



Trabajo Fin de Grado

Propuesta de intervención en pacientes con
Trastorno Mental Grave para reducir la
influencia negativa del estigma interiorizado.

Alumna: Mirian Gimeno Callejas

Director: Luis Miguel Pascual Orts

Grado en Psicología. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.

Universidad de Zaragoza, Campus de Teruel.

2016

INDICE

1. Resumen	3
2. Abstract.....	3
3. Introducción.....	4
4. Marco teórico	5
4.1 TIPOS DE ESTIGMA	6
4.2 MODELOS EXPLICATIVOS DE LA FORMACIÓN DE ESTIGMA INTERNALIZADO	7
4.3 INFLUENCIA DEL AUTO-ESTIGMA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.	10
4.4 INTERVENCIONES PARA LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO.....	12
5. Propuesta de intervención.....	15
5.1 OBJETIVOS	15
5.2 DESTINATARIOS DEL PROGRAMA	15
5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	15
5.4. PROCEDIMIENTO:.....	15
5.5. SEGUIMIENTO	17
5.6. RECURSOS	17
5.7. EVALUACIÓN	17
6. Conclusiones.....	18
7. Referencias	19
8. Anexos.....	23

1. RESUMEN

Las personas con trastorno mental graves, como la esquizofrenia, son pacientes que padecen un gran estigma social, haciendo que lleguen a interiorizar las creencias y actitudes de la sociedad, creando en ellos lo que se denomina estigma interiorizado o auto-estigma. Por ello, los objetivos del presente trabajo serán realizar una valoración de en qué aspectos puede llegar a influir el estigma interiorizado y analizar diferentes intervenciones de reducción de auto-estigma, así como su eficacia. Además de la propuesta de una intervención para reducir el estigma interiorizado en pacientes con trastorno mental grave.

El auto-estigma puede afectar a la autoestima, a la adherencia al tratamiento, también influye negativamente en la adaptación social del paciente, así como en la calidad de vida y por último, y realmente importante influyen en su recuperación para llevar una vida normalizada. Las intervenciones para reducir el estigma interiorizado son programas de Psicoeducación, la Terapia Cognitivo Conductual unida a la Terapia Narrativa, así como la creación de Programas de Ayuda Mutua. Sin embargo, no solo se considera importante reducir el estigma interiorizado en las personas con un trastorno mental, si no también reducir el estigma social que la sociedad ha creado en contra de estos pacientes, a través de la interacción y el contacto con personas con trastorno mental grave.

2. ABSTRACT

People with severe mental disorders such as schizophrenia, are patients with a big social stigma, which internalizes the beliefs and attitudes of society, creating in them what is called internalized stigma or self-stigma. For this reason, the objectives of this work will be to make an assessment of in what aspects can influence the internalized stigma and to analyze the different interventions to reduce self-stigma and to assess their effectiveness. As well as a proposal of an intervention to reduce internalized stigma in patients with severe mental disorder.

The self-stigma can affect self-esteem, adherence to treatment, also negatively influences the social adaptation of the patient as well as the quality of life and finally, and really important it influence their recovery for a normal life. The interventions to reduce internalized stigma are psychoeducation programs, Cognitive Behavioral

Therapy or Narrative Therapy, as well as the creation of Coming Out Proud. However, not only is considered important to reduce the stigma internalized in people with a mental disorder, also reduce the social stigma that society has created against these patients, through interaction and contact with people with severe mental disorder.

2. INTRODUCCIÓN

Cualquier persona que sea diferente por diversas causas (religiosas, raciales, culturales...) y que no corresponda a lo que se considera “normal” en la sociedad, será víctima, mayor o menor, del estigma. Existe un sector que es realmente perjudicado, son aquellos que tienen una enfermedad mental, en especial las personas con un trastorno mental grave como la esquizofrenia (Sánchez et al., 2010). Estos pacientes no solo deben hacer frente a sus síntomas, sino también a los estereotipos impuestos por los demás, lo que provoca grandes consecuencias en ellos, disminuyendo así su calidad de vida e incluso su recuperación.

El hecho de vivir en una sociedad donde las personas crean que una persona con un trastorno mental grave es más peligrosa o perjudicial para los demás, va a tener en el paciente graves consecuencias, ya que muchos de ellos internalizan ese estigma como propio, sería lo que se denomina estigma internalizado o auto-estigma (Caballero, López y Luque-Romero 2014).

El estigma interiorizado va a influir en diversos aspectos de la vida de los pacientes, desde buscar un trabajo hasta en su propio autoestima, creando consecuencias realmente negativas en la prevención, tratamiento y pronóstico del trastorno, aumentando así el riesgo de que se haga más crónica la enfermedad (Lolich y Leiderman, 2008).

Por ello los objetivos de este trabajo serán valorar en qué aspectos puede llegar a influir el estigma interiorizado y analizar tanto las diferentes intervenciones para su reducción como su eficacia. Además de la propuesta de una intervención para reducir el estigma interiorizado en pacientes con trastorno mental grave.

4. MARCO TEÓRICO

Existen muchas designaciones a la hora de definir el estigma, una de las definiciones más usadas o conocidas es la que aporta Goffman (1963), quien consideraba el estigma como un atributo que es profundamente devaluador, que degrada y rebaja a la persona portadora del mismo.

Para que la persona llegue a sentir el estigma de los demás e incluso lo lleve a interiorizar (Paredes, Jiménez y Vázquez, 2012; Muñoz, Pérez, Crespo, Guillén, 2009) se van a considerar tres elementos o aspectos esenciales pertenecientes al comportamiento social, los cuales serían:

Primero los estereotipos, estos son creencias negativas sobre un grupo, aprendidas por la mayor parte de los miembros de la sociedad que resultan inadecuadas o exageradas. Cuando estas creencias se aplican, se experimentan los prejuicios (segundos elementos) que serían una reacción emocional negativa resultado de los estereotipos. Así los prejuicios pueden llevar a realizar una conducta negativa, como por ejemplo, comportamientos de rechazo hacia las personas estigmatizadas, por tanto estaríamos hablando de la discriminación (tercer elemento).

A continuación se ejemplifica en el cuadro I los estereotipos, prejuicios y discriminaciones por parte del estigma social y del estigma interiorizado.

Cuadro I. (López et al., 2008)

	Estigma social	Auto-estigma
Estereotipo	Creencias negativas sobre los pacientes psiquiátricos: incompetentes, peligrosos, inestables...	Creencias negativas sobre uno mismo: yo soy incompetente, peligroso, inestable...
Prejuicio	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales: yo debo reaccionar con miedo, enojo...	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales: yo presento baja autoestima, bajo autodesarrollo, vergüenza...
Discriminación	Comportamiento en respuesta al prejuicio: entonces yo no les ayudo, no los contrato...	Comportamiento en respuesta al prejuicio: entonces yo no busco ayuda, no me relaciono con los demás...

Sin embargo también existen pacientes que saben hacer frente a estas opiniones o que no ven perjudicial el hecho de que sean etiquetados, siempre y cuando no se haga despectivamente, ya que les puede ayudar a que las otras personas conozcan sus síntomas y puedan entender sus experiencias (Sánchez et al., 2010).

4.1 Tipos de estigma

Se pueden distinguir hasta cuatro tipos de estigma asociados a los trastornos mentales (Díaz, 2015; Muñoz et al., 2009):

El *estigma social*, nombrado anteriormente. Muñoz et al., (2011) hace referencia al estigma que la población en general tiene sobre las personas estigmatizadas, desde los propios profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental, a familiares o medios de comunicación.

Estigma estructural o institucional este está vinculado con las políticas tanto de instituciones públicas como privadas (Mascayano, Lips, Mena y Manchego, 2015), refiriéndose a las discriminaciones existentes a nivel estructural en leyes e instituciones, suele ser el campo de acción de los partidos y activistas políticos (Muñoz, Sanz y Pérez-Santos, 2011).

