



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo de Fin de Grado

Programa Doble RR: Reinserción y Rehabilitación Psicosocial de Personas con
Trastorno Mental Grave

Alumna

Paula Velilla Cuartero

Director

Ángel Castro Vázquez

Grado de Psicología

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel

Curso 2018-2019

Introducción

A lo largo de la historia, el trastorno mental grave ha estado presente en la sociedad, pero ha sido considerado de formas muy diversas. En la actualidad, gracias a diferentes formas de sensibilización y a la implicación de profesionales, se ha conseguido dar más visibilidad y conocimiento a la población, aunque la estigmatización hacia las personas que lo poseen sigue estando latente.

La definición de trastorno mental grave que posee mayor grado de consenso es la acuñada por el *National Institute of Mental Health* (NIMH; 1987), en la que habla de un grupo de personas heterogéneas que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social. Esta definición engloba diversos trastornos y los más comunes son la depresión mayor, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de ansiedad.

Actualmente, la prevalencia de estas patologías sigue aumentando en todos los países. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2018), más de 300 millones de personas sufren depresión mayor, alrededor de 60 millones tienen un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y unos 21 millones de personas se ven afectadas por la esquizofrenia. Lo que es cierto es que el trastorno mental grave causa importantes efectos sobre la salud de las personas que lo padecen, sobre sus derechos y también conlleva importantes consecuencias a nivel socioeconómico.

Por todo ello, se ha considerado necesario diseñar un programa de intervención dirigido a la población que posee un trastorno mental grave (TMG), con el objetivo de impulsar su rehabilitación y reinserción en la sociedad. Éste será llevado a cabo en la ciudad de Teruel, puesto que es un lugar idóneo para trabajar de cerca con la población en un entorno familiar y cálido, ya que el número de habitantes del municipio no es demasiado elevado. También se ha decidido trabajar la intervención en esta localidad ya que, al ser un territorio pequeño, facilita la comunicación interdisciplinar entre los distintos servicios de salud mental, el cual es un punto muy importante para el trabajo con este sector poblacional.

Otro motivo que ha ayudado a impulsar el plan es el hecho del estigma, ejemplificado hace unos meses en uno de los barrios de la ciudad en el cual se propuso la creación de una pequeña residencia para alojar a personas con estas patologías y la

reacción de algunos vecinos fue negativa, oponiéndose y siendo reacios a recibir información sobre la misma. Se debe destacar que la realización de las prácticas de la autora de este trabajo en la Asociación Salud Mental de Teruel (ASAPME) le ha permitido conocer este colectivo, sensibilizarse y empatizar con él, además de comprender la falta de conocimiento existente en la sociedad acerca de la salud mental.

Justificación teórica

Según la OMS (2013), la salud mental hace referencia a un estado de bienestar en el que la persona puede realizarse, superar las tensiones normales de la vida, realizar un trabajo productivo y fructuoso y contribuir a la vida de su comunidad.

A lo largo de la historia se han presentado diversos modelos que definen la salud mental como un continuo. Uno de esos modelos fue validado empíricamente en el estudio MIDUS, tal y como recogen Doré y Caron (2017) en su revisión. El estudio fue realizado en Estados Unidos entre 1995 y 2005 y, según el modelo, la salud mental se concibe como un conjunto de dos continuos independientes, pero correlacionados. El primero representa la ausencia o presencia de trastornos mentales como causa de una buena o mala salud. El segundo, contempla la salud mental a través de la ausencia de trastorno mental y un óptimo nivel de la misma. Por esto, en el estudio MIDUS se extrajeron tres conclusiones: (1) que la ausencia de trastornos mentales no tiene por qué implicar la presencia de una buena salud mental; (2) lo contrario, es decir que la presencia de trastornos mentales no es indicativa de una mala salud mental; y (3) que la salud mental se ve reducida si no se llega a un determinado nivel, al margen de si hay trastorno o no (Doré y Caron, 2017).

La salud mental está determinada por distintos factores. Según la OMS (2018), éstos pueden dividirse en factores psicológicos, sociales y biológicos. Dentro de los factores psicológicos juegan un papel muy importante el estrés, los estilos de afrontamiento y la autoeficacia, que permanecen relacionados entre sí. Tal y como encontraron Varghese, Norman y Thavaraj (2015), el estrés está positivamente relacionado con la ansiedad y la depresión, así como el hecho de afrontarlo de manera positiva está ligado a un aumento de la autoeficacia. En cuanto a ésta, los autores citados observaron que aquellas personas que perciben su autoeficacia de manera elevada obtienen como consecuencia un menor nivel de estrés, ansiedad y depresión. En los individuos que poseen una elevada autoeficacia percibida, se predice el uso de estrategias de afrontamiento positivas; en cambio, el hecho de poseer una baja

autoeficacia percibida predice estrategias de afrontamiento negativo, por lo que Chýlová y Natovová (2013) encontraron una correlación positiva entre ambas variables individuales.

El estudio de Chau y Vilela (2017), realizado en Perú, corrobora esta información, ya que observaron que, por un lado, el estilo de afrontamiento evitativo se relacionaba negativamente con la salud mental y, por otro lado, un estilo de afrontamiento orientado al problema se relacionaba positivamente con la salud mental.

En cuanto a los factores sociales, destacan principalmente el apoyo social y emocional, la aceptación y el entorno en el que se reside o se estudia. En la investigación de Naslund, Aschbrenner, Marsch y Bartels (2016), se vio reflejado cómo algunas personas que poseen trastorno mental grave establecen conexiones a través de las redes sociales con otras personas que también los sufren. Los posts que publican en les proveen de aceptación, esperanza y validación. Para estas personas es muy importante establecer estos contactos directos con otros, que les permiten obtener apoyo social y apoyo mutuo, los cuales pueden favorecer la adherencia al tratamiento. También es una forma de compartir experiencias propias, que a su vez permite conocer formas de mejora de la salud mental y física que otros llevan a cabo y pueden ser de gran ayuda. Con todo ello, desafían al estigma que tiene la enfermedad mental y consiguen empoderarse (Naslund et al., 2016).

En el estudio de Milner, Krnjacki, Butterworth y LaMontagne (2016), llevado a cabo con personas empleadas y desempleadas, se encontró que el apoyo social tenía una fuerte asociación con la salud mental, independientemente del estatus ocupacional del participante, encontrando evidencia de que un nivel elevado de apoyo social mejoraba la salud mental.

En cuanto al entorno de residencia, existe evidencia de que un mayor acceso a zonas verdes en el barrio de residencia se asocia significativamente con mayor salud, al margen de las influencias de la genética y de tener un entorno ambiental compartido (Cohen-Cline, Turkheimer y Duncan, 2015). Se relacionaba con menores niveles de depresión, pero no guardaba una relación significativa con los niveles de ansiedad y estrés. Otros aspectos, como las condiciones físicas o de limpieza (Doré y Caron, 2017) y el centro de estudios (Chau y Vilela, 2017), también tenían influencia sobre la salud mental de las personas.

Otro factor a tener en cuenta es el hecho de que los individuos hayan sufrido abusos durante la infancia. Hecker, Radtke, Hermenau, Papassotiropoulos y Elbert

(2016) demostraron que aquellos niños que habían sufrido abuso tenían menor bienestar. Los autores compararon un grupo de niños que habían sufrido diferentes tipos de abusos y otros que no, encontrando en los primeros puntuaciones más altas en depresión.

En lo referente a la genética, algunos estudios como el de Cohen-Cline et al. (2015) mostraron la baja influencia de esta sobre la salud mental, ya que encontraron en gemelos monocigóticos que, el gemelo que estaba expuesto a mayor Índice de Vegetación de Diferencia Normalizado (indicador relativo del verdor de una zona, obtenido a través del satélite), poseía menores niveles de depresión.

Otras investigaciones recalcan la influencia que tiene la genética en el posterior desarrollo de una psicopatología, como por ejemplo la de Hagenaars et al. (2016), en la que hallaron la existencia de genes relacionados con el trastorno bipolar y con la esquizofrenia. Además, ambos trastornos estaban negativamente relacionados con todas las pruebas cognitivas que pasaron a los sujetos.

Los trastornos mentales más comunes que afectan a la salud de las personas son, como ya se ha nombrado, la depresión mayor, el trastorno bipolar y la esquizofrenia (OMS, 2018). Pero también existen y son relevantes otros trastornos psicóticos, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de ansiedad (National Institute of Mental Health, 2017). Para todos ellos existe evidencia de diferentes terapias efectivas.

Para la depresión mayor, algunos autores como Zhang, Zhang, Zhang, Jin y Zheng (2018) han comprobado que la terapia cognitivo conductual es efectiva para prevenir posteriores recaídas, tanto a corto como a largo plazo. Además, investigaron con *mindfulness* basado en terapia cognitiva y hallaron que también poseía efectos significativos, pero solo en pacientes que habían sufrido tres o más episodios depresivos previos. Otra terapia que reduce significativamente los síntomas de la depresión es la interpersonal, que se basa en identificar y resolver problemas para intentar mantener relaciones estables y satisfactorias (Health Quality Ontario, 2017).

