada a la última de las dimensiones de la resiliencia: sentirse bien solo.

Muchas veces no nos damos cuenta de la importancia que tiene esta dimensión, y tendemos a olvidarnos de que nosotros mismos somos con los que vamos a estar el resto de

nuestra vida, a quién sí tenemos que agradar y con los que tenemos que alcanzar el bienestar suficiente como para sentirnos cómodos y disfrutar con nuestra propia compañía, no depender de nadie, ni dejarnos llevar por la opinión externa.

Al principio de este ejercicio se les preguntará a los participantes cuál fue la última vez que hicieron algo agradable solos, ya sea tomar un café al sol en una terraza antes de trabajar, pedir cena a domicilio, ir de compras, etc.

El objetivo es que se den cuenta de que hace más tiempo del que creen que no se dedican tiempo a sí mismos, que muchas veces están tan entregados a los demás que no se acuerdan de ellos mismos.

A todos los participantes de esta intervención les une ser cuidadores no profesionales de un enfermo/a mental grave, y muchos de ellos se ven desbordados ante esta situación, siendo un riesgo abandonar su propia salud por cuidar la de los demás. Por eso, se les pediría que hiciesen en su “cuaderno resiliente” una lista de actividades agradables que les guste hacer para realizarlas en soledad. Al lado de la actividad antes y después de realizarla pondrían su estado de ánimo del 1 al 10 (siendo 1 muy bajo y 10 lo más alto) para observar si su estado de ánimo sube. Por último, al final del día harían una breve reflexión de como creen que se sentirían si no hubiesen hecho esa actividad agradable.

Anexo XI

Instalaciones y mobiliario			
Concepto	Cantidad	Precio unitario en €	Precio total en €
Sillas	10	62	620
Mesas	10	55,99	559,9
Pizarra	1	200	200
	Total en €		1379,9

Anexo XII

Material Informático			
Concepto	Cantidad	Precio unitario en €	Precio total en €
Proyector	1	287,5	287,5

Pantalla para proyectar	1	75,99	75,99
Impresora	1	549	549
Ordenador de mesa	1	799	799
		Total en €	1711,49

Anexo XIII

Resto de material			
Concepto	Cantidad	Precio unitario en €	Precio total en €
Cuaderno resiliente	10	3	30
Rotuladores	10	0,89	8,9
Bolígrafos	10	0,24	2,4
Pack folios 500 hojas	1	5	5
		Total en €	46,3