El *estigma por asociación*, afecta principalmente a las familias, aunque también puede darse en otras personas cercanas al paciente. Haría referencia al sentimiento de vergüenza, culpabilidad... por tener un familiar con enfermedad mental, lo que les lleva en muchas ocasiones al ocultamiento de la enfermedad. Estos sentimientos podrían descender si la sociedad supiera que todo el mundo puede padecer un trastorno mental, ya que uno de cada cuatro personas pasara por uno (OMS, 2001b) y que un porcentaje pueden llegar a curarse o recuperarse gracias a una detección precoz y un buen apoyo familiar (Caballero et al., 2014).

Por último, el estigma personal, el cual implica otros tipos de estigma diferentes (Bengochea-Seco, 2016; Díaz, 2015):

El *estigma experimentado*, hace referencia a cuando las personas han tenido experiencias de discriminación reales, por ejemplo que no le hayan contratado en un trabajo por tener una enfermedad mental. Por otro lado, el *estigma percibido o anticipado*, se trataría de la percepción de rechazo, aunque no hayan experimentado un rechazo directo, es decir el pensar que no le van a contratar por tener una enfermedad

mental. Y por último el *estigma interno o auto-estigma*, que sería el resultado de los dos anteriores estigmas, es decir la internalización de los sentimientos y actitudes negativas que se dicen sobre ellos en la sociedad, por ejemplo el sentirse un inútil porque no lo van a contratar en ningún lado (Muñoz et al. 2011).

4.2 Modelos explicativos de la formación de estigma internalizado

Existen diferentes teorías o modelos de cómo las personas pueden llegar a interiorizar las creencias y actitudes que se dan en la sociedad, es decir, de cómo llegan a hacerlas propias, cuando realmente ellas no son como afirman esas creencias. Se pueden distinguir:

Mascayano et al., 2015 hablan de la *teoría del etiquetamiento*, cuando se realiza un diagnóstico de enfermedad mental a una persona se le está poniendo una etiqueta que lo despersonaliza, y aunque el etiquetar no produce directamente un trastorno mental, si puede incidir en resultados negativos para la persona etiquetada (Link, Cullen, Struening, Shrout y Dohrenwend, 1989). Por ello, una vez colocada la etiqueta, el sujeto se hace invisible, ya que solo se ve la etiqueta y no a la persona, y al mismo tiempo se hace más visible, pues todo el mundo se fijará en él por la etiqueta. Lo más grave que puede suceder es que tanto el paciente etiquetado, como los demás, se conduzcan conforme a la etiqueta, provocando en las personas afectadas una disminución de su interacción con el medio, mantengan su enfermedad o tratamiento en secreto o lleguen a abandonar el contacto social influyendo negativamente en su autoestima (Link y Phelan, 2001). De esta manera, la etiqueta, impuesta por lo demás, provoca en el paciente una internalización de todos esos sentimientos creando en él un auto-estigma mayor.

El *Modelo Social-Cognitivo* del estigma internalizado de Corrigan y Watson (2002) es explicado en diferentes investigaciones (Garay, Pousa y Pérez, 2014; Muñoz et al., 2011) considerando que al igual que el estigma social, el estigma internalizado se compone de estereotipos, prejuicios y discriminación, es decir que las creencias que se van formando en la sociedad crean tanto el estigma social como el estigma internalizado, la diferencia es que las personas con la enfermedad internalizan esas creencias haciéndolas propias y el resto de personas no. Así las personas con enfermedad mental tienen prejuicios contra ellos mismos, ya que tienden a estar de acuerdo con los estereotipos típicos de la enfermedad mental. Se explica que esta respuesta personal al estigma se basa en el sentimiento de sentirse identificado con el

grupo de personas con enfermedad mental, es decir, que aquel paciente que no se sienta identificado como una persona con enfermedad mental tiene menos probabilidad de que desarrolle un estigma internalizado, ya que no le influirán los sentimientos y actitudes que los otros tengan hacia él. Los auto-prejuicios hacen que las personas desarrollen una baja autoestima y una menor autoeficacia, haciendo que lleguen a abandonar sus trabajos o pierdan oportunidades de conseguir una vida independiente.

Se ha explicado también este modelo a través de cuatro niveles progresivos donde se va pasando de en uno en uno hasta el asentamiento del auto-estigma (Díaz, 2015). Estos niveles serían:

1. “Conciencia de estereotipo”: darse cuenta de la existencia de las creencias negativas que existen sobre los trastornos mentales, aunque sin llegar a internalizarlas todavía. Se relacionaría con el estigma percibido. Por ejemplo, el saber que la sociedad considera que las personas con trastorno mental son débiles

2. “Aprobación del estereotipo”: aceptar las creencias de la sociedad sobre los trastornos mentales, estar de acuerdo con ellas, pero sin internalizarlas del todo. Sería estar de acuerdo en que las personas con trastorno mental son débiles.

3. “Aplicación del estereotipo a uno mismo”: atribución del estereotipo a uno mismo, es decir que la persona con trastorno mental grave se sienta débil.

4. “Daño o Disminución de la Autoestima” la internalización del estereotipo va a llevar a consecuencias negativas.

Muñoz et al., (2011) plantean el *Modelo Empírico Socio-Cognitivo Comportamental*, el cual achaca que las experiencias de discriminación tienen una relación positiva con el auto-estigma, a la vez que influyen negativamente con las expectativas de recuperación de los pacientes. No se puede afirmar que la discriminación sea la causa directa, pero sí que existe una influencia a la hora de desarrollar un estigma internalizado.

Este modelo estaría en relación con el anterior, ya que estas discriminaciones van a realizarse debido a una previa creación de actitudes o pensamientos sobre la enfermedad mental.

Y por último, los *Modelos psicosociales* (Ottati, Bodenhusen y Newman, 2005) los cuales explican el estigma dividiendo tres categorías básicas:

La primera categoría hace referencia al *papel del afecto*, consideran que el prejuicio se origina como una respuesta emocional negativa, por tanto descendería de las emociones. La formación de esta respuesta se puede producir mediante el condicionamiento clásico, es decir, la experimentación de estímulos aversivos por parte de un grupo social o por las malas atribuciones de un estímulo, por ejemplo conocer la historia de que una persona con enfermedad mental agredió a otra, por ello cuando se habla de un asesinato y se nombra en la noticia una enfermedad mental, ya se considera que el asesino ha sido la persona con el trastorno, aunque no se sepa todavía que ha pasado.

La segunda categoría enfatiza el *papel de la motivación*, haciendo que el prejuicio sea el motivante en algunas situaciones como:

- Hipótesis del mundo justo: la motivación de sentir justicia en el mundo puede llevar a pensar que cada uno recibe lo que merece, lo cual culpa a la persona con enfermedad mental de merecer su propia enfermedad.
- Las diferencias individuales en factores tales como el autoritarismo y dominancia social, que lleva a los grupos dominantes a generar prejuicios y discriminación hacia aquellos grupos minoritarios.
- La identidad individual de cada uno va a pertenecer a una identidad social, y esta va a influir en cómo se perciben las cosas, haciendo que todo aquello que no entra en nuestra identidad social quede “fuera del grupo”, lo que sería por ejemplo las personas con un trastorno mental.

Y la tercera categoría enfatiza en el *papel de la cognición*, se tiende a agrupar los objetos y personas en categorías en las cuales compartan cosas que les caractericen con el fin de ganar capacidad de predicción y control. De esta manera se produce una generalización, normalmente inadecuada, de una categoría o grupo, tendiendo a la estereotipización.