En cuanto al trastorno bipolar, la terapia centrada en la familia muestra una adecuada validez, como mostraron O'Brien et al. (2014). Esta terapia consiste en sesiones de psicoeducación, entrenamiento en habilidades de comunicación y en habilidades de resolución de conflictos para pacientes con trastorno bipolar y sus familias (Miklowitz y Chung, 2016). O'Brien et al. (2014) encontraron que los miembros de la familia de jóvenes en riesgo de psicosis que participaron en terapia centrada en la familia mostraron más aspectos comunicativos positivos, como hablar

con más calma y claridad, participar en una escucha más activa, mostrar un efecto menos irritable y enfadado y, además, se quejaron menos que otros familiares e hicieron menos comentarios críticos.

En el caso de la esquizofrenia, Chanpattana y Sackeim (2010) proporcionaron un tratamiento combinado de terapia electroconvulsiva (TEC) y un fármaco antipsicótico a personas diagnosticadas de esta enfermedad. Descubrieron una marcada mejoría en los síntomas positivos específicos, con un efecto intermedio sobre los síntomas afectivos y ningún efecto sobre los síntomas negativos específicos o empeoramiento de los mismos. También existe evidencia para la terapia psicológica integrada (TPI), como hallaron Aloï et al. (2018), al observar grandes mejoras en flexibilidad cognitiva. Esta terapia consiste en un programa grupal que se basa en terapia conductual, cuyos objetivos son mejorar las habilidades sociales y cognitivas (Fuentes, Cangas, Castillo y Roder, 2010).

Para algunos trastornos psicóticos, como el esquizoafectivo, generalmente se usan fármacos, pero en el caso de que éstos no hagan su efecto, la terapia electroconvulsiva suele resultar útil (Padhy y Hedge, 2015). Para otras tipologías, como el delirio de persecución, Freeman et al. (2016) investigaron el efecto de la realidad virtual y hallaron que ésta disminuía las creencias de persecución, aumentaba la seguridad del paciente y, además, todo ello se extrapolaba a situaciones de la vida real.

Marsden, Lovel, Blore, Ali y Delgadillo (2018) realizaron un ensayo controlado aleatorizado en el que dividieron sus participantes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en dos grupos: uno que recibiría EMDR y otro, terapia cognitivo-conductual. Ambas formas de terapia reportaron una mejora fiable y clínicamente significativa para los síntomas de la enfermedad. Otro método con el que se ha obtenido evidencia de mejora es el *mindfulness*. Con él se consigue, por un lado, que los participantes muestren disminuciones en los síntomas de la enfermedad (e.g., síntomas depresivos, de ansiedad, creencias obsesivas). Por otro, aumenta la autocompasión y las habilidades de atención plena, destacando mejoras en el juicio de experiencias internas y en la reactividad (Key, Rowa, Bieling, McCabe y Pawluk, 2017).

Por último, en relación a la ansiedad, el *Health Quality Ontario* (2017) descubrió que la terapia cognitivo conductual servía para reducir significativamente los síntomas de la enfermedad.

Por todo lo expuesto y puesto que los trastornos mentales graves son algo común en la sociedad y siguen estando estigmatizados, se ha decidido realizar este programa de intervención.

Objetivos

El objetivo principal del programa Doble RR es impulsar la rehabilitación de personas con trastorno mental grave, así como procurar su reinserción en la sociedad intentando acabar, o al menos reducir, con el estigma hacia el colectivo vigente en la actualidad. Para alcanzar este objetivo final se plantean varios secundarios a corto, medio y largo plazo; en primer lugar, dirigidos a personas con trastornos mental grave, como son:

- Fomentar aspectos psicológicos muy importantes e indispensables como son la autonomía, la autoconfianza, la autoestima, la asertividad, la creatividad y la inteligencia emocional.
- Conseguir que aprendan a controlar y gestionar situaciones que les generan ansiedad o estrés.
- Fomentar habilidades matemáticas, lingüísticas y críticas que les ayuden en su vida cotidiana.
- Mejorar habilidades como la motricidad, coordinación y movilidad general.
- Impulsar la promoción de la salud y la higiene, así como el autocuidado y hábitos saludables, como la práctica de una buena alimentación o de ejercicio físico.
- Prevenir riesgos y posibles daños en el trabajo, en casa y en la vida en general.

Por otro lado, dirigidos a sus familias:

- Fomentar el apoyo mutuo, compartiendo las experiencias personales.
- Procurar que consigan consolidar y mejorar el vínculo con sus familiares con enfermedad mental.
- Ofrecer recursos y pautas para manejar la situación familiar de manera que sea enriquecedora y saludable para todos.

Y, por último, dirigidos la población general:

- Sensibilizar a la población general y acercar a la misma hacia la salud y los trastornos mentales.

Con todo ello, se busca aumentar y garantizar el bienestar físico y psicológico en varios aspectos de la vida, como son la esfera social y laboral de personas con trastorno mental grave, para que consigan llevar una vida lo más plena y normalizada posible.

Localización y destinatarios

El programa va dirigido a la población de Teruel, tanto población general, como personas con trastorno mental grave (TMG) y sus familiares, independientemente de su cultura, etnia, ideología y nivel socioeconómico. Por tanto, existirán tres tipos de beneficiarios: los primarios, que harán referencia a personas con trastorno mental grave, con edades comprendidas entre los 18 y los 70 años. Los secundarios, que serán los familiares de estos individuos porque, aunque la intervención no se centre principalmente en ellos, recibirán formación, pautas y realizarán diversas actividades conjuntas para mejorar su relación y acercarse más a los trastornos de sus familiares. Por último, los beneficiarios terciarios serán las personas que componen la población en general, puesto que durante la intervención se realizarán muchas actividades de sensibilización en las que podrán participar, e incluso trabajar y disfrutar codo con codo con personas con trastorno mental.

Los destinatarios del programa se dividirán en varios grupos dependiendo de las actividades que se van a llevar a cabo en cada sesión:

- El primero estaría formado por todos los beneficiarios (primarios, secundarios y terciarios).
- El segundo se compondría de los individuos que poseen trastorno mental grave. Por un lado, individualmente, para trabajar en terapia con la/el psicóloga/o. Por otro lado, todos juntos, para la realización de muchas de las actividades. En el caso de algunas de ellas se dividirían los grupos según rangos de edad (dependiendo del número de participantes en cada uno).
- El tercer grupo lo formarían los familiares, únicamente.
- El cuarto estaría compuesto tanto por las personas con TMG, como por sus familiares.
- En quinto lugar, un grupo formado por toda la población general.
- Y, en sexto y último lugar, se formaría un grupo compuesto por la población general junto con personas con TMG.

El lugar donde se desarrollará la intervención será principalmente un edificio de uso público situado en la calle Ciudad Escolar s/n, en uno de sus pabellones. Algunas de las sesiones se realizarán al aire libre o en otras instalaciones públicas, como centros educativos o pabellones deportivos.

Metodología

Participantes

En la intervención participarían tres grupos de personas con trastorno mental grave y sus familias. Para seleccionar la muestra de participantes se contactaría con el equipo de psiquiatría tanto del Hospital Obispo Polanco como del Centro de Salud y del Hospital San Juan de Dios (UME.- Unidad de Media Estancia y ULE.- Unidad de Larga Estancia), con el objetivo de poder contar con sus pacientes de forma voluntaria para este programa. El número idóneo de participantes se situaría entre treinta y cuarenta, divididos en tres grupos:

- Grupo experimental: estará formado por diez/doce personas con trastorno mental grave y sus familias, que decidan participar y que recibirán el programa de intervención descrito en este trabajo.
- Grupo control 1: formado por otras diez/doce personas con trastorno mental grave y sus familias, quienes recibirán parte de las sesiones del programa. Los primeros, participarán en los talleres de hábitos saludables y prevención de riesgos. En cuanto a los familiares, asistirán a las sesiones con la/el psicóloga/o, sin la presencia del familiar con problemas de salud mental (sesiones del primer y tercer viernes del mes).
- Grupo control 2: este último grupo estará formado por otras diez/doce personas con trastorno mental grave y sus familiares, quienes participarán en una pequeña parte del programa de intervención. Los primeros, únicamente recibirán los talleres de hábitos saludables y prevención de riesgos y, junto a sus familias, asistirán a las excursiones y visitas culturales.

Además de estos grupos, en todo momento se seguirán las jornadas de sensibilización, dirigidas a la población general, puesto que dentro del programa se considera de vital importancia contribuir a paliar el estigma y la desinformación relacionados con el tema.

Instrumentos

Para evaluar el efecto y la eficacia del programa de intervención, por una parte, se pasarán diferentes pruebas estandarizadas a todos los grupos participantes en el programa (Experimental, Control 1 y Control 2). Por otro lado, se observará y registrará la evolución de diferentes aspectos.

La primera medida se tomará antes de la realización de la intervención (T1) y la segunda, una vez finalizada la misma (T2). A continuación, se especifican las formas de medida de los diferentes objetivos del programa, según a qué grupos vayan dirigidos. Para los beneficiarios primarios, se utilizarán los siguientes cuestionarios y escalas:

- *Basic Everyday Living Skills* (BELS; Hunter y Margolius, 1989), con los ítems de la versión española para medir la autonomía personal.
- Test de Rosenberg para evaluar la autoestima (Rosenberg, 1965).
- Cuestionario elaborado ad-hoc para evaluar la inteligencia emocional (véase Anexo 1).
- Adaptación del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; Sandín y Chorot, 2003), puesto que se suprimirá el factor 3, relacionado con la religión.
- Cuestionario elaborado ad-hoc para evaluar hábitos saludables, salud y autocuidado (véase Anexo 2).
- Cuestionario elaborado ad-hoc para medir la capacidad de prevención de riesgos (véase Anexo 3).