Todos estos modelos o teorías llegan a la conclusión de que el estigma internalizado tiene graves consecuencias sobre la persona con enfermedad mental. También comparten que para la producción del estigma en general se parte de una serie de estereotipos o creencias creadas principalmente desde la desinformación sobre el conocimiento de los trastornos mentales, ya que existen numerosos mitos que tienden a

“proteger” a las personas sin enfermedad e infravalorizar a las personas que si padecen la enfermedad.

4.3 Influencia del auto-estigma en personas con trastorno mental grave

Paredes et al., (2012) habla sobre como los trastornos psiquiátricos son uno de los principales problemas de salud, y desgraciadamente unas de las enfermedades que más estigma tiene. Estos pacientes acaban internalizando la vergüenza, la culpa y el miedo a la discriminación, como propias, influyendo en su vida cotidiana de manera perjudicial, instalando en ellos ideas, como que la gente los devaluará y los discriminará por padecer una enfermedad mental (Flores, Medina y Robles, 2011).

El estigma interiorizado ha sido relacionado con multitud de variables, demostrando que influye en el paciente con trastorno mental grave de una manera, generalmente, negativa, afectando tanto a su salud física como psicológica. Livingston y Boyd (2010) realizaron una revisión sobre el estigma internalizado hallando que las variables psicosociales tales como esperanza, autoestima, empoderamiento, autoeficacia, calidad de vida, apoyo social e integración social se relacionan con el auto-estigma de una manera significativa e inversa.

Entre las variables más destacadas a las que puede llegar a influir el estigma interiorizado se pueden encontrar:

La *adaptación social*, según Paredes et al., (2012) cuando un paciente con trastorno mental grave tiene un alto auto-estigma puede hacer que esconda su enfermedad, que no acuda a las consultas de seguimiento, y por tanto, que se produzca un pobre apego terapéutico, llegando a disminuir la adaptación social del individuo. En esta investigación quisieron determinar la relación que existe entre el estigma interiorizado con la adaptación social a través de un estudio con una muestra de 80 pacientes. Obtuvieron una correlación significativa ($r = -0,375$) entre las puntuaciones de las Escalas de Adaptación Social y de Estigma Internalizado, por tanto, se podría considerar que a mayor puntuación en estigma internalizado se presente una menor adaptación social, aunque debido a que se trata de una correlación no se puede afirmar que causa el qué.

Otra variable que se ve influida es la *calidad de vida* de los pacientes con trastorno mental. Mosanya, Adelufosi, Adebowale, Ogunwale y Adebayo, (2014) asociaron un alta estigma internalizado con una pobre calidad de vida en todos los

dominios de la escala WHOQOL-BREF. Garay et al., (2014) también estudiaron la relación del estigma interiorizado y la satisfacción con la calidad de vida, empleando la información del bienestar subjetivo global del paciente, encontrándose una relación inversa ($r=-0,348$). Otra de las variables que incluyeron en el estudio fue el funcionamiento autónomo general de los pacientes, aunque obteniendo una relación pequeña ($r=0,18$).

La pobre *adherencia al tratamiento* también está asociada al estigma internalizado Mosanya et al., (2014) asociaron el alto auto-estigma con un peor pronóstico de tratamiento. Yilmaz y Okanli (2015) evaluaron concretamente el efecto del estigma internalizado con la adhesión al tratamiento en pacientes con esquizofrenia. Entre los participantes un 11,1% cumplió el tratamiento, sin embargo un 54% no lo hizo, demostrando así un impacto negativo en la adherencia y la actitud hacia el tratamiento. Otro estudio donde también observaron las actitudes negativas de la auto-estigmatización a la hora del cumplimiento de la medicación fue el de Uhlman et al. (2014), donde sus resultados demostraron la importancia de la reducción del estigma para intentar mejorar el cumplimiento de la medicación.

La *autoestima* ha sido una de las variables más estudiadas en relación con el estigma internalizado, pues se considera un factor fundamental a la hora de la recuperación (Yanos et al., 2007). Sánchez et al., (2010) también señala que el efecto del estigma sobre la autoestima puede llevar a pobres resultados como una peor recuperación, en su investigación se observó que en aquellos pacientes con mayores experiencias de estigma había un mayor impacto en su autoestima. Ritsher y Phelan (2004) mostraron que el estigma internalizado predecía tanto síntomas depresivos como una baja autoestima.

Por último, como se ha ido nombrando anteriormente, casi todas estas variables van a influir en la *recuperación*, por tanto el estigma internalizado va a tener un papel importante tanto en la recuperación como en las expectativas a ésta que puedan tener los pacientes con trastorno mental grave, ya que como se ha ido explicando las creencias de la sociedad sobre estos pacientes acaban interiorizándolas como propias haciéndoles más difícil el poder llevar una vida normalizada (Muñoz et al., 2011). Diaz-Mandado, Nieto-Moreno, Montorio y Periáñez (2015) se centran en la recuperación psicológica o subjetiva, la cual hace referencia a la capacidad percibida para hacer frente al trastorno y sus consecuencias, el derecho de la persona a construir por sí misma una vida con

sentido, con esperanza y optimismo sobre el futuro, la capacidad para asumir responsabilidad y la confianza para llevar una vida satisfactoria. En este estudio querían explorar los predictores de recuperación en la esquizofrenia, y como ha ocurrido con otras variables también obtuvieron una relación inversa significativa ($r=-0,57$). La relación en otro estudio (Garay et al., 2014) fue un poco más baja ($r=-0,367$), pero también se puede concluir que el proceso de recuperación personal queda negativamente influenciado por la auto-estigma.

4.4 Intervenciones para la reducción del estigma internalizado.

Debido al punto de afectación que puede llegar a tener el estigma internalizado se considera de importante relevancia la elaboración de programas de intervención para su reducción, para que de esta manera los pacientes puedan llevar una vida lo más normalizada posible.

Por ello se realiza una revisión actual de las principales terapias que se consideran eficaces a la hora de intervenir con pacientes con un alto estigma internalizado.

Mascayano et al., (2015) y Muñoz et al., (2011) hablan sobre programas de empoderamiento personal y la importancia de potenciar recursos personales para generar mayor auto valía y control en las vidas de personas con enfermedad mental.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se considera eficaz (Mascayano et al., 2015) para aumentar la autoestima, la autoeficacia, el bienestar subjetivo y a la vez reducir las creencias negativas que están asociadas a la enfermedad. En un estudio realizado en Japón (Shimotsu et al., 2014) observaron también los beneficios de la TCC mostrando mejoras significativas en la depresión, ansiedad y, lo que es muy importante, en la reducción del auto-estigma. Kight, Wykes y Hayward (2006) también trabajaron con la TCC en su estudio obteniendo mejores resultados en la autoestima. Por tanto, se podría considerar la Terapia Cognitivo-Conductual como una terapia eficaz para la reducción del estigma interiorizado y también para la potenciación de otras variables.

La TCC se relacionó con la Terapia Narrativa, formando NECT en inglés con sus siglas (Narrative Enhancement and Cognitive Therapy). Roe, Hasson-Ohayon, Mashiach-Eizenberg, Derhy, Lysaker y Yanos, (2014) quisieron comprobar si esta nueva terapia daría resultados para la reducción del estigma interiorizado, para ello formaron dos grupos, uno recibiría este tratamiento y el otro grupo el tratamiento

habitual, mostrando diferencias significativas, no solo en la reducción del auto-estigma, sino también un aumento de la autoestima, la calidad de vida y en la esperanza en comparación con el grupo control.

Otras terapias son programas psicoeducativos como el que proponen Çuhadar, y Çam (2014) en su estudio para pacientes con trastorno bipolar. La educación en el tratamiento de la esquizofrenia o psicoeducación implica proporcionar información sobre el trastorno, las opciones de tratamiento, los efectos secundarios, la prevención de las recaídas y las estrategias de afrontamiento. Esta información ayudará a los pacientes y sus familiares a asumir un papel más activo en la planificación del tratamiento y ayudará a mejorar el cumplimiento terapéutico. Los resultados de su investigación demostraron que un programa de psicoeducación diseñado para reducir la estigmatización interiorizada puede tener efectos positivos en estos pacientes.

Otro tipo de terapias que están comenzando a utilizarse en trastorno mental grave son los Programas de Ayuda Mutua (Rüsch et al., 2014), estos se fundamentan en el apoyo que se obtiene al estar entre iguales que sufren la misma discriminación. Los pacientes son previamente entrenados para impartir el programa, incluyendo elementos psicoeducativos y motivacionales. Desgraciadamente no se observó un efecto significativo del programa en la reducción del auto-estigma, pero si se encontraron mejoras relacionadas con la estrategia de la divulgación y el malestar asociado con el estigma.

Respecto a las estrategias de divulgación, Corrigan y Rao (2013) proponen una técnica para ir realizándola poco a poco, sería “Coming out of the closet” (salir del armario). Esta técnica consistiría en que la persona vaya ganando poder sobre sí mismo para poder ir hablando con otras personas de la enfermedad, reducir esa sensación de vergüenza en la que se protegen, ya que el “salir del armario” está asociado a una disminución de los efectos que tiene el estigma porque se presupone que la gente actuará como es y no cómo tendría que ser delante de los demás. Además, esto puede hacer que otras personas les apoyen más al saber por lo que están pasando, pero hay que saber en qué momento la persona puede hacer frente a ello, ya que podrían enfrentarse a graves discriminaciones. Los pasos a seguir serían:

1. Evitación social: significa mantenerse alejado de situaciones donde las personas puedan enterarse de la propia enfermedad mental, sólo se asocian con otras

personas que tienen enfermedades mentales. Es una situación protectora, pero es muy restrictiva. Sería como mantenerse alejado de los demás para que no tengan la oportunidad de conocerlo y por tanto, estigmatizarlo.

2. *Divulgación selectiva*: significa que hay un grupo de personas con las que se da a conocer la información privada (la enfermedad) y un grupo en el que la información se mantiene en secreto. Los beneficios de la divulgación selectiva es que puede haber un aumento de los compañeros de apoyo, sin embargo el seguir manteniendo en secreto la enfermedad podría representar a esa parte de la persona que se avergüenza de la enfermedad.

3. *Divulgación indiscriminada*: en esta fase se abandona el secreto. No se hacen esfuerzos activos para tratar de ocultar su historial de salud mental y experiencias. Por lo tanto, optan por no tener en cuenta ninguna de las consecuencias negativas que puede tener el que la gente se entere de su enfermedad mental.

4. *Difusión*: se trataría de hablar sobre la enfermedad como si fuera una experiencia, como una manera de educar a la población sobre la enfermedad mental. El objetivo aquí es buscar a las personas para compartir la historia de las experiencias pasadas y actuales con enfermedades mentales. El beneficio principal es fomentar el sentido de poder en la persona y no en la enfermedad o en el estigma.

Por último, Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee y Corrigan (2012) hicieron una revisión sobre toda la literatura acerca de programas y estrategias de intervención para la reducción del auto-estigma desde el año 2000 hasta 2011, donde se encontraron con dos enfoques principales a la hora de hacer frente al auto-estigma. Por un lado, estarían las intervenciones que su intención es alterar o cambiar las creencias y actitudes que se instalan en la persona estigmatizada, y por otro lado, las intervenciones que lo que pretenden son mejorar las habilidades para hacer frente al auto-estigma, como la autoestima, empoderamiento, o la búsqueda de ayuda. En relación con lo nombrado anteriormente, y como lo destacan en la revisión, es este segundo enfoque el que mayor apoyo tiene a la hora de hacer frente al estigma.

En base a lo expuesto anteriormente, se propone un programa de intervención donde se relacionaran diferentes tipos de técnicas de diversas intervenciones, como son: la Psicoeducación donde se les enseñará todo lo relacionado con la enfermedad y el estigma; la Terapia Cognitiva para cambiar comportamientos que les permitan enfrentarse a nuevas situaciones y a tomar control de sus vidas y la Terapia Narrativa

para que a través de sus experiencias y las de otros puedan separar el problema de ellos mismos.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1 *Objetivos*

El objetivo general de esta propuesta de intervención es reducir el estigma interiorizado de los pacientes con trastorno mental grave para que puedan llevar una vida lo más normalizada posible. Para ello se proponen cinco objetivos específicos:

1. Aumentar la autoestima.
2. Aprender comunicarse dependiendo de la situación.
3. Enseñar ideas o creencias falsas que existen de la enfermedad.
4. Incentivar el poder hablar con otras personas de la enfermedad sin tener miedo a la discriminación.
5. Crear un ambiente de confianza entre ellos para que después de la intervención puedan seguir teniendo ese apoyo.

5.2 *Destinatarios del programa*

Los destinatarios de esta propuesta son principalmente los pacientes con el trastorno, pues son los perjudicados por el estigma y los que se ven limitados a la hora de llevar una vida normal.

5.3 *Criterios de inclusión*

- Los usuarios deben de estar diagnosticados de un trastorno mental grave.
- Tener entre 18 y 65 años.
- Puntuación media-alta en el cuestionario ISMI.
- Tener adquirida la conciencia de enfermedad.
- Puntuar una baja autoestima.
- Baja capacidad de afrontamiento.
- Bajas expectativas de recuperación.

5.4. *Procedimiento*

Se realizarán 10 sesiones durante un día a la semana con hora y media de duración, que podrán aumentar si el contenido de la sesión no ha dado tiempo a darlo.

El grupo se formará entre 4 u 6 personas, pues un grupo mayor de este tamaño puede hacer que los integrantes se intimiden y no ganen confianza entre ellos. Las sesiones comenzarán con un pequeño repaso de lo visto en la anterior sesión y después una breve introducción de lo que se va a realizar ese día. También se reservarán los últimos diez minutos para poder comentar las sensaciones vividas en esa sesión y las conclusiones que puedan ir sacando los pacientes conforme avanza el programa. En la tabla 1 se expone el cronograma de las sesiones con su tema correspondiente. Y en el Anexo 1 se expone el procedimiento para cada una de las sesiones.

Tabla 1. Cronograma

SESIONES	TEMA	CONTENIDOS
Sesión 1	Paso de los cuestionarios	ISMI; SUMD; RSE; CSI; RAS.
Sesión 2	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del programa, del instructor y de los integrantes. - Estigma y trastorno mental. - Técnica: “salir del armario”. - Conclusiones
Sesión 3	Desmitificación de ideas falsas	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición de creencias - Relatos de experiencias
Sesión 4	Visualización de vídeo	<ul style="list-style-type: none"> - Vídeo Di_capacitados - Comentar vídeo - Técnica: “Coming out of the closet”
Sesión 5, 6 y 7	Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima - “Listado de roles” - “Descubriendo pensamiento erróneos” - “Árbol de los logros” - Conclusiones
Sesión 8 y 9	Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación asertiva - Resolución de conflictos - Estrategias de afrontamiento - Conclusiones
Sesión 10	Resumen y cierre	<ul style="list-style-type: none"> - Resumen del programa - Evaluación de satisfacción - Paso de cuestionarios

5.5. Seguimiento

Una vez el programa haya finalizado se realizaran tres sesiones de seguimiento, para ver como los pacientes van asimilando todas las técnicas, consejos y actividades que se han hecho a lo largo de las sesiones, controlar si ha habido recaídas y como las han intentado afrontar. Se hará una sesión a los tres meses, donde cada uno deberá exponer como va actuando diariamente y el instructor deberá reforzar el afrontamiento del problema. Otra a las seis, dónde se volverá a pasar los cuestionarios para ver si la intervención es útil a largo plazo y finalmente otra al año para volver a observar cómo están los pacientes en su día a día y si han podido normalizar un poco sus vidas.