Otros aspectos serán evaluados mediante la observación, como son la creatividad, la evolución de las habilidades matemáticas, lingüísticas y críticas aplicadas a la vida cotidiana (a través de las diferentes actividades que se llevarán a cabo y serán explicadas posteriormente) y, por último, la motricidad, coordinación y movilidad.

En relación a los familiares, se observará si el vínculo se ha consolidado y mejorado y, además, se les pasará un cuestionario elaborado ad-hoc para medir en qué grado han aprendido pautas y recursos que les ayuden a manejar su situación familiar (véase Anexo 4). Por último, la población general cumplimentará un cuestionario creado para medir el grado en que la sensibilización ha sido efectiva, creado por el Fórum de Entidades Aragonesas de Salud Mental (2019) y que se encuentra en el Anexo 5 de este trabajo. Conviene destacar en este punto que los niños de tres a doce años no tendrán que rellenar ninguna medida psicométrica, todo será evaluado a partir de la observación.

Sesiones

El programa se llevará a cabo durante dos meses, a poder ser entre mayo y junio. Sus actividades se realizarán de lunes a sábado. El horario de lunes a jueves estará dirigido principalmente a personas con trastorno mental y serán sesiones grupales. Se

dividirá entre mañanas (10 a 12 horas) y tardes (17 a 19 horas), con dos actividades diarias, por tanto. Para hacer más ameno el trabajo y evitar que la atención de los participantes se desvíe de la actividad, se dividirán las sesiones en dos partes de 45 minutos cada una, con un descanso de quince minutos entre cada una (el tiempo que sobre se dedicará a preparar el aula y recoger los materiales utilizados entre todos). También, cada día, la/el psicóloga/o realizará terapia individual con los participantes del programa (cada día con una persona diferente). Todas estas actividades se reflejan en la Tabla 1, que se presenta a continuación.

Tabla 1. *Sesiones exclusivas para personas con trastorno mental grave.*

	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>
De 10:00 a 12:00h	Taller de hábitos saludables	Matemáticas, lengua etc. aplicado a la vida cotidiana	Trabajo de las emociones	Taller de preparación para la vida laboral
De 12:15 a 13:15h	Terapia individual con la psicóloga/o	Terapia individual con la psicóloga/o	Terapia individual con la psicóloga/o	Terapia individual con la psicóloga/o
De 17:00 a 19:00h	Musicoterapia y arteterapia	Terapia asistida con animales	Taller de prevención de riesgos	Psicomotricidad y relajación

De la misma manera, se implementarán actividades dirigidas al resto de grupos participantes en el programa. Se realizarán los viernes y los sábados, entre las 10:30 y las 12:30 horas y se recogen en la Tabla 2.

Tabla 2. *Actividades con familiares y población en general.*

<i>(Respecto al mes)</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>
Primero	Sesión familiar I	Sensibilización a la población (psicóloga/o)
Segundo	Sesión familiar II	Excursiones y visitas culturales
Tercero	Sesión familiar I	“Conociendo la diversidad”
Cuarto	Sesión familiar II	Excursiones y visitas culturales

Dos viernes al mes, el primero y tercero, se realizarán sesiones grupales entre la/el psicóloga/o y las diferentes familias (Sesión familiar I). Otros dos viernes al mes, el segundo y el cuarto, se llevarán a cabo estas mismas sesiones grupales, añadiendo la presencia de las personas con trastorno mental grave (Sesión familiar II). Además, los sábados también se dividirán. El primer y tercer sábado de cada mes, se realizarán actividades de sensibilización. El primero se dedicará a actividades dirigidas por la/el psicóloga/o e impartidas hacia la población infantil, juvenil y adulta. El segundo incluirá talleres en los que participarán tanto personas con trastorno mental grave como población general, denominados "Conociendo la diversidad". En ellos se llevarán a cabo actividades como artesanía o club de lectura, que serán explicadas posteriormente. Por último, el segundo y cuarto sábado de cada mes tendrán lugar excursiones y visitas culturales para todos aquellos que estén interesados.

Antes de comenzar los talleres y actividades del programa se realizará una jornada de presentación, en la que la/el psicóloga/o conocerá a todos los participantes.

Taller de hábitos saludables.

Objetivo: adquirir rutinas adecuadas de ejercicio físico, higiene y autocuidado y seguir una dieta equilibrada y unas pautas alimentarias ajustadas a las necesidades de cada persona.

Actividades: se trabajará en formato grupal, de tal forma que la/el psicóloga/o proponga varios temas y todo el mundo pueda participar, siguiendo la línea que más les interese a la personas presentes. Algunos de los temas que se tratarán serán la pirámide alimentaria, las cantidades adecuadas de sal y otros ingredientes, cantidad de ejercicio físico recomendada a la semana y las pautas para una higiene correcta y regular.

Musicoterapia y arteterapia.

Objetivo: promover la autonomía y facilitar formas de comunicación que no requieran las palabras, consiguiendo un aumento en la autoestima y autosuperación. También se busca favorecer un estado de ánimo óptimo.

Actividades: (1) escucha de diferentes canciones de género y época variados, tras la cual deberán escribir qué les evoca cada canción; (2) cada uno elegirá una canción y deberán representarla a través de un cuadro; (3) danzas y bailes folclóricos, tanto de España como de otros países y culturas (e.g., jota, sevillanas, salsa, rancheras);

(4) pequeña introducción en el ritmo a través de juegos de palmas y posterior creación de instrumentos musicales caseros.

Matemáticas, lengua, conocimiento aplicado a la vida cotidiana.

Objetivo: fomentar las habilidades matemáticas, lingüísticas y el conocimiento del medio, de tal forma que puedan desenvolverse mejor en su vida cotidiana.

Actividades: durante las dos primeras sesiones (si se considera necesario podría utilizarse alguna más), se trabajarán los aspectos básicos necesarios de cada bloque, como son problemas matemáticos con diferentes operaciones (e.g., sumas, restas, multiplicaciones, divisiones), diferentes tipos de texto (e.g., diálogo, expositivo, narrativo, informativo), interpretación de planos y mapas, o geografía básica. Posteriormente, durante el resto de las sesiones se realizarán actividades aplicadas, como las que aparecen en el Anexo 6.

Terapia asistida con animales.

Objetivo: mejorar la atención, la coordinación y los reflejos; facilitar la comunicación verbal y no verbal; aumentar tanto la autoestima como la confianza en uno mismo (Rubio, Loscertales, Obís, Obís y López, 2017). También se intentarán reducir aspectos como el estrés o la ansiedad y mejorar el contacto con el medio ambiente (Lasa et al., 2015).

Actividades: se trata de que los participantes trabajen diferentes actividades junto a animales como caballos, burros, perros, gatos y todos aquellos que puedan estar al alcance y les puedan proporcionar beneficio. Se trata de que se encarguen de su cuidado e higiene, alimentación y paseo (si es posible). Además, también podrán realizar circuitos con ellos, o bien montados (caballos, burros) o bien jugando (perros, gatos).

Trabajo de las emociones.

Objetivo: adquirir mayor conocimiento de las emociones positivas y negativas; saber identificarlas, tanto en uno mismo como en los demás; aprender a gestionarlas; utilizar la música, la pintura y los cuentos para expresar las emociones y sentimientos.

Actividades: en primer lugar, se trabajarán las distintas emociones (básicas, secundarias), sus funciones y sus componentes. Una vez que los participantes hayan adquirido los conocimientos básicos, se visualizará la película *Inside Out*, puesto que

refleja de una forma muy visual y comprensible todo lo anterior. Tras esto, se pasará a las actividades descritas en el Anexo 7.

Taller de prevención de riesgos.

Objetivo: prevenir posibles daños en el trabajo, en casa, en la calle y en su vida en general; aprender a actuar en situaciones de riesgo.

Actividades: este taller será impartido de la misma forma que el taller de hábitos saludables. La/el psicóloga/o comenzará con los temas a tratar y los individuos participarán en todo momento, resolviéndose sus dudas e inquietudes. Los temas a trabajar se describen en el Anexo 8.

Taller de preparación para la vida laboral.

Objetivo: acercar a los participantes a la vida laboral y adquirir claves para conseguir trabajo; una vez conseguido, aprender a desenvolverse en él de manera efectiva y beneficiosa.

Actividades: en este taller se realizarán actividades muy variadas, que englobarán el proceso que va desde la búsqueda de trabajo hasta el correcto desempeño en el mismo. Todo ello plasmado en el Anexo 9. En caso de que algunos usuarios no tengan las capacidades para trabajar, se adaptará el taller a la preparación para la búsqueda y realización de cursos y formaciones que puedan resultar de su interés (e.g., informática, cocina, pintura, jardinería).

Psicomotricidad y relajación.

Objetivo: mejorar la motricidad, coordinación, equilibrio y movilidad general de los participantes, así como fomentar la cohesión grupal y el compañerismo; aprender a gestionar situaciones que generan estrés o ansiedad.

Actividades: la primera hora de las sesiones estará dedicada a ejercicios como juegos tradicionales, tonificación, juegos de cohesión, deportes (véase Anexo 10). La segunda hora se destinará a la práctica de la relajación (véase Anexo 11).

Sesión familiar I.

Objetivo: fomentar el apoyo mutuo al compartir experiencias personales y ofrecer recursos y pautas para que puedan aplicarlas a la relación y cuidado de sus familiares con trastorno mental.

Actividades: son sesiones grupales. La primera sesión comenzará con una breve presentación por parte de cada familia, donde contarán brevemente su situación. Todas las sesiones son de participación voluntaria, por lo que pueden asistir familiares que solo quieran escuchar, por la razón que sea. Durante las sesiones, se irán trabajando diferentes temas y con distintas herramientas (véase Anexo 12). Se debe recalcar que la base de estas sesiones es establecer una relación basada en la confianza y el respeto, tanto entre la/el psicóloga/o y las familias como entre las familias.

Sesión familiar II.

Objetivo: consolidar y enriquecer el vínculo entre las personas con trastorno mental grave y sus familias.

Actividades: son sesiones grupales, en las que se realizarán muchas dinámicas de cohesión, pero también de sensibilización con la enfermedad. Aparecen explicadas en el Anexo 13.

Sensibilización a la población.

Objetivo: sensibilizar a la población y acercarla a la salud y al trastorno mental, para así conseguir reducir el estigma presente en la sociedad.

Actividades: este apartado estará dividido, dependiendo de a quién se dirija la sensibilización. Existirán tres grupos de participantes: niños, adolescentes y jóvenes y adultos. Todos ellos recibirán diferentes actividades y talleres, recogidos en el Anexo 14.

“Conociendo la diversidad”.

Objetivo: acercar a la población a las personas con trastorno mental, de manera que ambas partes consigan enriquecerse y aprender mutuamente, intentando conseguir la reducción del estigma.

Actividades: participarán los beneficiarios primarios y los terciarios y serán muy variadas: club de lectura, juegos tradicionales, artesanía, jardinería, o creación de un huerto. Además, a todas ellas se podrán añadir aquellas que sean de interés común. Se busca evitar que finalicen a la vez que el periodo de implantación de la intervención, por lo que se potenciarán y se brindarán todos los recursos necesarios para que esta actividad pueda seguir realizándose a lo largo del tiempo.

Excursiones y visitas culturales.

Objetivo: conocer el medio en el que viven, acercarse a la cultura local, al arte, la música y fomentar la integración en el grupo.

Actividades: las excursiones y visitas culturales engloban un gran rango de actividades, que serán elegidas por la/el psicóloga/o y por los beneficiarios del programa. Pueden incluir visitas a galerías de arte, asistencia a conciertos de grupos locales, visitas a museos, senderismo por los alrededores, visitas a las instalaciones deportivas de la ciudad, visitas a Dinópolis, y otras muchas más. Podrán asistir todos aquellos que estén interesados, beneficiarios primarios, secundarios y terciarios.

Recursos

Recursos humanos

- Psicóloga/o para llevar a cabo el programa de intervención.
- Personal auxiliar por si es necesario en alguna de las actividades.

Recursos materiales

Instalaciones/mobiliario

- Diversas aulas.
- Pabellón deportivo o pista al aire libre.
- Terreno vallado al aire libre (para la terapia con animales).
- Mesas, sillas.
- Colchonetas o esterillas.
- Pizarra.

Recursos informáticos

- Ordenador.
- Altavoces.
- Pantalla.
- Proyector.
- Cadena de música.
- Impresora, fotocopidora.
- USB.
- Aplicaciones informáticas: YouTube, Spotify.

Material fungible

- Lápices, rotuladores, pinturas, bolígrafos, tijeras, pegamento, gomas.
- Carpetas.
- Pinturas: acrílicas, témperas, óleo.
- Pinceles, lienzo, disolvente de pintura.
- Folios, cartulinas, papeles para manualidades (papel pinocho, charol...).
- Balón, pelotas, conos, picas, aros, bancos, petos, bolos, petanca, cuerdas.

- Materiales reciclados: cartón, tapones, botellas de plástico, bricks, cucharillas, rollo de cartón.
- Material de cocina, jardinería, artesanía, hortícola, libros de la biblioteca (a elegir dependiendo de las actividades que se prefieran realizar en las sesiones “Conociendo la diversidad”).

Evaluación

El programa será evaluado por distintas vías para conseguir una adecuada consistencia. En función de quién realice la evaluación se contará, por un lado, con un evaluador interno, que será la psicóloga que ha diseñado el programa y la que lo implemente. Por otro, se contará con evaluadores externos, ajenos al programa, que se encargarán de realizar otra evaluación, para que el proceso sea más objetivo.

Además, en función del momento temporal en que se realice la evaluación, se darán tres fases. Antes de la puesta en marcha del programa, se evaluará el diseño, la planificación y la metodología. Lo realizarán profesionales de reconocido prestigio en este ámbito, como Joshua Gordon (director del National Institute of Mental Health), Eliseo Pérez-Stable (University of California), Amparo Belloch (Universidad de Valencia) y Elena Cabedo (Hospital Universitario de Valencia). También se recogerá información con los instrumentos citados en el apartado correspondiente, a todos los grupos participantes en el programa, para poder evaluar su eficacia.

Durante la aplicación del programa se evaluará, por un lado, si éste se está desarrollando correctamente. Por otro lado, se observará si se producen cambios y mejoras en algunos aspectos como la creatividad, las habilidades matemáticas, lingüísticas y críticas, la motricidad, el vínculo familiar y la satisfacción general con el desarrollo de las sesiones. Por último, tras la aplicación del programa, para evaluar su eficacia los participantes volverán a rellenar los cuestionarios seleccionados, con el objetivo de comparar los resultados obtenidos y valorar si se han cumplido los objetivos del programa.

Resultados esperados

Tras la finalización de la aplicación del programa y en base a la literatura revisada, se esperan obtener resultados diferentes en la segunda evaluación (T2) en comparación con la primera (T1).

En la fase de evaluación T1 se espera que todos los participantes del programa obtengan unos resultados similares en los diferentes cuestionarios, teniendo en cuenta las diferencias individuales. Por un lado, esto quiere decir que se esperan encontrar puntuaciones no muy elevadas para personas con trastorno mental en los diferentes constructos evaluados, como son la autonomía, la autoestima, el afrontamiento del estrés, la inteligencia emocional o los hábitos saludables. Además, se espera encontrar un bajo nivel de habilidades motrices y de coordinación, así como de ciertas habilidades para desenvolverse de manera crítica en el día a día. Por último, se esperan hallar aspectos mejorables en cuanto al vínculo familiar. Por otro lado, tras pasar por primera vez el cuestionario de sensibilización a la población, se espera encontrar un bajo nivel de conciencia y conocimiento de la salud mental y los trastornos mentales.

Si el programa de intervención resulta eficaz, se esperan encontrar cambios y mejoras en el grupo experimental en la evaluación T2, en comparación con los dos grupos control, que no experimentarían todos esos cambios y mejoras.

En concreto, se esperarían encontrar mejoras en los resultados obtenidos en las diferentes pruebas, lo que se traduce en un aumento de la autonomía, autoestima, asertividad e inteligencia emocional, así como en la adquisición de herramientas para controlar y gestionar situaciones de ansiedad o estrés, para prevenir riesgos y posibles daños y para alcanzar unos hábitos saludables y un correcto autocuidado. También se esperan incrementos en las habilidades matemáticas, lingüísticas y críticas aplicadas a la vida cotidiana y en las habilidades relacionadas con la motricidad, la coordinación y la movilidad general. Por otro lado, se espera hallar un fortalecimiento del vínculo familiar, incluyendo el apoyo, la comunicación y la adquisición de herramientas para favorecer y manejar las diversas situaciones. En último lugar, se espera obtener un incremento adecuado y positivo en la sensibilización y concienciación de la población sobre salud mental y sus trastornos. Con todo ello, se espera conseguir la reinserción y rehabilitación psicosocial de las personas con trastornos mental grave, reduciendo el estigma presente en la sociedad actual hacia este colectivo.

Tanto para el grupo control 1 como el 2, se esperan mejoras en la adquisición de hábitos saludables y correcto autocuidado, así como en la prevención de riesgos. Para el primero, también se espera que la familia adquiera herramientas y nuevas formas de manejo de las situaciones. Para el segundo, se espera hallar un incremento en la cohesión grupal.

Conclusiones

La salud mental es una de las bases del bienestar humano y, por tanto, es muy importante tener conciencia y conocimiento de la misma. Los problemas de salud mental y los trastornos son aspectos poco conocidos y con los que la sociedad no está familiarizada y es ahí, en ese desconocimiento, donde surge la estigmatización de las personas que los sufren. Los datos de la OMS (2004) muestran que una de cada cuatro familias posee algún miembro que desarrollará un trastorno mental a lo largo de su ciclo vital, lo que significa que posiblemente personas de nuestro entorno más cercano o nosotros mismos podremos pasar por ello.

Dada la prevalencia de los trastornos mentales, es de vital importancia la creación e implantación de programas de intervención como el presente. Se trata de aportar a todos los sectores de la población unas herramientas y conocimientos que les permitan familiarizarse con los trastornos mentales y gestionar situaciones relacionadas con los mismos de manera eficaz. Sería interesante la creación de un programa similar pero dedicado a otros problemas de salud mental, como trastornos del aprendizaje, autismo, demencias, trastornos de personalidad, u otros.