5.6. Recursos

- Recursos humanos: El instructor será un psicólogo/a clínico especializado en trastorno mental grave.
- Recursos materiales:
 - Instalaciones/mobiliario: sala o aula, mesas, sillas.
 - Material: proyector, pizarra, ordenador, hojas de papel, bolígrafos.

5.7. Evaluación

Para la realización de la evaluación se tendrá en cuenta tanto quien la realizará como la temporalización. Respecto a la realización, será una evaluación interna, es decir, la realiza el instructor que pone en marcha el programa, pues aunque no sea la forma más objetiva de realizar la evaluación, una de las ventajas que tiene es que haya una menor reactividad por parte de los participantes.

Y respecto a la temporalización, se hará una evaluación antes para determinar en qué situación están los pacientes y si cumplen los criterios de inclusión, y también una evaluación después para evaluar la eficacia y satisfacción de los participantes.

La eficacia se realizará cumplimentando una batería de cuestionarios antes y después de la aplicación del programa, se realizará un estudio pre-post, con los cuestionarios utilizados para valorar los criterios de inclusión. De esta manera se podrá ver si el programa es eficaz, si en la evaluación de después del programa los resultados son más satisfactorios que en la primera evaluación.

Y por último, la evaluación de satisfacción se llevará a cabo una vez finalizadas todas las sesiones, a través de la cumplimentación del cuestionario de valoración y satisfacción del programa (Anexo 2).

6. CONCLUSIONES

Después de valorar cómo les influye a los pacientes padecer un alto auto-estigma, así como revisar las intervenciones existentes, se puede decir como el estigma (todo tipo de estigmas) se han convertido en una de las barreras para la reinserción en la sociedad de los pacientes con trastorno mental grave. Aunque lo grave quizás no es que en la sociedad existan todo tipo de creencias hacia ellos, ya que hacia todas las clases sociales, religiones, etnias, etc, hay estereotipos y prejuicios y la gente intenta llevar una vida normal a pesar de ellos, sino que muchas de las personas con una enfermedad mental al interiorizar estas creencias se imposibilitan así mismos a crecer como personas.

Por ello, no solo se considera importante la creación de programas anti-estigma interiorizado, sino también la concienciación de la sociedad sobre las enfermedades mentales, ya que a los pacientes les puede llegar a costar mucho el no interiorizar las creencias que hacia ellos existen y es probable que fuera más fácil para ellos que la sociedad conozca y se familiarice con esta clase de trastornos y con las personas que los padecen a través del contacto directo y la interacción social con estos pacientes. Es algo difícil de realizar, ya que cambiar el pensamiento de las personas no se puede hacer de un día para otro, sin embargo, a través de proyectos de sensibilización o programas similares, que hagan unir a los dos tipos de población en uno solo, sin discriminaciones, puede ayudar a los pacientes a llevar esa vida que tanto ansían.

7. REFERENCIAS

- Bengochea-Secoa, R., Arrieta-Rodríguezb, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Caberob, I., Tojeiro-Rocea, J.G., García-Polavieja, B., Santos-Zorrozúac, B. y Gil-Sanzb, D. (2016). Adaptation into Spanish of the Internalised Stigma of Mental Illness scale to assess personal stigma. *Psiquiatría y salud mental*.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N. y Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122, 232- 238.
- Caballero, M., López, O. y Luque-Romero, M. (2014). El modelo de recuperación en contra del estigma de la enfermedad mental. *Revista científica HYGIA de enfermería*, 86, 8-14.
- Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L. y García Martínez, J. (2007). Adaptación española del inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 29-39.
- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53.
- Çuhadar, D., y Çam, M. O. (2014). Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 28, 62-66.
- Díaz, O. (2015). *Estigma internalizado en el trastorno mental grave: predictores cognitivos de la eficacia de un programa de intervención*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense. Madrid.
- Díaz-Mandado, O., Nieto-Moreno, M., Montorio, I., & Periáñez, J. A. (2015). Predictores de recuperación subjetiva en la esquizofrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 101-114.
- Flores, S., Medina, R. y Robles, R. (2011). Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental*, 34, 333-339.

- Garay, M., Pousa, V. y Pérez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34, 459-475.
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. N.J.: Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Knight, M., Wykes, T. y Hayward, P. (2006). Group Treatment of Perceived Stigma and Self-Esteem in Schizophrenia: A Waiting List Trial of Efficacy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 305-318.
- Link, B. G., y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, G., Cullen, T., Struening, L., Shrout, E. y Dohrenwend, P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423.
- Livingston, J.D y Boyd, J.E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71, 2150-2161.
- Lolich, M. y Leiderman, E. (2008). Estigmatización en la esquizofrenia y otros trastornos mentales. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 19, 165-173.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28, 43-83.
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38, 53-58.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., y Corrigan, P. W. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literature. *Psychiatric Services*, 63, 974-981.
- Mosanya, T. J., Adelufosi, A. O., Adebawale, O. T., Ogunwale, A., y Adebayo, O. K. (2014). Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 60, 377-386.

- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillén, A.I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental.* Madrid: Complutense, S.A.
- Muñoz, M., Sanz, M., y Santos, E. P. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 7, 41-50.
- OMS (2001). *El informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevo entendimiento, nueva esperanza.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Ottati, V., Bodenhausen, G. V., y Newman, L. S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*, 99-128.
- Paredes, H.M., Jiménez, G. y Vázquez, M.F. (2012). Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 15, 88-92.
- Ritsher, J.B., y Phelan, J.C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257-265.
- Ritsher, J.B., Otilingama, P.C. Y Grajalesa, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-Simage. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ruiz, A. I., Pousa, E., Duno, R., Crosas, J. M., Cuppa, S. y Garcia-Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatria*, 36, 111-119.
- Rusch, N., Abbruzzese, E., Hagedorn, E., Hartenhauer, D., Kaufmann, I., Curschellas, J.,
- Ventling, S., Zuaboni, G., Bridler, R., Olschewski, M., Kawohl, W., Rossler, W., Kleim, B. y Corrigan, P. W. (2014). Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 391-397.

- Sánchez, L., Arboleda, J., Cardona, A., Córdoba, S., Ibáñez, M., Pérez, I., Ruiz, A. y Vallejo, A. (2010). Experiencias de estigma en personas con enfermedad mental y su impacto en la autoestima en Colombia. *Universidad del Rosario*.
- Shimotsu, S., Horikawa, N., Emura, R., Ishikawa, S. I., Nagao, A., Ogata, A., Hiejima, S. y Hosomi, J. (2014). Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in reducing self-stigma in Japanese psychiatric patients. *Asian journal of psychiatry, 10*, 39-44.
- Uhlmann, C., Kaehler, J., Harris, M. S., Unser, J., Arolt, V., y Lencer, R. (2014). Negative impact of self-stigmatization on attitude toward medication adherence in patients with psychosis. *Journal of Psychiatric Practice, 20*, 405-410.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., y Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry research, 150*, 71-80.
- Vázquez-Morejón, A. J., Jimenez García-Bóveda, R., Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología, 22*, 247-255.
- Yanos, T.T., Roe, D., Markus, K., Lysaker, P.H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services, 59*, 1437-1442.
- Yılmaz, E., y Okanlı, A. (2015). The effect of Internalized stigma on the adherence to treatment in patients with Schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing, 29*, 297-301.

8. ANEXOS

Anexo 1. Procedimiento de sesiones

SESIÓN 1. PASO DE CUESTIONARIOS

Objetivos: pasar cuestionarios para ver si nuestros usuarios realmente necesitan la intervención o no.

Cuestionarios:

Para evaluar el estigma interiorizado se utilizará la Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (Internalized Stigma of Mental Illness Scale o ISMI) de Ritsher, Otilingama y Grajalesa (2003), la adaptación al español de Brohan, Elgie, Sartorius y Thornicroft (2010). Esta escala evalúa la experiencia subjetiva del estigma, está formada por 29 ítems agrupados en cinco subescalas: alienación (del 1 al 6), aprobación del estereotipo (del 7 al 13), discriminación percibida o experiencia de discriminación (del 14 al 18), aislamiento social (del 19 al 24) y resistencia al estigma (del 25 al 29). Las puntuaciones van entre el 1 “totalmente en desacuerdo” y el 4 “totalmente de acuerdo”, donde a mayor puntuación mayor estigma interiorizado. Habrá que tener en cuenta que subescala de resistencia al estigma ha de ser puntuada de forma inversa.

Para evaluar la conciencia de enfermedad se utilizará La Escala de Evaluación de la no conciencia de trastorno mental (Scale of Unawareness of Mental Disorder o SUMD) adaptada por Ruiz et al., (2008). Se utilizarán los tres primeros ítems de la escala, ya que son los que miden la conciencia de tener un trastorno. La puntuación va de 1 (conciencia) a 5 (no conciencia), por tanto a mayor puntuación peor conciencia de enfermedad.

La autoestima será evaluada con la Escala de Autoestima de Rosenberg (*Rosenberg Self- Esteem Scale* o RSE; Rosenberg, 1965), con la validación de Vázquez Morejón, García-Bóveda y Vázquez-Morejón Jiménez (2004) que evalúa los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. La escala incluye 10 ítems valorados entre el 1 (totalmente de acuerdo) y el 4 (totalmente en desacuerdo), donde a mayor puntuación menor autoestima.

Para medir la capacidad de afrontamiento ante diferentes situaciones se empleará la versión validada por Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez (2007) de El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Coping Strategies Inventory, CSI) que incluye 41 ítems divididos en dos subescalas: *Manejo Adecuado* que evalúa estrategias activas y adaptativas para la resolución de problemas, expresión emocional, apoyo social y *Manejo Inadecuado* para estrategias pasivas y desadaptativas que serían el pensamiento desiderativo, la evitación de problemas o la retirada social. El rango de cada subescala es de 0 a 100, donde a mayor puntuación mayor uso de estrategias de afrontamiento.

Por último, las expectativas de recuperación se medirán con la versión española del Recovery Assesment Scale (RAS) realizada por Muñoz et al., (2009). Esta escala consta de 41 ítems que evalúan empoderamiento, habilidad de afrontamiento y calidad de vida, en un grado de muy en desacuerdo (1) a muy de acuerdo (5), por lo que a mayor puntuación, mejor nivel de recuperación tendrá la persona.

SESIÓN 2. PRESENTACIÓN

Objetivos:

1. Hacer una presentación hablada del programa, lo que se va a trabajar y lo que se pretende conseguir.
2. Presentación de los integrantes del grupo.
3. Explicar que es el estigma social y el estigma interiorizado con ejemplos.
4. Explicar los principales trastornos mentales graves que existen.
5. Iniciar la cohesión entre el grupo.

Procedimiento:

1. *Presentación del psicólogo/a:* se presenta el psicólogo/a y después deberán presentarse todos los integrantes del grupo. Para que comiencen a conocerse todos, cada uno deberá decir su nombre y algo que le caracterice (de dónde es, aficiones, etc.), y el de al lado deberá hacer lo mismo, repitiendo primero lo de su compañero y luego diciendo su nombre y lo que él quiera decir sobre sí mismo. El aporte de información de que cada uno no puede estar relacionado con su trastorno.

2. *Presentación del programa:* explicación del objetivo del programa

3. *Comienzo del programa:* explicación del estigma social y el estigma interiorizado, a través de varios ejemplos para que puedan entenderlo más fácilmente. Se les preguntará si alguna vez se han sentido discriminados, que han hecho en esas situaciones y cómo las han vivido.

Ejemplo de estigma social: Si un empresario piensa que las personas con trastorno mental grave no están capacitadas para trabajar (estereotipo), no tendrá interés en ellas (prejuicio) y no las contratará (discriminación).

Ejemplo de estigma interiorizado: Si una persona con trastorno mental grave piensa que no está capacitada para trabajar, porque no le dejan, (estereotipos) no mostrará interés en trabajar (prejuicio) y por tanto no buscará un trabajo (discriminación).

Después se explicarán también diferentes tipos de trastorno mental grave, haciendo una simple introducción de cada uno. De esta manera se pedirá después que

cada uno diga cuál es su trastorno, se comienza entonces la técnica “Coming out of the closet” (explicada con anterioridad en el apartado 4.4 Intervenciones para la reducción del estigma internalizado)

En esta parte del programa estaríamos en el primer paso, lo que sería “evitación social”, ya que todos los usuarios del grupo tienen un trastorno mental, por tanto es una zona protectora.

4. Fin de la sesión: se terminará la sesión conociéndose cada uno un poco más y hablando sobre cómo se han sentido al exponer delante de cada uno la enfermedad que tiene.

SESIÓN 3. DESMITIFICACIÓN DE IDEAS FALSAS

Objetivos:

1. Exponer ideas que la sociedad tiene sobre la enfermedad
2. Comentar si las consideran verdaderas o falsas
3. Cohesionar el grupo través de las experiencias vividas por cada uno.

Procedimiento:

1. Actividad: Para una mayor interacción entre ellos, se pedirá que cada uno diga una creencia que existe en la sociedad, que la hayan vivido si es posible y que para ellos sea falsa, de esta manera ir comentando todas las que surjan. Así como aportar todas aquellas que no se hayan dicho, porque quizás ellos piensan que es así.

Algunas ideas falsas de las que se pueden hablar son:

1. Las personas con trastorno mental son violentas y peligrosas.
2. Las personas con trastorno mental no se recuperan nunca.
3. Las personas con trastorno mental necesitan que otras personas tomen todas las decisiones por ellos, no pueden decidir por sí mismas.
4. Las personas con trastorno mental son impredecibles y extrañas.
5. Las personas con trastorno mental tienen la culpa de tener el trastorno.
6. Las personas con trastorno mental no pueden contribuir en nada a la sociedad.
7. Las personas con trastorno mental no pueden vivir de forma independiente, necesitarán depender de otros toda su vida.
8. La gente con un trastorno mental no puede vivir una vida plena y gratificante.
9. Las personas con trastorno mental no pueden trabajar y los que lo hacen, son trabajadores “de segunda”.

SESIÓN 4. VISUALIZACIÓN DE VÍDEO

Objetivos:

1. Demostrar que los mitos y creencias que existen no son verídicos con totalidad.
2. Enseñar como personas con trastorno mental pueden llevar una vida normalizada.

Procedimiento:

1. Visualización de vídeo: (<https://www.youtube.com/watch?v=Fkos-VCRpv0>)

Se muestra como las personas con un trastorno pueden llevar una vida normal, pueden recuperarse, pueden vivir de manera independiente, pueden trabajar, tomar decisiones por sí mismos y sobre todo que sí contribuyen a la sociedad.