Por último, se debe recalcar que, si el programa de intervención resulta viable y efectivo, se podrá cumplir un objetivo muy importante, que es el de mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno mental y sus familias, consiguiendo su reinserción y rehabilitación psicosocial y reduciendo así el estigma social que sufren. Con todo ello, se conseguirá un gran avance, tanto para la sociedad como para la profesión de la psicología.

Referencias

- Aloi, M., de Filippis, R., Grosso Lavallo, F., Chiappetta, E., Viganò, C., Segura-García, C. y De Fazio, R. (2018). Effectiveness of integrated psychological therapy on clinical, neuropsychological, emotional and functional outcome in schizophrenia: a RCT study. *Journal of Mental Health*, 32, 1-8.
- Chanpattana, W. y Sackeim, H. A. (2010). Electroconvulsive therapy in treatment-resistant schizophrenia: Prediction of response and the nature of symptomatic improvement. *The Journal of ECT*, 26, 289-298.
- Chau, C. y Vilela, P. (2017). Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. *Revista de Psicología PUCP*, 35, 387-422.
- Chýlová, H. y Natovová, L. (2013). Stress, self-efficacy, and well-being of the university students. *Journal on Efficiency and Responsibility in Education and Science*, 6, 190-202.
- Cohen-Cline, H., Turkheimer, E. y Duncan, G. E. (2015). Access to green space, physical activity and mental health: A twin study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69, 523-529.
- Doré, I. y Caron, J. (2017). Santé mentale: concepts, mesures et déterminants. *Santé Mentale au Québec*, 42, 125-145.
- Fórum de Entidades Aragonesas de Salud Mental (2019). *¿Qué sabes sobre la enfermedad mental?* Recuperado el 20 de mayo de 2019, de <http://fadesaludmental.es/el-estigma/cuestionario.html>
- Freeman, D., Bradley, J., Antley, A., Bourke, E., DeWeever, N., Evans, N., ... Clark, D. M. (2016). Virtual reality in the treatment of persecutory delusions: Randomised controlled experimental study testing how to reduce delusional conviction. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 62-67.
- Fuentes, I., Cangas, A. J., Castillo, M. y Roder, V. (2010). Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia (IPT) y programa residencial, laboral y de ocio y tiempo libre (WAF). En A. J. Cangas y V. Ibáñez (Eds.), *Nuevas perspectivas en el tratamiento del trastorno mental grave* (pp. 41-70). Granada: Alborán.
- Hagenaars, S. P., Harris, S. E., Davies, G., Hil, W. D., Liewald, D. C., Ritchie, S. J., ... Group, C. C. P. (2016). Shared genetic aetiology between cognitive functions and physical and mental health in UK Biobank (N = 112 151) and 24 GWAS consortia. *Molecular Psychiatry*, 21, 1624.

- Health Quality Ontario (2017). Psychotherapy for major depressive disorder and generalized anxiety disorder: A health technology assessment. *Ontario Health Technology Assessment Series, 17*, 1-167.
- Hecker, T., Radtke, K. M., Hermenau, K., Papassotiropoulos, A. y Elbert, T. (2016). Associations among child abuse, mental health, and epigenetic modifications in the proopiomelanocortin gene (POMC): A study with children in Tanzania. *Development and Psychopathology, 28*, 1401-1412.
- Hunter, B. y Margolius, O. (1989). *Basic Everyday Living Skills*. Londres: Team for the Assessment of Psychiatric Services.
- Key, B. L., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R. y Pawluk, E. J. (2017). Mindfulness based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*, 1109-1120.
- Lasa, S. M., Bocanegra, N. M., Alcaide, R. V., Arratibel, M. A., Donoso, E. V. y Ferriero, G. (2015). Intervenciones asistidas con animales en neurorehabilitación: Una revisión de la literatura más reciente. *Neuropsicología, 30*, 1-7.
- Marsden, Z., Lovel, K., Blore, D., Ali, S. y Delgadillo, J. (2018). A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*, 1-9.
- Miklowitz, D. J. y Chung, B. (2016). Family focused therapy for bipolar disorder: Reflections on 30 years of research. *Family Process, 55*, 483-499.
- Milner, A., Krnjacki, L., Butterworth, P. y LaMontagne, A. D. (2016). The role of social support in protecting mental health when employed and unemployed: A longitudinal fixed-effects analysis using 12 annual waves of the HILDA cohort. *Social Science & Medicine, 153*, 20-26.
- Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Marsch, L. A. y Bartels, S. J. (2016). The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25*, 113-122.
- National Institute of Mental Health (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington, DC: NIMH.
- National Institute of Mental Health (2017). *Health topics*. Recuperado el 2 de mayo de 2019, de <https://www.nimh.gov/health/topics/index.html>
- O'Brien, M. P., Miklowitz, D. J., Candan, K. A., Marshall, C., Domingues, I., Walsh, B., ... Cannon, T. D. (2014). A randomized trial of family focused therapy with

- populations at clinical high risk for psychosis: Effects on interactional behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 90-101.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: Tushita.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 26 de abril de 2019, de <https://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Trastornos mentales: Datos y cifras*. Recuperado el 2 de mayo de 2019, de <https://www.who.int>
- Padhy, S. y Hedge, A. (2015). Schizoaffective disorder: Evolution and current status of the concept. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 26, 2.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rubio, R. D., Loscertales, A. A., Obís, M. M. B., Obís, P. B. y López, A. P. S. (2017). Terapia asistida por animales. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 8, 254-271.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-53.
- Singh, A., Singh, T. y Singh, H. (2018). Autogenic training and progressive muscle relaxation interventions: Effects on mental skills of females. *European Journal of Physical Education and Sport Science*, 5, 134-141.
- Tsitsi, T., Charalambous, A., Papastavrou, E. y Raftopoulos, V. (2017). Effectiveness of a relaxation intervention (progressive muscle relaxation and guided imagery techniques) to reduce anxiety and improve mood of parents of hospitalized children with malignancies: A randomized controlled trial in Republic of Cyprus and Greece. *European Journal of Oncology Nursing*, 26, 9-18.
- Varghese, R., Norman, T. S. y Thavaraj, S. (2015). Perceived stress and self-efficacy among college students: A global review. *International Journal of Human Resource Management and Research*, 5, 15-24.
- Zhang, Z., Zhang, L., Zhang, G., Jin, J. y Zheng, Z. (2018). The effect of CBT and its modifications for relapse prevention in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18, 1-14.

Anexo 1

Cuestionario de inteligencia emocional

1. Normalmente me paro a pensar en la emoción que estoy sintiendo:
 - a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
2. Me considero una persona:
 - a. Pesimista
 - b. Pasiva
 - c. Positiva
3. Reconoce las emociones de las siguientes imágenes:



4. Cuando me siento triste o deprimido:
 - a. Normalmente sé cuál es el motivo
 - b. A menudo no sé por qué es
 - c. No suelo sentirme así

5. Si estoy pasando por un mal momento y me siento desanimado/a:
 - a. Pierdo el apetito y se me hace un nudo en el estómago
 - b. Procuero que mi cuerpo tenga una alimentación sana y equilibrada
 - c. Como más de lo debido, sobre todo caprichos
6. Un amigo/a me ha atacado injustamente:
 - a. Por la noche todavía sufro por ello
 - b. Pienso en la manera de devolverle su mal trago conmigo
 - c. Me olvido y me dedico a otras cosas
7. Cuando una persona me inspira algún sentimiento importante:
 - a. Suelo decírselo
 - b. Me guardo la opinión para mí solo/a
 - c. Me cuesta muchísimo decírselo, sólo lo hago en pocas ocasiones
8. Ante situaciones nuevas e inesperadas:
 - a. Analizo la situación e intento adaptarme poco a poco a la novedad
 - b. Me suelo bloquear y no sé qué hacer
 - c. Tengo cierto miedo a lo desconocido, pero intento enfrentarme como puedo
9. ¿Sabes detectar los sentimientos de los demás?
 - a. No es algo que me quite el sueño, espero que sean los demás que las expresen abiertamente.
 - b. Generalmente sintonizo muy bien con las emociones de los que me rodean.
 - c. Lo intento y algunas veces no consigo acertar.
10. Cuando estoy colérico o irritado:
 - a. Me reprimo para no explotar sin control y crear malestar en los demás.
 - b. Lo expreso sin temor rápidamente para que no se me quede dentro.
 - c. Lo expreso intentando siempre no ofender a los que me rodean.
11. Cuando te hacen sugerencias sobre aspectos que debes cambiar:
 - a. Lo admites solamente si provienen de personas muy cercanas a ti.
 - b. Agradeces que te hagan sugerencias, es una forma de mejorar.
 - c. Crees que detrás de la mayoría de las críticas se esconde una mala intención.
12. Me siento solo/a:
 - a. A menudo.

- b. Nunca o casi nunca.
- c. Sólo a veces.

13. Mi forma de actuar es:

- a. Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debería.
- b. Soy más bien reflexivo/a, pienso bastante antes de actuar.
- c. No me considero ni especialmente impulsivo/a ni reflexivo/a, depende de la situación.

14. Alguien en quien tú confías y aprecias te ha defraudado:

- a. Intentas perdonar y darle otra oportunidad, ya que todos cometemos errores.
- b. Te resulta imposible darle otra oportunidad.
- c. Le das otra oportunidad, pero lo que ha ocurrido no se te olvida nunca.

15. Cuando algo te ha molestado de alguien:

- a. Suelo decírselo y aclarar las cosas
- b. Me lo guardo, no digo nada
- c. No le digo nada y actúo de tal forma que él se sienta molesto.

16. Le doy muchas vueltas a las cosas, incluso a temas sin importancia.

- a. Sí, a menudo.
- b. No, nunca o casi nunca.
- c. Sólo me preocupo de las cosas importantes de verdad.

17. Mis propias emociones:

- a. A menudo me superan.
- b. Las reconozco fácilmente y las controlo.

Anexo 2

Cuestionario hábitos saludables

1. Hábitos de ejercicio físico: ¿Cuántas veces a la semana realizas ejercicio?
¿Cuál?
2. Alimentación:
 - a. ¿Llevas a cabo una dieta equilibrada con verdura, fruta, legumbres, carne, pescado, lácteos etc.?
 - b. ¿Comes una cantidad adecuada en cada comida? ¿Comes más o menos de lo que deberías?
3. Higiene:
 - a. ¿Cuántas veces al día te lavas los dientes?
 - b. ¿Sueles asearte y ducharte regularmente? Indicar las veces a la semana.
 - c. ¿Cada cuánto tiempo realizas limpieza del hogar?
4. Salud:
 - a. ¿Acudes regularmente a las revisiones médicas?
 - b. ¿Sigues las indicaciones de los especialistas sanitarios?
5. En general, ¿qué hábitos saludables realizas y destacarías de tu vida?

Anexo 3

Escala prevención de riesgos

1. ¿Cómo actuarías si detectaras que hay humo o fuego en casa?
2. ¿Qué harías si alguien de tu entorno está poniéndose enfermo?
3. ¿Qué pautas de seguridad vial conoces?
4. ¿Qué puedes hacer en casa para evitar caídas? ¿Y quemaduras? ¿E intoxicaciones?
5. ¿Qué medidas has tomado para prevenir riesgos en tu vida general?

Anexo 4

Cuestionario para familiares

- Pautas de comunicación presentes en la familia
- ¿Qué aspectos conoces acerca del trastorno de tu familiar?
- En caso de pasar por una crisis en el curso del trastorno, ¿cómo actuarías?
- ¿Cómo motivarías a tu familiar para que saliera con amigos, encontrara trabajo o, en general, llevara a cabo una vida más beneficiosa para él/ella?

Anexo 5

Cuestionario destinado a población juvenil y adulta

1. ¿Qué es la enfermedad mental?
 - a. Un proceso degenerativo del cerebro que disminuye la capacidad de la persona.
 - b. Un trastorno de la salud que provoca cambios en la forma de pensar, el estado de ánimo y la conducta de una persona.
 - c. Una enfermedad hereditaria.
2. ¿A quién puede afectar la enfermedad?
 - a. A cualquier persona sin importar su edad, cultura, sexo u origen.
 - b. A personas de familias desestructuradas.
 - c. Las personas con más formación tienen menos probabilidades de contraer esta enfermedad.
3. Entre la enfermedad mental y la discapacidad intelectual:
 - a. No existen diferencias, la discapacidad intelectual es un grado de la enfermedad mental.
 - b. La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y las dificultades relacionadas con ciertas capacidades de la vida diaria y la enfermedad mental es un desorden, que no disminuye sus funciones sino que las altera.
 - c. Ninguna de las dos tiene tratamiento.
4. ¿Cuál de estas alteraciones no es una enfermedad mental?
 - a. Síndrome de Down
 - b. Trastorno de la personalidad
 - c. Anorexia
5. La enfermedad mental:
 - a. Es una enfermedad como cualquier otra
 - b. No es una enfermedad propiamente dicha
 - c. Es una discapacidad genética
6. Una persona con enfermedad mental:
 - a. Puede llevar una vida normal
 - b. Es imposible que pueda llevar una vida normal
 - c. Depende de la enfermedad

7. La enfermedad mental:
 - a. Es para toda la vida
 - b. No tiene tratamiento
 - c. Se puede tratar
8. Una persona con esquizofrenia:
 - a. Es más creativa de lo normal en temas artísticos, como consecuencia de su enfermedad
 - b. Hay de todo
 - c. Es un tópico de las películas
9. La enfermedad mental:
 - a. Afecta solo al enfermo mental
 - b. No afecta a las personas cercanas, ya que la sociedad diferencia el problema del enfermo mental del entorno en el que se encuentra
 - c. Afecta también a las personas cercanas a ellos, especialmente sus familias
10. Cuando te relacionas con una persona con enfermedad mental, ¿cómo reaccionas?
 - a. Te mantienes un poco a distancia
 - b. Te asusta
 - c. No te afecta
11. En una entrevista de trabajo, ¿qué dificultades crees que tendrá una persona afectada por una enfermedad mental?
 - a. Le afecta negativamente, como a cualquier persona que tenga una enfermedad
 - b. Lo tendrá difícil como consecuencia del estigma de la enfermedad mental
 - c. No afecta, si tiene los conocimientos necesarios para el puesto
12. Una persona diagnosticada con enfermedad mental grave:
 - a. Solo puede trabajar en centros especiales de empleo o talleres protegidos especialmente diseñados para ellos
 - b. Puede trabajar en empresas ordinarias si cuenta con los apoyos necesarios
 - c. Con una enfermedad mental grave y permanente no se puede trabajar
13. Una persona con enfermedad mental:

- a. No es competitivo en la empresa
 - b. La enfermedad no afecta a la competitividad, hay personas sin enfermedad que son unos totales incompetentes
 - c. Tiene alguna limitación
14. ¿Consideras que una persona con una enfermedad mental es peligrosa?
- a. Sí, para terceras personas.
 - b. Depende de la enfermedad.
 - c. No, hay personas que son más peligrosas que los enfermos mentales.
15. La medicación:
- a. Puede evitar el descontrol y descompensación de un enfermo mental.
 - b. No pueden evitar la peligrosidad de los enfermos mentales.
 - c. No existe un tratamiento para la enfermedad mental.
16. Crees que una persona con enfermedad mental:
- a. Debe contar a todo el mundo que es un enfermo mental.
 - b. Lo mejor es que no se lo cuentea nadie.
 - c. Solo cuando se necesario, como cualquier otra enfermedad.
17. Si vas en el tranvía y ves a una persona hablando sola y diciendo incoherencias, qué haces:
- a. Te retiras, por si acaso se mete contigo.
 - b. Mantienes la normalidad.
 - c. Piensas que ese tipo de personas deberían estar encerradas o, por lo menos controladas, porque pueden causar problemas.
18. Si a un conocido tuyo le diagnostican una enfermedad mental:
- a. Tratas de alejarte.
 - b. Mantienes un contacto superficial.
 - c. Tratas de mantener la relación y ayudarle.
19. ¿Cuál crees que es el motivo por el que la enfermedad mental causa rechazo?:
- a. Existe una falta de información sobre lo que es enfermedad mental en la población en general.
 - b. Porque un enfermo mental puede ser peligroso.
 - c. Porque es una enfermedad muy grave.
20. ¿Qué imagen dan los medios de comunicación de las personas con enfermedad mental?:
- a. Dan un tratamiento correcto de la enfermedad mental.

- b. Existe una imagen negativa de ellos, ya que normalmente salen en el apartado de sucesos, (esquizofrénico agrede...., persona con trastorno mental ataca..., etc.).
 - c. Existe una imagen positiva, ya que dan informaciones sobre actividades de integración de este colectivo.
21. ¿Cuál el principal obstáculo para la integración de las personas con enfermedad mental grave y persistente?:
- a. Generan situaciones de rechazo y la gente cree que una persona con esquizofrenia no puede llevar una vida normal y trabajar.
 - b. No suelen tener la formación adecuada.
 - c. La situación de paro les impide la incorporación al mercado de trabajo.
22. ¿Dónde crees que debe estar una persona con enfermedad mental?:
- a. En un psiquiátrico cerrado.
 - b. En la comunidad, pero con tratamiento.
 - c. No pueden estar en la comunidad, tiene que estar controlados, por lo menos en un psiquiátrico, aunque sea abierto.
23. Las enfermedades mentales:
- a. Las tienen las personas con debilidad de carácter.
 - b. Se desarrollan consecuencia de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales.
 - c. Solo las desarrollan las personas que consumen drogas.
24. ¿Qué posibilidades hay de contraer una enfermedad mental?:
- a. Una de cada cuatro personas desarrollará a lo largo de su vida algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental, aunque sea de carácter leve.
 - b. Una de cada diez.
 - c. Una de cada cincuenta.
25. La enfermedad mental:
- a. Es un producto de la imaginación.
 - b. Son afecciones reales que causan sufrimiento.
 - c. Se da en los países ricos y no en los pobres, ya que en buena parte es una consecuencia del consumo.
26. Las enfermedades mentales:
- a. Son raras.
 - b. Son muy comunes.

- c. Pueden ser contagiosas en algunos casos.
27. Las personas con enfermedad mental:
- a. Pueden casarse y tener hijos.
 - b. No pueden, ya que su enfermedad les impide mantener relaciones normales.
 - c. Lo mejor es que sólo se relacionen con otros enfermos mentales.
28. ¿En una reunión en la que hay una persona con enfermedad mental se empieza a alterar con motivo de la conversación, que haces?
- a. Te apartas, ya que todos los enfermos mentales son peligrosos y no se sabe cómo reaccionarán.
 - b. Permaneces tranquilo, tratas de rebajar la tensión y evitar el estrés
 - c. Rebates los argumentos lógicamente y con firmeza, ya que por el hecho de que sea un enfermo mental no tienes que darle la razón o callarte tus argumentos.

Anexo 6

Actividades aplicadas a la vida cotidiana:

En lo referido a las matemáticas se llevarán a cabo varias actividades que incluirán el manejo de cantidades, la división de ingredientes, las fracciones...

- Creación de recetas culinarias
- Ir a hacer la compra

En cuanto a lengua, las actividades a realizar serán:

- Diseñar diálogos de teatro para después representarlos en el centro o bien a familiares y población general (si los participantes lo desean).
- Hacer currículums, interpretar facturas de la luz, el gas, de telefonía...

En lo respectivo a conocimiento del medio y orientación, se puede llevar a cabo actividades como:

- Guiarse por el entorno con la ayuda de planos de las calles
- Realizar juegos de pistas por el entorno cercano al edificio donde se imparte el programa
- Hacer excursiones por la naturaleza de los alrededores como los montes, los riachuelos, las arcillas. Durante estas rutas, a los participantes se les darán diferentes mapas con indicaciones de qué flora, fauna o elementos del relieve deben encontrar. Por ejemplo, durante la visita al río y alrededores, deben encontrar flores como la margarita, la amapola... Durante la excursión por los montes deben encontrar diferentes tipos de árboles: pino, roble, cerezo...

Anexo 7

Trabajo de las emociones:

- Creación de “El Emocionario”: cada individuo deberá describir qué significan para él/ella las emociones básicas (felicidad, miedo, ira, asco, tristeza, sorpresa) y cómo las representaría a través de un dibujo.
- Actividad “Emocionarte”: se trata de que los participantes escuchen varias canciones, al finalizar el fragmento de cada una, deberán escribir qué emoción les ha despertado, qué recuerdo les evoca y plasmar en un papel cómo representarían esa canción.
- “Identificando emociones”: se entregará a cada individuo uno o dos papeles con diferentes emociones básicas y secundarias. Después, uno por uno saldrá a representar las emociones que les han tocado y los demás intentarán adivinarlas.
- “Las emociones en los cuentos”: durante esta actividad se trabajarán diferentes cuentos populares como “El patito feo”, “Caperucita Roja” y otros a elección de los participantes. Consiste en ir identificando a lo largo del cuento las emociones por las que pueden estar pasando los personajes y explicar el porqué de las mismas.
- “Transmitiendo emociones”: este ejercicio puede ir unido a los talleres de lengua aplicada. Se trata de crear una obra de teatro o un cuento sin representación, en el que se puedan observar diferentes emociones y, además, siga una estructura adecuada de principio, nudo y desenlace. El ejercicio podrá realizarse por grupos o parejas, como los participantes lo prefieran.

Anexo 8

Taller de prevención de riesgos:

Algunos de los temas que se trabajarán relacionados con la prevención de riesgos domésticos son:

- Caídas: mantener el suelo limpio, evitar productos que puedan hacer que se encuentre resbaladizo, colocar alfombrillas en la bañera, evitar subirse a superficies inestables para alcanzar objetos, colocar barandillas en casa...
- Intoxicaciones: ordenar y separar los medicamentos de los productos de limpieza, mantener todos los productos del jardín, pinturas u otros materiales lejos de los productos alimenticios...
- Quemaduras: utilizar objetos con agarres aislantes del calor, colocar las sartenes al fuego con el mango hacia el interior, mantener la plancha en un lugar seguro...

Para prevenir riesgos laborales, los temas seleccionados dependerán del trabajo de los participantes. Si no lo tienen, también puede hablarse de la prevención en las aulas en las que se lleva a cabo el programa, como por ejemplo el buen clasificado del material señalando su ubicación, o el mantenimiento de un buen estado de la sala (suelos limpios, sin obstáculos que puedan provocar caídas...).

También se deben trabajar los posibles peligros con los que puedan encontrarse en su día a día como:

- Ser consciente del estado (colores) del semáforo
- Cruzar únicamente por pasos de cebra
- Adecuar el calzado y la vestimenta a las épocas del año (teniendo en cuenta que en la ciudad en la que se implanta el programa, Teruel, es fría durante los meses de invierno y en algunas ocasiones nieva o se hiela el suelo).

Una aportación muy interesante será la invitación a profesionales de diferentes ámbitos para que compartan sus conocimientos y realicen actividades que ayuden a la sensibilización de las personas con trastorno mental grave. En este caso se invitaría a:

- Personal sanitario que pudiera ofrecer un taller de primeros auxilios

- Bomberos y otros profesionales de emergencias que dieran información sobre cómo actuar en caso de incendio, derrumbe y otras posibles situaciones de peligro

- Policía y Guardia Civil que expusieran planes de actuación en casos de accidentes de tráfico, educación vial.

Anexo 9

Taller de preparación para la vida laboral:

El taller englobará:

- Pautas para la búsqueda de trabajo por diferentes vías: periódico, anuncios en la vía pública, ofertas vía online. También para la búsqueda de cursos y formaciones que puedan serles de ayuda para el trabajo que vayan a desempeñar.
- Guía para la correcta elaboración de un currículum.
- Actividades de *role-playing* en las que se trabaje la asertividad y aspectos formales para desenvolverse correctamente en la entrevista inicial.
- Pautas de organización y gestión tanto del tiempo, como de los recursos materiales con los que se trabajará.
- Actividades para fomentar la cohesión grupal y la comunicación con los compañeros de manera asertiva, fluida y activa.

Anexo 10

Psicomotricidad:

Juegos tradicionales: durante esta actividad se jugará a juegos como los “hoyetes”, los bolos, “La rana”, la petanca, encestar aros en la pica, “Sobre-sobre”. Algunos de estos juegos (como los “hoyetes”), podrán ser creados, con material reciclado, por los individuos en algunas de las sesiones anteriores.

Los “hoyetes” está compuesto por un tablero con agujeros en los cuales deben encestar una ficha, piedra, tapón (dependiendo con el material que se juegue) y cada agujero tiene una puntuación diferente en función de la dificultad de su posición.

“Sobre-sobre” es un juego en el cual una persona tiene la pelota y los demás se sitúan en círculo alrededor, el que lleva la pelota dice: “Sobre-sobre por... (el nombre de un jugador)” y lanza la pelota lo más alto que pueda. El jugador nombrado debe ir a cogerla mientras los demás corren para alejarse lo máximo posible, cuando la consigue coger grita “Pies quietos” y los jugadores deben parar. Ahora, el portador de la pelota debe conseguir darle con la misma a uno de los jugadores, el que será eliminado. Tras esto, el que sigue llevando la pelota, dirá “Sobre-sobre por... (nombre de otro jugador)” y así hasta que quede solo uno.

Tonificación: se llevará a cabo mediante actividades con pesas, pelotas hinchables gigantes, plataformas de *step* y otros ejercicios como sentadillas, abdominales. Todos ellos adaptados a sus necesidades y tras los cuales se realizará un estiramiento.

Juegos de cohesión: se trata de que los individuos se integren más en el grupo y se formen lazos mayores a través de los cuales se fomente el compañerismo y la comunicación. Algunas de las actividades pueden ser: pasarse una pelota sin utilizar las manos, atarse las muñecas y jugar por parejas a pasarse la pelota, construir juntos un circuito que posteriormente realizarán (e.g., con picas, balones, bancos, conos), juegos de relevos por equipos.

Deportes: se pueden adaptar diversos deportes a las diferentes capacidades de los participantes, algunos pueden ser el fútbol, baloncesto, voleibol, tenis u otros como “balón prisionero”.

Anexo 11

Relajación:

Los participantes deben estar en un espacio cómodo, con una posición adecuada (sentados o tumbados), donde no haya ruidos que puedan distraer o perturbar el desarrollo del ejercicio. Todas las sesiones de relajación comenzarán con ejercicios de respiración, para conseguir adquirir un buen control de la misma. Posteriormente, se decidirá qué tipo de relajación se realizará y se observarán los resultados de cada una. Para finalizar, se pedirá a los participantes que, manteniendo los ojos cerrados y todo su cuerpo relajado, se imaginen en un lugar tranquilo (será explicado más adelante). Las técnicas de relajación que se llevarán a cabo son:

Técnica de relajación autógena de Schultz: Se trata de ir visualizando mentalmente poco a poco las diferentes partes del cuerpo, concentrándose en ellas y en el agradable peso que poseen. La sesión la irá guiando la/el psicóloga/o.

Esta técnica se realizará durante cuatro de las ocho sesiones de relajación debido a la evidencia presente en hallazgos como los de Singh, Singh y Singh (2018) que muestran que aumenta la capacidad de concentración. Tsitsi, Charalambous, Papastavrou, y Raftopoulos (2017), también observaron que los padres de niños con cáncer que la habían realizado mostraban menores niveles de ansiedad y estrés que aquellos padres que no la habían llevado a cabo.

Relajación progresiva de Jacobson: se trata de que los individuos tensen y relajen diferentes grupos musculares a lo largo de todo el cuerpo. Proceso guiado por la/el psicóloga/o.

Relajación instrumental: para esta técnica es necesario el uso de diferentes objetos para llevar a cabo la relajación. A diferencia de las anteriores que eran individuales, en esta deben colocarse por parejas, uno estará sentado en posición cómoda, con los ojos cerrados, y otro de pie detrás suyo. La persona que esté de pie deberá realizar dibujos circulares con el material en la espalda, brazos, cabeza y cuello del compañero. Los materiales que suelen utilizarse deben tener una parte curvada, como por ejemplo puede ser una cucharilla, una pelota, un bolígrafo, un rollo. Una vez usados todos los materiales según las directrices de la/el psicóloga/o, se cambiarán el puesto entre la pareja.

Como se ha nombrado antes, al finalizar cada sesión se pedirá a todos los individuos que se imaginen en un lugar tranquilo de playa o de montaña.

Playa: “Imaginaros en una de las playas más bonitas, tumbados sobre la arena cálida. El sol calienta poco a poco vuestra piel... el rumor de las olas se oye de fondo. Las gaviotas vuelan bajo el cielo azul... los pequeños cangrejos y caracolas bailan en la orilla... La brisa del mar acaricia tu pelo, tu cara, tu cuerpo...”.

Montaña: “Imaginaros en un valle, entre montañas bañadas de diferentes verdes... Repletas de árboles y flores de diversos colores. Hueles el aroma de cada una de ellas, mezclado con el olor a hierba... Los pájaros revolotean entre las copas de los árboles y el agua del arroyo cae entre las rocas, sorteándolas... Notas el sol y la pequeña brisa en la cara y el cuerpo...”.

Anexo 12

Sesión familiar I:

Temas que se trabajarán en las sesiones con la familia respecto a la comunicación y mejora del vínculo:

- Asertividad en el proceso de comunicación: comunicar opiniones, decir que no, decir que sí, dar un punto de vista diferente.
- Expresión e identificación emocional
- Trabajo de la empatía

Todos los temas anteriores se trabajarán con una parte teórica en la que la/el psicóloga/o introduzca los distintos temas, y posteriormente se realizarán de manera práctica a través de dinámicas como por ejemplo el *role-playing*.

Pautas, claves y herramientas que serán trabajadas con las familias:

- La disponibilidad de recursos sanitarios existentes que pueden serles de ayuda.
- Concienciación respecto a la sintomatología y curso de las distintas enfermedades mentales, lo que les permitirá conocer mejor a sus familiares y comprender por la situación que están pasando.
- Estigmatización y claves para acabar con ella: se hará hincapié en corregir aspectos como el lenguaje, las denominaciones (“loco”), el etiquetado (“es esquizofrénico” en lugar de “es una persona con esquizofrenia”).
- Visualización de vídeos como:
 - “Yo tenía un perro negro”, que trata una metáfora sobre la depresión
 - “La historia de Bruno”, que muestra el desarrollo del trastorno bipolar
 - Vídeos sobre alucinaciones auditivas.

La/el psicóloga/o también se encargará de proveer a las familias de todos aquellos recursos que necesiten para trabajar en casa con sus familiares como fichas, vídeos, juegos... Además, les enseñará, cómo guiar al familiar con trastorno mental en momentos de crisis o de recaída, dándoles guías y diferentes metodologías que pueden seguir.

Anexo 13

Sesión familiar II:

En cuanto a las dinámicas de cohesión se podrán realizar las siguientes:

- Dibujo a dos manos: todos los participantes se ponen por parejas o, si lo prefieren, por familia. Dos cogerán el mismo lápiz y deberán realizar un dibujo en el papel, el que les diga la/el psicóloga/o o el familiar (si han asistido más de 2). Se trata de una dinámica que posee tres niveles: en el primero, deberán llevar a cabo el dibujo sin cruzar ninguna palabra, simplemente dejándose llevar y llevando a la pareja. En el segundo, podrán hacerse preguntas y solo responder sí o no. En el tercero, tendrán la posibilidad de hablar todo lo que sea necesario. En esta dinámica se podrán realizar diversos dibujos modificando el nivel de complejidad de estos.

- Misión de supervivencia: se crea un contexto en el que deben imaginarse que viajaban a una isla desierta para descubrir los lugares mágicos que ésta posee, pero durante el viaje el avión tiene un contratiempo y se debe hacer una lista de prioridad de diez elementos. Deberán construir en grupos de seis o siete esa lista, de manera conjunta. Los elementos son: cerillas, garrafas de agua, alimentos, diez metros de cuerda, brújula, mapa de la isla, sacos de dormir, lona de cinco metros, bengalas luminosas, botiquín de primeros auxilios.

- Descripción: en esta actividad se dividirá a los asistentes por familias, cada uno deberá elegir un miembro de la familia (intentando que no se repitan) y después, pondrán tres características positivas de esa persona y dos negativas. Una vez escritas, cada uno comentará sus respuestas y se buscarán formas de valorar lo positivo y formas de resolver lo negativo.

En lo que respecta a la sensibilización con la enfermedad se llevarán a cabo diversas actividades:

- Cada participante puede escribir anónimamente en una tarjeta qué es lo que más le afecta de su propio trastorno o del de su familiar y posteriormente se entregarán a la/el psicóloga/o. Ésta/e podrá valorar cuáles son los términos por los que hay más curiosidad y desconocimiento y así poder trabajarlos en próximas sesiones.

- Creación de actividades que acaben con el estigma del trastorno mental como, por ejemplo, creación de cuentos, campañas dirigidas a la población, creación de un calendario con frases e ilustraciones creadas por las personas con trastorno y sus familiares.

Anexo 14

Sensibilización a la población:

Sensibilización dirigida a niños (desde los tres hasta los doce años):

Este sector de la población primero tomará contacto con algunos temas como las emociones, la discriminación y la inclusión a través de cuentos y cortometrajes.

- Emociones: se trabajarán a través de los cuentos “Paula y su cabello multicolor” y “El monstruo de colores”. Posteriormente, cada uno creará su propio “Emocionario”.
- Discriminación, inclusión y empatía: se visualizarán algunos cortometrajes como “Cuerdas” o “El regalo”.

Posteriormente se realizarán, de manera adaptada, diferentes murales con los trastornos mentales más comunes. Con ayuda de la/el psicóloga/o, los niños aprenderán características básicas de los diferentes trastornos y los representarán con dibujos. Unido a esta actividad, se creará un diccionario en el cual aparezcan explicaciones de los términos que deben utilizarse para designar a los trastornos mentales y a las personas que los poseen, intentando acabar así con el estigma y etiquetado.

Para finalizar, todos juntos, o bien divididos por sectores (mezclados por edades para poder enriquecer la actividad y ayudarse mutuamente) crearán diferentes historias escritas e ilustradas que reflejen todos los valores y conocimientos adquiridos durante las diferentes sesiones.

Sensibilización dirigida a jóvenes (de los 13 a los 18 años):

Se comenzarán trabajando aspectos como la discriminación, inclusión, estereotipo, prejuicio y las emociones. Para ello se utilizarán videos como: “La leyenda del espantapájaros”, “Cuerdas”, “El regalo”. Tras cada uno de ellos se realizará un pequeño debate. Además, se visionarán pequeños fragmentos de la película “Inside out” para ayudar a trabajar las emociones y poder construir cada uno su propio “Emocionario”.

Posteriormente, se llevarán a cabo dinámicas para conocer los trastornos mentales como por ejemplo un “Quiz” en el que todos tendrán una cartulina verde y otra

roja, se les irán realizando diferentes preguntas y deberán levantar la verde si creen que es cierto o la roja si creen que es falso. Otro ejemplo, que además fomenta la cohesión grupal, consiste en ponerse de pie y realizar diversos movimientos según si estén de acuerdo con la opción a) (levantar los brazos), b) (tocar el hombro del compañero), o c) (abrazarse a un compañero). Tras cada respuesta se explicará y justificará la misma. De esta manera, se les presentarán datos de prevalencia de las enfermedades, sintomatologías, factores relacionados con el estigma, factores predisponentes de la enfermedad y todo tipo de información de una forma amena y atractiva.

Para finalizar, se construirá entre todos el “Mural de la NO discriminación” a través del cual se luchará contra el estigma de los trastornos mentales, donde cada uno podrá incluir la frase y la ilustración que desee respecto a lo aprendido en las sesiones.

Sensibilización dirigida a población joven y adulta (a partir de los 18 años):

Como en las anteriores sesiones, se comenzarán clarificando algunos términos relativos a la inclusión, discriminación, estereotipo, prejuicio a través de debates y vídeos como: “Cuerdas”. También, se trabajarán las emociones con un fragmento de la película “Inside Out”, concretamente una de las escenas en la que se dejan ver con claridad las distintas emociones. Posteriormente se realizará alguna dinámica de identificación y expresión emocional.

Después, se realizará un “Quiz” con preguntas acerca de la salud mental y los trastornos, que como en el apartado anterior, responderán con una cartulina verde si están de acuerdo, o con una roja si no lo están. Para acercarse más a los diferentes trastornos se visualizarán pequeños vídeos acerca de las enfermedades más comunes como: “La historia de Bruno” o “Yo tenía un perro negro” y se realizará el posterior debate.

Para finalizar, se creará el mural “Desestigmatizando” en el cual escribirán e ilustrarán lo que consideren que podrá contribuir a disminuir la visión negativa hacia los trastornos mentales.