2. Fin de la sesión: Después del vídeo se les pedirá que hablen de lo que han sentido, y si se ven más esperanzados a la hora de enfrentarse al mundo. Se les propondrá para aquellos que se sientan capaces seguir con la técnica “Coming out of the closet”, es decir, aquellos que piensen que pueden hacer frente a las consecuencias, podrían pasar de nivel, y contar a aquellos que ellos consideren su enfermedad. Y en la siguiente sesión comentarán como se han sentido al contarla, si todo ha ido bien o si ha habido algún problema intentar solucionarlo y que eso no influya en la persona. Y de les dirá también que a partir de ahora cuando cuenten a alguien su enfermedad lo digan en el grupo al comienzo de la sesión, para que de esta manera poco a poco todos vayan avanzando.

SESIONES 5, 6 Y 7. TRABAJO DE AUTOESTIMA

Objetivos:

1. Aumentar la autoestima
2. Ver cómo afecta el estigma en la autoestima
3. Reconocer las fortalezas y debilidades de cada uno.
4. Identificar y sustituir los pensamientos negativos por otros positivos.

Procedimiento:

1. Autoestima: explicación de qué es la autoestima y cómo el estigma puede influir en ellos de una manera perjudicial. Se les preguntará si el hecho de estar diagnosticados con una enfermedad mental les hace sentir que valen menos. Ellos deberán escribirlo en un papel y después decirlo a los demás, así se comenzará la sesión con la exposición de cada uno y se les dirá que deben de guardar el papel para más adelante.

2. Actividades:

2.1 El listado de roles

Para que puedan identificar sus capacidades personales se utilizará el listado de roles de Oakley, Kielofner y Barris (1985), en el deben marcar los roles que han podido experimentar, que experimentan en la actualidad o que les gustaría experimentar, y después deben identificar como de valioso es cada uno de los roles en su vida. Se pondrá en común el ejercicio de manera que cuando alguna persona se sienta descalificada en un rol y otro usuario considera que sí que podía hacerlo, lo expresen, así se irán reforzando unos a otro.

LISTADO DE ROLES

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Sexo: _____ Estado ud. Jubilado: _____

Estado civil: Soltero: casado: Separado: Divorciado: Viudo:

El propósito de este listado es identificar los diferentes roles que usted lleva a cabo. El listado presenta 10 roles y define cada uno de ellos.

PRIMERA PARTE

Al lado de cada rol indica con una marca de cotejo si tenías ese rol en el pasado, si tienes ese rol en el presente y si planeas ese rol en el futuro. Puedes marcar más de una columna para cada rol. Ejemplo: Si ofrecías servicios voluntario en el pasado, en el presente no lo ofreces, pero planeas en un futuro volver a ofrecerlo, marcarías entonces las columnas de pasado y futuro.

ROL	PASADO	PRESENTE	FUTURO
ESTUDIANTE: Asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.			
TRABAJADOR: Empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			
VOLUNTARIO: Ofrecer servicios sin recibir paga alguna a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos 1 vez por semana			
PROVEEDOR DE CUIDADOS: Tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
AMA O AMO DE CASA: Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos 1 vez por semana			
AMIGO: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
MIEMBRO DE FAMILIA: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padres u otro familiar, por lo menos una vez por semana.			
MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO: Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos una vez por semana.			
AFICIONADO: Participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos 1 vez por semana.			

PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES: Participar en organizaciones tales como Club de Leones, Legión Americana, Asociación de fútbol , Alcohólicos Anónimos, asociaciones profesionales, etc. por lo menos 1 vez por semana.			
OTROS ROLES: _____ Algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas.----- -----			

SEGUNDA PARTE

En esta parte están listados los roles anteriores. Al lado de cada rol, marca la columna que mejor indique cuan valioso o importante es ese rol para ti. Marca una respuesta para cada rol aunque lo hayas tenido ni pienses tenerlo.

ROL	No muy valioso y/o importante	Con algún valor y/o importante	Muy valioso y/o importante
ESTUDIANTE: Asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.			
TRABAJADOR: Empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			
VOLUNTARIO: Ofrecer servicios sin recibir paga alguna a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos 1 vez por semana			
PROVEEDOR DE CUIDADOS: Tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
AMA O AMO DE CASA: Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos 1 vez por semana			
AMIGO: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo			

menos 1 vez por semana.			
MIEMBRO DE FAMILIA: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padres u otro familiar, por lo menos una vez por semana.			
MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO: Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos una vez por semana.			
AFICIONADO: Participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos 1 vez por semana.			
PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES: Participar en organizaciones tales como Club de Leones, Legión Americana, Asociación de fútbol , Alcohólicos Anónimos, asociaciones profesionales, etc. por lo menos 1 vez por semana.			
OTROS ROLES: _____ Algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas. ----- -----			

2.2 “Descubriendo pensamientos erróneos

Para identificar los pensamientos negativos y que puedan sustituirlos por otros más positivos se les realizará la actividad llamada “Descubriendo pensamientos erróneos” en esta actividad se les repartirá una hoja con los principales mecanismos que se hacen a la hora de crear pensamientos erróneos y algunos consejos para poder vencerlos.

Los 10 mecanismos para crear pensamientos erróneos:

MECANISMOS	DEFINICIÓN	ENUNCIADOS TÍPICOS
Hipergeneralización	Sacar conclusiones generales incorrectas de un hecho o detalle concreto	Todo el mundo... Siempre... Nadie...
Designación global	Hacer afirmaciones simplistas que dan una visión distorsionada de uno mismo	Soy un... Soy muy...
Filtrado negativo	Ver las cosas fijándose sólo en lo negativo	Está mal... y esto... y esto... y esto
Pensamiento polarizado o maniqueo	Ver las cosas como enteramente buenas o enteramente malas	Soy totalmente... Es totalmente...
Autoacusación	Sentirse culpable de todo, sea responsable o no de lo ocurrido	No sé cómo, pero lo tenía que haber evitado... Siempre lo estropeo todo...
Personalización o autoatribución	Sentir que lo que sucede alrededor siempre está en relación con uno mismo.	Seguro que se refiere a mí... Lo ha dicho por mí...
Proyección	Creer que los demás ven las cosas como uno mismo	Por qué no hacemos esto, a mi hermano le gusta... Tengo frío, ponte un jersey...
Hipercontrol	Pensar que todo está bajo nuestro control	Puedo con todo...
Hipocontrol	Pensar que nada está bajo nuestro control	No puedo hacer nada... Pasará lo que tenga que pasar...
Razonamiento emocional	Usar sentimientos, prejuicios, simpatías o antipatías para valorar la realidad	No me cae bien, luego lo hace mal... Es guay, luego está bien

Cómo vencerlos:

- Romper con el pensamiento sirviéndose de palabras o frases contundentes como: no, mentira, calla, par con esta basura, no es verdad...
- Desenmascarar el mecanismo
- Análisis realistas que tengan en cuenta toda la realidad y sus distintos matices
- Pensamiento positivos, viendo el lado bueno de las cosas

- Autoafirmar nuestra propia valía y nuestras posibilidades de forma realista y optimista.

Cada usuario deberá decir un ejemplo de cada mecanismo que se atribuye a sí mismo, por ejemplo en generalización que digan “nadie se acerca a mí por mi enfermedad”, y el resto de los integrantes deberán intentar sacarle algo positivo para quitar esa idea.

2.3. “Árbol de los logros”

Por último se les pedirá que realicen el “árbol de los logros” en sus casas, y lo deberán traer a la sesión 7 para enseñarlo. Después de realizar varias técnicas donde se intenta fortalecer las cosas buenas de los usuarios, se les pedirá que reflexionen sobre sus capacidades, cualidades positivas y logros que han desarrollado desde la infancia a lo largo de toda su vida. Se lo deben tomar con calma y dedicarle al menos una hora para poder descubrir todo lo positivo que hay en ellos.

Lo primero que deben hacer es elaborar una lista de todos tus valores positivos, ya sean cualidades personales (paciencia, valor...), sociales (simpatía, capacidad de escucha...), intelectuales (memoria, razonamiento...) o físicos (atractivo, agilidad...)

Una vez acabada la primera lista, deberán elaborar otra con todos los logros que hayan conseguido en la vida. Da igual si esos logros son grandes o pequeños, lo importante es que se sientan orgullosos de haberlos conseguido.

Cuando ya tengan las dos listas, dibujarán su “árbol de los logros”. Haciendo un dibujo grande, que ocupe toda la hoja y dibujarán las raíces, las ramas y los frutos. Deberán hacer raíces y frutos de diferentes tamaños. En cada una de las raíces deben ir colocando uno de sus valores positivos (los que apuntaron en la primera lista). Si consideran que ese valor es muy importante y que le ha servido para lograr grandes metas, deberán colocarlo en una raíz gruesa. Si por el contrario no ha tenido mucha influencia, lo colocaran en una de las pequeñas. En los frutos irán colocando de la misma manera sus logros (los apuntados en la segunda lista). Pondrán sus logros más importantes en los frutos grandes y los menos relevantes en los pequeños.

Una vez que lo tengan acabado, lo contemplarán y deberán reflexionar sobre él y lo deberán traer a la sesión para exponerlo a los demás compañeros.

3. Fin de la sesión: volverán a leer lo que apuntaron en la sesión 5, y deberán decir si siguen opinando igual o diferente de lo que escribieron esa sesión. Así podremos ver si ha habido un cambio en ellos o no y si habría que trabajar algún aspecto más antes de continuar con la intervención.

SESIONES 9 Y 10. APRENDER A COMUNICARSE

Objetivos:

1. Aprender a comunicarse de manera asertiva en diferentes situaciones.
2. Ser capaz de resolver conflictos que les puedan surgir por ellos mismos.
3. Aprender estrategias de afrontamiento.

Procedimiento:

1. Teoría: Explicación de los tipos de comunicación (asertivo, pasivo y agresivo) con ejemplos:

“SIEMPRE HAY UNA FORMA DE DECIR BIEN LAS COSAS”

En distintas situaciones se nos plantea la necesidad de usar formas correctas de comunicación que nos ayuden a resolver los conflictos de manera adecuada. Una comunicación correcta debe cumplir cuatro condiciones:

- Usar palabras y gestos adecuados
- Defender bien los propios intereses
- Tener en cuenta los argumentos y los intereses del otro
- Encontrar soluciones de compromiso razonables para ambas partes

Sin embargo, en nuestra comunicación con los demás, podemos reaccionar de tres formas:

1. Podemos ser ASERTIVOS:

- Decimos lo que pensamos y cómo nos sentimos
- No humillamos, desagradamos, manipulamos o fastidiamos a los demás
- Tenemos en cuenta los derechos de los demás
- No siempre evitamos los conflictos, pero sí el máximo número de veces
- Empleamos frases como: “Pienso que...”, “Siento...”, “Quiero...”, “Hagamos...”, “¿Cómo podemos resolver esto?”, “¿Qué piensas”, “¿Qué te parece?”,...
- Hablamos con fluidez y control, seguros, relajados, con postura recta y manos visibles, utilizamos gestos firmes sin vacilaciones, miramos a los ojos

2. Podemos ser PASIVOS:

- Dejamos que los demás violen nuestros derechos
- Evitamos la mirada del que nos habla
- Apenas se nos oye cuando hablamos
- No respetamos nuestras propias necesidades
- Nuestro objetivo es evitar conflictos a toda costa
- Empleamos frases como: “Quizá tengas razón”, “Supongo que será así”, “Bueno, realmente no es importante”, “Me pregunto si podríamos...”, “Te importaría mucho...”, “No crees que...”, “Entonces, no te moleste”,...
- No expresamos eficazmente nuestros sentimientos y pensamientos

3. Podemos ser AGRESIVOS:

- Ofendemos verbalmente (humillamos, amenazamos, insultamos,...)
- Mostramos desprecio por la opinión de los demás
- Estamos groseros, rencorosos o maliciosos
- Hacemos gestos hostiles o amenazantes
- Empleamos frases como: “Esto es lo que pienso, eres estúpido por pensar de otra forma”, “Esto es lo que yo quiero, lo que tu quieras no es importante”, “Esto es lo que yo siento, tus sentimientos no cuentan”, “Harías mejor en...”, “Ándate con cuidado...”, “Debes estar bromeando...”, “Si no lo haces...”, “Deberías...”

2. Actividades:

2.1. “Siempre hay una forma de decir bien las cosas”. Con la explicación anterior deberán describir individualmente una situación conflictiva en la que hayan reaccionado de manera pasiva, y otra situación en la que hayan reaccionado de manera agresiva, y responderán a las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo podrías haber reaccionado de forma asertiva en las dos situaciones anteriores?
2. Describe una situación conflictiva o una conversación difícil que hayas tenido con otra persona y en la que hayas reaccionado de forma asertiva.
3. ¿Cuál es la forma de reaccionar que cumple mejor las cuatro condiciones de una correcta comunicación?
4. ¿Cómo nos sentimos tras reaccionar de forma pasiva? ¿Y agresiva? ¿Y asertiva?

5. ¿Con qué forma de reaccionar se daña menos la relación interpersonal?
6. ¿Cómo te ven los demás al comportarte de forma asertiva? ¿Y agresiva? ¿Y pasiva?
7. ¿Qué conclusiones has sacado de todo eso?

2.2 Estrategias para afrontar una situación estigmatizada:

- Búsqueda de apoyo social.
- Cambiar mi forma de interpretar la situación.
- Divulgación, revelar la enfermedad.
- Ser asertivo.
- Indiferencia, distanciamiento.
- Tomármelo con humor.
- Recordarme mensajes positivos.

Cada uno deberá decir situaciones donde fueron estigmatizados, por ejemplo “Una vez fui una entrevista de trabajo y al decir que tenía una enfermedad mental el entrevistador puso cara de susto y dijo que no estaban preparados para este tipo de personas” contar que es lo que hicieron en ese momento, y que es lo que harían ahora que conocen más estrategias.

3. Fin de la sesión: se comentará también si algunos de los usuarios han “salido del armario”, y los que no, se propondrá que lo hagan, para que así pongan en práctica las diferentes estrategias expuestas anteriormente y después cuenten sus experiencias en la siguiente sesión.

SESIÓN 11. RESUMEN Y CIERRE.

Objetivos:

1. Resumir los aspectos más importantes del programa.
2. Evaluar la satisfacción a través del cuestionario de valoración y satisfacción.
3. Paso de los cuestionarios.

Procedimiento:

1. Resumen de las sesiones.

2. Opiniones de los usuarios: se pasará el cuestionario de valoración y satisfacción.

Evaluación: paso de los cuestionarios para concluir si el programa es eficaz.

Anexo 2. Cuestionario de valoración y satisfacción

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA

Sexo: _____

Edad: _____

1. ¿Cómo valorarías los contenidos abordados en el programa?

Nada adecuados Algo adecuados Bastante adecuados Muy adecuados

Justificación _____

2. De los contenidos trabajados ¿cuáles te han parecido más interesantes?

3. ¿Qué otros contenidos te gustaría haber trabajado?

4. ¿Cómo valorarías la metodología utilizada en el programa?

Nada adecuada Algo adecuada Bastante adecuada Muy adecuada

Justificación _____

5. ¿Qué te ha parecido la actuación del psicólogo?

Nada adecuada Algo adecuada Bastante adecuada Muy adecuada

Justificación _____

6. ¿El programa ha respondido a tus expectativas?

Nada Algo Bastante Mucho

Justificación _____

7. Valora del 1 al 10 el programa: _____

8. Valora tu satisfacción del 1 al 10 hacia el programa: _____

9. Escribe aquellos comentarios que te parezcan oportunos: