

Trabajo Final de Máster

**PROGRAMA ANTIESTIGMA PARA TRABAJADORES DE
LOS RECURSOS PSICOSOCIALES DE SALUD MENTAL
A TRAVÉS DE EJERCICIOS TEATRALES.**

Autora: Inés Casado Bravo.

Tutor: Miguel Gutiérrez Peláez.

Fecha de lectura:

Resumen

Podríamos considerar que el estigma hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental entre los trabajadores en este sector es escaso, ya que están en contacto directo con el colectivo, sin embargo, la literatura demuestra que el porcentaje de prejuicios es mayor entre los profesionales dedicados a este ámbito que el resto de profesionales de la salud. Pese a ello, lo más recomendado para la eliminación del estigma continúa siendo la formación teórica, existiendo poca evidencia en la literatura sobre programas prácticos antiestigma para profesionales. Uno de los recursos demostrados de los que se puede disponer para hacer frente a esta problemática es el teatro, ya que la tarea del actor en las encarnaciones de los personajes a los que representan ha demostrado ser una herramienta muy fuerte para el desarrollo de la empatía. Es por ello, que este programa propone 6 sesiones antiestigma basadas en la empatía generada a través de ejercicios teatrales.

Palabras clave: estigma, antiestigma, profesionales, salud mental, psicosocial, teatro.

Abstract

We could consider that stigma towards people with a mental illness among workers in this sector is low, since they are in daily contact with them, the literature shows that the percentage of prejudice is higher among professionals dedicated to this area than other health professionals. Despite this, the most recommended for the elimination of stigma is the theoretical training, with little evidence in the literature on practical anti-stigma programs for professionals. One of the proven resources available to deal with this problem is theater, as the task of the actor in the incarnations of the characters they represent has proven to be a very useful tool for the development of empathy. That is why this program proposes 6 anti-stigma sessions based on empathy generated through theatrical exercises.

Keywords: stigma, anti-stigma, professionals, mental health, psychosocial, theatre.

Contenido

Introducción	4
El estigma.....	4
El estigma del trastorno mental	5
Estigma entre profesionales	7
El teatro como herramienta terapéutica.....	8
Justificación	9
Objetivos	11
Metodología	12
Participantes.....	12
Recursos	14
Materiales.....	14
Personales.....	14
Temporalización.....	14
Evaluación	15
Escala Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI)	15
Attribution Questionnaire 27 (AQ-27)	15
Sesiones.....	16
Resultados esperados	23
Conclusiones	25
Bibliografía	26
Anexos	29
Anexo 1	29
Anexo 2	34
Anexo 3	36
Anexo 4	38
Anexo 5	40

Introducción

El estigma

La palabra *estigma* fue creada por los griegos y la utilizaban para señalar cortes o quemaduras en el cuerpo, considerándose que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor, es decir, alguien a quien debía evitarse en lugares públicos (Goffman, 1963).

Erving Goffman (1963) ya describe 3 tipos de estigma:

- Estigma físico. Incluía a personas con malformaciones corporales.
- Estigma por defectos del carácter. Se incluía aquí a aquellas personas con características no físicas diferentes. Se refería a homosexuales, a personas con drogodependencias, con trastorno mental, con ideales políticos extremos, desempleados, etc.
- Estigma tribal. Refiriéndose a aquellas personas que eran desacreditadas por pertenecer a una etnia, raza o religión. Este estigma se daba hacia toda una familia, ya que son factores biológicos y culturales que se heredarían.

Desde entonces, su significado ha evolucionado hasta nuestros días, aunque sin alejarse demasiado de esta primera definición. El paso del tiempo y la perduración del estigma hacia ciertos colectivos ha suscitado interés entre investigadores y ha provocado una descripción más amplia del concepto.

Stafford y Scott (1986) son los primeros en hablar de la “norma”, relacionando el estigma con una convicción social sobre cómo debemos comportarnos según cada circunstancia y cómo todas aquellas conductas que se salen de estas opiniones son señaladas, provocando marginalidad en la sociedad. Sumado a esto, considero relevante destacar a otros autores que no consideran el estigma como una discriminación intrínseca de cada persona, sino como un movimiento social vinculado con las relaciones de poder que un grupo de personas experimenta hacia otro (Hebl y Dovidio, 2005).

Ottati, Bodenhausen y Newman (2005) también consideran el estigma como un constructo social que se manifiesta en 3 aspectos:

- Los estereotipos. Es la percepción que se tiene sobre un grupo de personas para justificar o racionalizar una conducta en relación con una categoría social

(Malgesi y Giménez, 2000). Es la dimensión cognitiva del estigma (Muñoz, 2020).

- Los prejuicios. Son las actitudes hostiles o de desconfianza hacia alguien perteneciente a un grupo por dicha pertenencia (Allport, Clark y Pettigrew, 1954). Sería la dimensión emocional del estigma, es la reacción a los estereotipos (Muñoz, 2020).
- La discriminación. Es dar un trato desigual a una persona o colectivo (RAE). Es la dimensión conductual del estigma (Muñoz, 2020).

Hasta ahora otros investigadores como Cazzaniga y Suso (2015) han hablado sobre las consecuencias de estas actitudes que discriminan a ciertos colectivos y las dividen en objetivas-aquellas que dificultan que las personas estigmatizadas puedan acceder a sus derechos-, y las subjetivas: el autoestigma.

Actualmente se mantienen 3 tipos de estigma (Corrigan y Kleinlein, 2005):

- Estructural. Aquel existente en las instituciones, las leyes, permitiendo las diferencias entre unas personas y otras, perpetuando la exclusión social de las más vulnerables.
- Social. Aquel existente en la población general, provocando limitación de oportunidades como dificultades para encontrar trabajo digno o una atención médica de calidad.
- Personal. Detallado en el siguiente apartado.

El estigma del trastorno mental

Centrando esta discriminación por prejuicios en las personas con diagnóstico de trastorno mental grave, considero relevante destacar a Fox, Earnshaw, Taverna y Vogt (2018) quienes, tras una revisión bibliográfica completa sobre el estigma en salud mental, concluyen el Marco del estigma de la enfermedad mental, haciendo un esquema del rechazo que vive la persona estigmatizada (autoestigma) y los diferentes tipos de estigma que aprende la que estigmatiza, el cual adjunto a continuación:

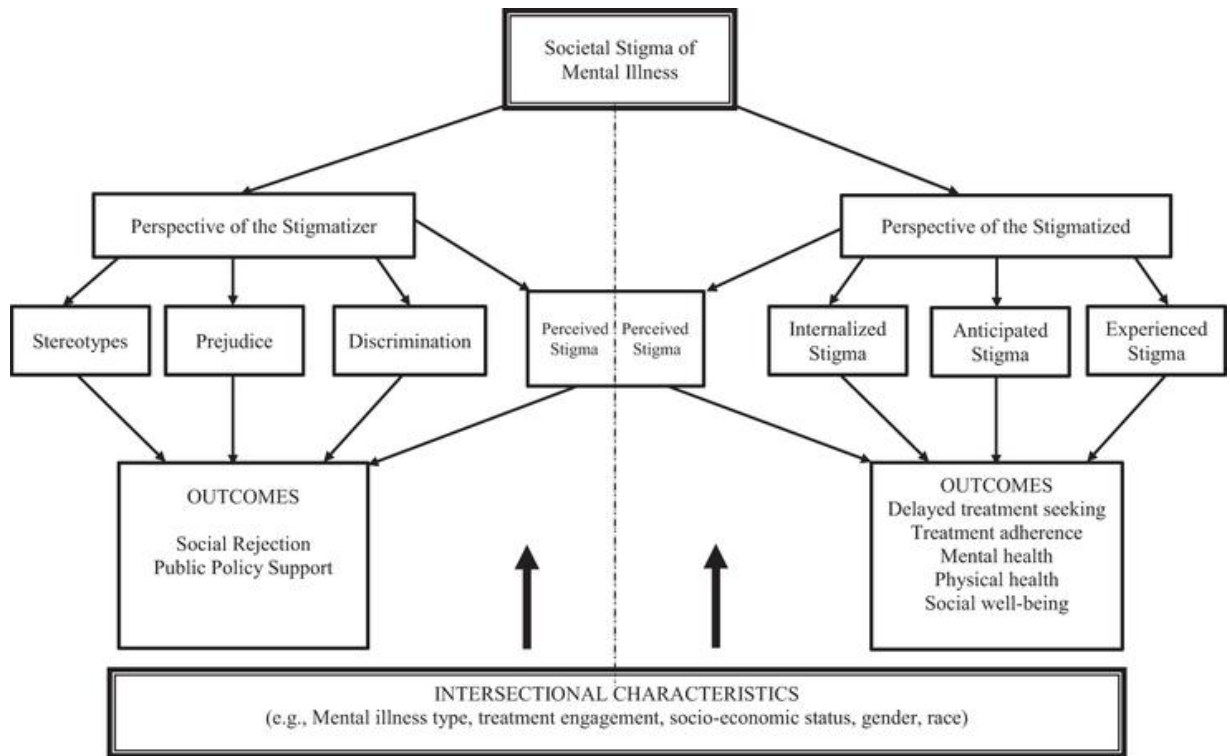


Figura 1. Esquema del estigma hacia personas con enfermedad de mental de Fox, Earnshaw, Taverna y Vogt (2018)

Para comprender mejor este esquema, es importante explicar qué es el estigma personal o autoestigma y qué lo forma. Es aquel que experimenta la propia persona y está formado por (Quinn y Earnshaw, 2013):

- Estigma internalizado. Cuando la persona se identifica con un grupo socialmente prejuizado. Por ejemplo, una persona con trastorno bipolar se identifica con los prejuicios hacia esta población.
- Estigma experimentado. Cuando la persona es directa o indirectamente rechazada por una característica, un diagnóstico de trastorno mental grave en este caso. P. ej: una persona es rechazada en una entrevista de trabajo por su diagnóstico de trastorno de la personalidad.
- Estigma anticipado. Cuando una persona con un estigma que puede ocultarse, cree que podría recibir un trato negativo por parte de otras si llegaran a conocer esta característica de ella. Por ejemplo, no contar a familiares cercanos el diagnóstico por miedo al rechazo, no permitiendo así, que pueda ser una red de apoyo durante su recuperación.

Las personas con mayor autoestigma están menos inclinadas a buscar ayuda profesional, es menos probable que se adhieran al tratamiento cuando buscan ayuda, y es más probable que experimenten una alianza terapéutica más deficiente con los profesionales (Yap, Wright y Jorm, 2011).

Estigma entre profesionales

Podemos considerar que el hecho de que los profesionales que trabajan con personas con diagnósticos de Trastorno Mental Grave (TMG, en adelante), es decir, trastornos de la personalidad, del estado del ánimo y trastornos psicóticos, no presentan actitudes discriminatorias o/ni estereotipos hacia estas personas. Por desgracia, la literatura nos muestra una realidad muy distinta.

Navarro y Trigueros (2019) realizan una revisión bibliográfica sobre el estigma entre los profesionales, en la cual se examinan 38 artículos que estudian esta temática. Sus principales conclusiones son las siguientes:

- El contacto prolongado con los usuarios, hace a los profesionales subestimar sus capacidades.
- El trastorno mental monopoliza las visitas en la atención sanitaria de las personas con diagnóstico de salud mental, obviando cualquier otra dolencia existente.
- El estigma en profesionales no se desvía significativamente del de la población general.

Entre los profesionales de la salud mental se han demostrado más estereotipos negativos que en el resto de los profesionales de la salud, donde los pacientes pasan a ser un simple objeto de trabajo, por ejemplo, esto se observa en las conductas paternalistas.

Existen otros estudios en los que se ha encontrado evidencia del estigma en salud mental frente a la población con diagnósticos psiquiátricos. En uno de ellos, realizado por Servais y Saunders (2007), los investigadores encontraron que las personas con diagnóstico de esquizofrenia son “indeseables” por un 34% de los psicólogos encuestados, y destacan a las personas con trastorno bipolar como las más peligrosas (42%).

En otro estudio sobre esta problemática, los investigadores Deans y Meocivic (2006) estudiaron el estigma existente entre 65 enfermeras cuyos pacientes presentan trastorno límite de la personalidad. Los resultados muestran que una alta proporción de las encuestadas experimentan reacciones y actitudes emocionales negativas hacia sus pacientes, describiéndoles como “manipuladores”, y casi la mitad afirman que “no se puede cuidar de ellos”. El estudio concluye que preocupa que uno de los problemas a los que tengan que enfrentarse las personas ingresadas sean las actitudes negativas del personal que los atiende.

El teatro como herramienta terapéutica

Cada vez son más los estudios que avalan las artes (pintura, danza, música, etc.) con fines terapéuticos, ya que estas permiten canalizar las emociones, y experimentar y resolver situaciones que en la vida real nos resultan arduas. El valor terapéutico del teatro ha demostrado ser más que fiable para mejorar las habilidades sociales y comunicativas, la autoestima y la memoria (Lorente, 2014).

Michalak et al (2014) demostraron que el teatro es un vehículo desestigmatizante a través de un trabajo que realizaron en el que una mujer con diagnóstico de trastorno bipolar realiza un monólogo sobre los prejuicios existentes en torno a esta patología. De este modo, los investigadores pudieron evidenciar una reducción cualitativa y cuantitativa del estigma tanto en profesionales de la salud mental como en otras personas con el mismo diagnóstico.

“El teatro ha demostrado ser un importante instrumento terapéutico y un agente facilitador de interacción y expresión, y como una nueva forma de cuidar e interactuar con la experiencia de ser una persona con un trastorno mental. Proporcionó una búsqueda de soluciones a los problemas de la vida cotidiana, constituyendo así un instrumento de valor significativo, que contribuye a la rehabilitación psicosocial de las personas con trastornos mentales” (Assad y Pedrão, 2013).

Además de la literatura, me gustaría señalar lo motivador que resulta el teatro no solo por ser una actividad diferente a aquellas que han realizado durante años, sino cómo es una actividad desestigmatizante también para ellos mismos, colocándose durante las sesiones en un rol de artista/actor en vez de enfermo/usuario/paciente.

Justificación

Como bien he mencionado a lo largo de los apartados anteriores, el estigma persiste y no solo en la población general y/o en las propias personas diagnosticadas, sino que se muestra con más prevalencia en los profesionales de la salud mental. Considero que los profesionales estamos al lado de personas que sufren a nivel psicológico y nuestra labor es acompañarles en este momento, buscando de manera conjunta alternativas a ese sufrimiento, mejorando así también, su calidad de vida. Deberíamos ser personas de apoyo, y no parte de una población que les dificulta la equidad, una vida plena y/o no confía en sus capacidades como cualquier otro individuo.

Es por todo esto, que considero necesario desarrollar propuestas de intervención y/o formación que compensen, reduzcan y lleguen a eliminar esta situación de desigualdad, estigma y discriminación de los profesionales, teniendo en cuenta el papel fundamental que mantenemos en la recuperación de personas en un momento de sufrimiento psíquico, ya prejuizadas por toda una sociedad.

Para ello, estimo oportuno basar mi propuesta de Trabajo Final de Máster en la empatía como base fundamental para la desestigmatización. Si bien, la capacidad para ponerse en el lugar del otro es imprescindible para reducir el estigma, asimismo lo es para la interpretación teatral. La capacidad de empatizar está directamente relacionada con minimizar los estereotipos y los prejuicios; aspectos básicos junto con la discriminación que componen el estigma, según Ottati, Bodenhausen y Newman (2005) como he mencionado anteriormente.

Desde el teatro, para empatizar con el personaje que se encarna, se realizan numerosos ejercicios, tanto en elenco como de autoconocimiento, consiguiendo así una sana relación con nosotros mismos y en nuestras relaciones sociales. Según Sandoval, González y Madriz (2020) el teatro mejora la empatía, la regulación emocional, la expresividad emocional, el desarrollo de competencias sociales y fortalece las relaciones interpersonales y el trabajo cooperativo.

Considero que trasladar esto a los equipos de salud mental, no solo reduciría su estigma, sino que mejoraría las relaciones del equipo, consiguiendo así una mejor calidad en la intervención para con los usuarios a los que se atiende.

Para la preparación de las sesiones, me he basado en Stanislavski (1951) y en actividades realizadas durante mi formación en Arte dramático. La creación como tal de este programa y sus adaptaciones para reducir el estigma son elaboraciones propias fundamentadas en la literatura y en experiencias prácticas basadas en reducir el estigma y desarrollar la empatía.

Por todo esto, presento a continuación, un programa de desestigmatización para profesionales de la salud mental basado en ejercicios teatrales.

Objetivos

A continuación, se detalla el objetivo general, que sería aquel que se quiere conseguir; los específicos que dividen el general en otros más concretos y sencillos; y los indicadores, que miden si los objetivos específicos se han cumplido o no.

OBJETIVO GENERAL		
Disminuir el estigma de los profesionales de recursos psicosociales sobre las personas con TMG a través de un programa de ejercicios teatrales.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADORES	
Identificar los principales estereotipos y prejuicios de los profesionales.	- Análisis de los resultados de la evaluación AQ-27 en la preevaluación.	- Verbalización de los propios participantes de sus prejuicios.
Reducir los prejuicios a través de la empatía en ejercicios de improvisación.	- Conseguir una mejor puntuación en las escalas CAMI y AQ-27 al finalizar el programa.	- Representaciones no estigmatizadas de personas con diagnóstico de TMG en los profesionales en los ejercicios.
Empoderar a los usuarios dentro y fuera del recurso.	- Aumento cuantitativo de acciones antiestigma en la programación del recurso a los 6 meses de la finalización del programa respecto a los 6 meses anteriores a su inicio.	- Cambios cualitativos en el recurso que posicionen a los usuarios en el centro de su recuperación (que promuevan su autonomía, respeto de sus decisiones, cambios en la comunicación de profesionales, ...)

Metodología

Participantes

La recomendación para este programa es que formen parte de él aquellos profesionales de los recursos psicosociales diurnos pertenecientes a la Red de Salud Mental que estén interesados en identificar y reducir su estigma, mejorando sus relaciones con sus compañeros. Me ciño a estos recursos, por el número reducido de profesionales, ya que facilitaría la búsqueda de un espacio en el horario laboral para realizar estas sesiones y, además, podría estar todo el equipo.

Excluyo a los equipos profesionales de los recursos residenciales por el elevado número de profesionales. En una segunda fase, posterior a la evaluación de los resultados del programa propuesto, podría valorarse la posibilidad de realizar un programa antiestigma específico para estos recursos.

En la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (Comunidad de Madrid, 2021), los recursos psicosociales diurnos dirigidos a personas con TMG son:

- Centros de Día (CD). Ofrecen apoyo a la mejora del funcionamiento y soporte social a aquellas personas diagnosticadas con mayores dificultades, y, por tanto, con mayor riesgo de deterioro, aislamiento o dependencia. Los profesionales posibles participantes del programa antiestigma serían:
 - Director
 - Psicólogo
 - Terapeuta ocupacional
 - 2 educadores
 - Administrativo

- Centros de Rehabilitación Psico-Social (CRPS). Destinados a ayudar a estas personas a recuperar el máximo grado de autonomía y promover su autonomía e integración, apoyando también a las familias. Los profesionales son:
 - Director
 - Psicólogo
 - Terapeuta ocupacional
 - 2 educadores

- Administrativo

- Equipo de Apoyo Psico-Social (EASC). Ofrecen atención social domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas que, por circunstancias personales, precisan de apoyo para poder mantenerse en su contexto familiar y comunitario. El equipo está formado por:
 - Psicólogo
 - Trabajador social
 - 2 educadores

- Centros de Rehabilitación Laboral (CRL). Centros cuyo objetivo es ofrecer a los usuarios a recuperar y/o adquirir hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral y apoyar su mantenimiento en el mismo. Formado por:
 - Director
 - Psicólogo
 - Terapeuta ocupacional
 - Técnico de apoyo a la integración laboral
 - Preparador laboral
 - 3 maestros de taller
 - Administrativo

En cualquiera de estos tipos de recursos, cuya plantilla estuviese interesada en participar, podría realizarse este programa. Sería interesante destacar que, aunque algún compañero no quisiera acudir, si los demás lo consideran importante, podría realizarse sin contar con los trabajadores no interesados, aunque incido en la oportunidad de poder hacer equipo y la importancia de poder colaborar toda la plantilla, para así, obtener una evaluación del programa más fiable, puesto que en las evaluaciones se tiene en cuenta a todo el equipo profesional.

Por lo tanto, los criterios de inclusión para recibir el programa serían:

- Ser parte de la plantilla de un CD, CRPS, CRL o EASC, independientemente del tipo de contrato.
- Estar interesado en realizar un programa antiestigma.

No hay criterios de exclusión.

Recursos

Materiales

Es necesario una sala polivalente. En 3 de los recursos mencionados anteriormente (CD, CRPS y CRL) se cuenta con ella, para la realización de talleres y actividades. En el caso de los EASC, la mayoría de los despachos de los profesionales se encuentra en el mismo centro que los CRPS, por lo que podría realizarse en esa misma sala, aunque no a la vez que el otro equipo.

El material necesario para llevar a cabo las sesiones sería aquel básico de oficina: sillas, una mesa y bolígrafos (para cumplimentar las evaluaciones). Si fuera necesario más material, siempre se contaría con el disponible en el centro en ese momento.

Personales

- El equipo profesional perteneciente a los recursos mencionados interesados.
- Persona externa al equipo que dirija las sesiones y evalúe el programa.
Preferiblemente, debería ser un profesional que conozca el trabajo actoral, y los recursos psicosociales, con el propósito de asegurar que es conocedor de las técnicas a aplicar y el trabajo a realizar en los recursos.

Temporalización

Se realizarán 6 sesiones, preferiblemente con frecuencia mensual, para facilitar los espacios en el calendario laboral del recurso y sus profesionales. Preferiblemente en octubre, noviembre, enero, febrero, marzo y abril, para facilitar que esté todo el equipo y no coincida con fechas señaladas (las navidades en diciembre) o épocas de personal mínimo en el centro (las vacaciones de verano). Deberían dejarse fechadas al comienzo del programa, aunque podrían modificarse si tanto el equipo, como la persona que lo dirigirá estén de acuerdo, teniendo en cuenta siempre que lo ideal es que participe todo el equipo en todas las sesiones.

La duración de cada sesión se estima en 1h.

Evaluación

Para realizar la evaluación del programa se administrarán dos escalas, ambas antes de la primera sesión y, entre la quinta y la sexta.

Los instrumentos de valoración que se utilizarán serán los siguientes:

Escala Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI)

Fue creada por Taylor y Dear (1981) a finales de los años 70 en Canadá. Su validación al castellano ha demostrado ser un instrumento fiable para la evaluación del estigma social (Ochoa et al, 2016).

El CAMI se compone de 40 afirmaciones, las cuales hay que valorar mediante una escala Likert según el grado de concordancia con tu opinión (1-Totalmente de acuerdo; 5-Totalmente en desacuerdo).

La puntuación total del cuestionario es la suma de todas las puntuaciones. Una puntuación alta (a partir de 120) indicaría ausencia total de estigma y una puntuación baja (menor de 30) presencia total de estigma.

La escala se adjunta en el Anexo 1.

Attribution Questionnaire 27 (AQ-27)

Fue desarrollado por Corrigan et al. en Estados Unidos. Su validación al castellano ha demostrado también que es un instrumento fiable para la evaluación del estigma social (Muñoz, Guillén y Pérez-Santos, 2015).

El AQ-27 relata un caso hipotético, el de José, una persona de 30 años diagnosticada de esquizofrenia. Tras unos datos más sobre este caso, se añaden 27 afirmaciones que valoran la percepción de la persona que está cumplimentando el cuestionario acerca de José, mediante una escala Likert de 9 niveles (1-En absoluto; 9-Muchísimo).

Los resultados se miden sumando las puntuaciones de los ítems, teniendo en cuenta que se dividen en 9 factores. Los ítems pertenecientes a la evitación se invierten. A mayor puntuación, mayor valor de ese factor para la persona (Comunidad de Madrid). El criterio es el siguiente:

AQ10+AQ11+AQ23= Responsabilidad

AQ9+AQ22+AQ27= Piedad

AQ1+AQ4+AQ12= Ira

AQ2+AQ13+AQ18= Peligrosidad

AQ3+AQ19+AQ24= Miedo

AQ8+AQ20+AQ21= Ayuda

AQ5+AQ14+AQ25= Coacción

AQ6+AQ15+AQ17= Segregación

AQ7+AQ16+AQ26 = Evitación

La escala se adjunta en el Anexo 2.

Sesiones

Se enviará a los participantes por vía digital las escalas de evaluación, que deben ser cumplimentadas antes de la primera sesión.

Sesión 1

Objetivos	Indicadores
Identificar los prejuicios y estereotipos del grupo.	- Autoadministración de la escala - Identificación consciente de los participantes.
Reflexionar sobre los prejuicios mediante la autocrítica y crítica constructiva.	Participación activa del equipo en la sesión

Técnica teatral: Para esta primera sesión utilizaremos la expresión corporal, aspecto básico en cualquier técnica teatral. Se decide realizar esta sesión a partir de ella, puesto que ayudará a romper el hielo, a aumentar la confianza y reducir la vergüenza de los participantes.

Desarrollo:

- 1- Explicación y objetivos del programa por parte de la persona encargada de dirigir las sesiones.
- 2- Actividad dinámica corporal y de equipo para facilitar la concentración y la conexión con los compañeros. Propuesta de ejercicios en Anexo 3.

- 3- Los demás en un lado de la sala, un participante andará como un pase de modelos, pero sin fingir la postura, caminará como lo hace habitualmente. Mientras camina, el resto de compañeros irá comentando de manera espontánea cómo dirían que es esa persona si no la conocieran, por su manera de caminar (parece seguro de sí mismo/tímido/enfadado...).
- 4- Conversaremos sobre cómo prejugamos cuando vemos a la gente por la calle.
- 5- Se les pedirá que cada uno piense en un usuario con el que intervengan actualmente o hayan intervenido en algún momento de su carrera. Todos por la sala caminarán con la postura y los andares de la persona en la que han pensado. Se les pedirá que se observen entre ellos e intenten identificar qué se ha modificado en cada compañero posturalmente y repetiremos el ejercicio 1 con estos nuevos andares.
- 6- Conversaremos sobre cómo vemos/se ven a las personas que atendemos “desde fuera” y cómo estos prejuicios interfieren en la integración de este colectivo.

Sesión 2

Objetivos	Indicadores
Empatizar con las personas discriminadas por el estigma	- Verbalización positiva de los participantes tras la sesión.

Técnica teatral: Para esta sesión realizaremos un trabajo empático a través de ejercicios basados en la memoria emotiva, un elemento fundamental en la técnica actoral de Konstantin Stanislavski (1951). Este trabajo se basa en que la memoria emocional (formada por la afectiva y sensorial) incita al actor a explorar en sus recuerdos para encontrar alguno similar al del personaje, sustituyendo las situaciones de éste por las del propio actor. Encontrar en nosotros emociones similares a las que puede estar sintiendo otra persona, es un método para trabajar la empatía.

Desarrollo:

- 1- Presentación de la sesión, explicación del objetivo a trabajar.
- 2- Actividad dinámica corporal y de equipo para facilitar la concentración y la conexión con los compañeros. Propuesta de ejercicios en Anexo 3.

- 3- Cada participante escogerá un sitio en la sala y cogerá una silla. Se les invitará a cerrar los ojos y dejarse llevar por las indicaciones de la persona encargada de dirigir el programa.
- 4- Se recorrerán tres emociones a través de las indicaciones. El propósito es guiar a los participantes a una situación que hayan vivido en la que hayan sufrido este rechazo; se comenzará y finalizará con una emoción agradable para facilitar el ejercicio. Con esto se pretende que empaticen con el sentimiento que sufren las personas con diagnóstico de salud mental cuando son víctimas del estigma. Se propone una elaboración propia de la guía en el Anexo 4.
- 5- Finalmente se dialogará de manera voluntaria sobre los recuerdos/emociones vividas individualmente a lo largo de la sesión y se anotarán, ya que las utilizaremos más adelante; habrá también un *feedback* sobre si ha sido efectivo y si les ha ayudado a empatizar.

Sesión 3

Objetivos	Indicadores
Empatizar con las personas discriminadas por el estigma	Participación activa del equipo en la sesión

Técnica teatral: Para esta sesión y la siguiente se utilizará la técnica de la improvisación. En ella, los actores simulan situaciones. Su técnica, aunque aparentemente sencilla, requiere de gran habilidad, conocimiento de los parámetros previos (objetivos, estrategias, acciones...), imaginación, etc. Para este programa, considero que la improvisación es un gran elemento que ayudará a empatizar con las situaciones de discriminación que pretende eliminar. Cummings (2016) en su estudio sobre la empatía en el teatro, dedujo que la empatía que podía llegar a generar un actor con el personaje que encarna es inimitable en ningún otro ámbito, ya que ponerse, literalmente, en la piel de un personaje, ayudaba a conectar el yo pasado y presente del actor con el del personaje.

No realizaremos ningún ejercicio técnico actoral previo si no se dispone del tiempo necesario y/o interés por parte de los participantes, por lo que, de primeras, se propone trabajar las improvisaciones desde el nivel básico (con los parámetros previos dados).

Desarrollo:

- 1- Presentación de la sesión.
- 2- Actividad dinámica corporal y de equipo para facilitar la concentración y la conexión con los compañeros. Propuesta de ejercicios en Anexo 3.
- 3- Diálogo - Entre todos se hace un breve recordatorio de emociones verbalizadas por ellos en la sesión anterior. Y se comparten en el grupo experiencias sobre situaciones en las que han vivido cómo algunos de sus usuarios han sido estigmatizados. En el caso de que no se compartan ninguna, se adjuntan algunas ideas en Anexo 5.
- 4- Se improvisan estas situaciones. Se pueden reproducir situaciones en las que han sido los propios profesionales quienes han discriminado a los usuarios. El propósito es que todos pasen por encarnar al usuario para facilitar la empatía. El organizador, ayudará a los participantes a recordar esa situación y empatizar, si es necesario, recordando lo vivido en la sesión anterior.
- 5- Se dialogará sobre si el final que tuvieron estas situaciones ayudó a reducir el estigma o lo perpetuó, es decir, si ellos/o los usuarios que estaban en esa situación, hicieron algo o si, por el contrario, no hicieron nada para contrarrestar esa discriminación.

Sesión 4

Objetivos	Indicadores
Empatizar con las personas discriminadas por el estigma	- Participación activa del equipo en la sesión

Técnica teatral: Boal (1974) desarrolla el Teatro del Oprimido, el cual se describe como un tipo de teatro, pedagógico, en el cual aprenden actores y espectadores. Su principal objetivo es la transformación social y la visibilidad de aquellas personas pertenecientes a colectivos marginados y/u oprimidos. Lo consigue a través de la ruptura de la cuarta pared, conectando así de una manera directa a los actores y al público, convirtiéndose este en un elemento fundamental para concluir la obra teatral representada. En la práctica, el Teatro del Oprimido, consiste en una obra de teatro de duración corta, en la que se representa una situación de desigualdad con un final

negativo para la persona o colectivo oprimido. Tras esto, se crea un debate con el público sobre la situación representada, dándole la oportunidad de modificar el final, para que ofrezcan al oprimido las posibilidades que están en su mano para vencer la opresión.

Esta será la técnica teatral en la que nos basaremos para llevar a cabo esta sesión.

Desarrollo:

- 1- Se hará un breve recordatorio sobre las situaciones expuestas en la sesión anterior.
- 2- Actividad dinámica corporal y de equipo para facilitar la concentración y la conexión con los compañeros. Propuesta de ejercicios en Anexo 3.
- 3- Presentación de la sesión.
- 4- Se reproducirán las situaciones de la sesión anterior, improvisando un final distinto, positivo para la persona que ha sufrido esta discriminación. Los cambios solo pueden estar dados por la persona que ha sufrido la opresión y/o los testigos, es decir, no se puede proponer que la persona que ha discriminado no lo haga, ya que es un hecho que ha sucedido, y se buscan soluciones ante esa situación y/o situaciones similares que pueden volverse a dar.

Sesión 5

Objetivos	Indicadores
Crear herramientas para los profesionales para empoderar a los usuarios dentro y fuera del recurso.	- Empatía con las emociones que producen ser rechazado - Reflexión realista de los participantes de las acciones antiestigma que pueden llevar a cabo en su recurso

Desarrollo:

- 1- Actividad dinámica corporal y de equipo para facilitar la concentración y la conexión con los compañeros. Propuesta de ejercicios en Anexo 3.
- 2- Presentación de la sesión.

- 3- Diálogo. Se expondrán las acciones antiestigma que se han realizado o se realizan actualmente en el recurso y las repercusiones que han tenido/tienen. Se debatirá sobre si es suficiente o es necesario continuar con estas acciones.
- 4- Colocamos a la vista de todos, las emociones que surgieron entre los participantes en la sesión 2.
- 5- Cada participante escogerá una y deberá realizar una lista de las estrategias que tiene para gestionarla.

Pondré un ejemplo para facilitar la comprensión:

Un profesional escoge la emoción *ira*. Hace una lista de estrategias que tiene para hacerle frente: *escribir, hacer boxeo, tocar un instrumento, desahogarse con un amigo, enfrentarla con humor, etc.*

- 6- Se comparten con el grupo, y se destacan las estrategias que más se repiten. Entre todo el grupo se realiza una lista de acciones antiestigma relacionadas con estas estrategias. Serán acciones que nacerán de las emociones generadas por el estigma: ¿Qué haría yo si me rechazaran para sentirme mejor?

Siguiendo con el ejemplo:

Se ponen en común y se repite en varios compañeros *enfrentarlo con humor y escribir*. Se plantean acciones antiestigma relacionadas con esto: escribir un periódico, o un libro o un grupo de escritura creativa, todo con la idea de hacerlo circular fuera del recurso. Hacer monólogos, hacer un grupo de risoterapia abierto a las personas ajenas al centro, etc. Las posibilidades dependerán de los profesionales y del recurso.

- 7- Se propondrán dos opciones:
 - a. Proponer esta lista a los usuarios y que elijan si les apetece realizar alguna.
 - b. Proponer un ejercicio similar al del programa con los usuarios y que sean de sus emociones las que salgan las estrategias, y por ello, las emociones.

Entre esta sesión y la siguiente, la última, se enviará por vía digital las escalas a los participantes, y deberán ser cumplimentadas antes de la siguiente sesión.

Sesión 6

Objetivos	Indicadores
Evaluación del programa	- <i>Feedback</i> positivo por parte de los participantes y del encargado de dirigir las sesiones. - Recomendaciones de los participantes que se pueden aplicar para mejorar el programa.

En esta última sesión realizaremos una actividad grupal de despedida, pero está centrada, principalmente, en cerrar el programa a través del diálogo.

Desarrollo:

- 1- Actividad dinámica corporal y de equipo para facilitar la concentración y la conexión con los compañeros. Propuesta de ejercicios en Anexo 3.
- 2- Diálogo sobre lo trabajado durante el programa: impresiones, ideas, si ha sido o no eficaz, debate sobre los prejuicios comentados en la primera sesión, etc.
- 3- Resultados de la evaluación de los participantes. Comparativa con los resultados de los cuestionarios en la pre evaluación y post evaluación de cada uno.
- 4- Fin del programa.

Sesión 7

Objetivos	Indicadores
Evaluación del programa	Cambios significativos que supongan una reducción del estigma en el recurso

Seis meses después de la finalización del programa, se recomienda realizar una supervisión que puede ser online, si así facilita que se lleve a cabo, en la cual, se podrá evaluar si durante este tiempo, se han producido cambios significativos en el día a día del recurso; es decir, si se ha empoderado a los usuarios dentro y fuera del recurso, tal y como se especifica en el último objetivo específico. Para ello se tomará de referencia las actividades antiestigma que se llevaban a cabo antes del inicio del programa y los surgidos al acabar el programa.

Resultados esperados

Como el programa no se ha podido llevar a cabo, no se han podido obtener unos resultados fiables sobre la eficacia del programa propuesto. Es por ello que, a continuación, redacto los resultados que se esperan obtener si el programa se llevase a cabo. Para ello, iré desglosando los objetivos propuestos y cómo se habrían cumplido en base a los indicadores planteados.

Objetivo específico 1: Identificar los principales estereotipos y prejuicios de los profesionales.

Será fundamental para esto los resultados de las escalas antes de la primera sesión, principalmente la del AQ-27, ya que a la hora de puntuar los resultados es muy específica sobre el tipo de prejuicios que presenta la persona que ha cumplimentado el cuestionario. Esto, junto con la primera sesión, en la que dialogaremos sobre cómo se juzga, y tras el ejercicio propuesto, hablaremos sobre los prejuicios que ellos identifican que tienen hacia este colectivo, se habrá conseguido este objetivo.

Identificar de manera específica qué prejuicios tienen los profesionales, permite poder trabajar sobre ellos de manera directa, reduciendo así el estigma.

Objetivo específico 2: Reducir los prejuicios a través de la empatía en ejercicios de improvisación.

De las seis sesiones propuestas, tres de ellas están centradas exclusivamente en la empatía: la 2, la 3 y la 4. En la dos, en la cual se ahondará en los recuerdos de los participantes buscando recordar una situación en la que ellos hayan sido también discriminados, se intentará en el diálogo final de la sesión, extrapolar esta sensación a la que viven los usuarios con los que trabajan. Respecto a las sesiones 3 y 4, se ponen en pie situaciones que han vivido y/o se podrían vivir con las personas que atendemos. Tendrán que representar estas situaciones, y se espera que estas no se realicen desde el cliché o estereotipo, sino desde el sufrimiento que podría vivir cualquier persona en una situación similar. El encargado de dirigir las sesiones, deberá ayudar para que así sea. Respecto a estas sesiones, no solo se ahondará en ponerse en la piel de estas discriminaciones, sino que, además, se aportarán soluciones para reducir el estigma cuando estas situaciones se vuelvan a dar.

De una manera más objetiva, podremos medir este objetivo comparando los resultados de las escalas al comienzo y al finalizar el programa. Se espera que los resultados hayan variado significativamente. En ambas se esperan resultados más bajos al finalizar el programa, ya que esto significaría una reducción del estigma asociado a personas con un diagnóstico de trastorno mental.

Objetivo específico 3: Empoderar a los usuarios dentro y fuera del recurso.

Probablemente este sea el objetivo más ambicioso del programa, ya que supone la extrapolación de lo trabajado durante el programa al recurso y a los usuarios. Se trabaja especialmente en la sesión 5, en la cual a través de las emociones que han sentido los profesionales recordando haber sido discriminados, se propondrá una lista de actividades viables desde el recurso para reducir el estigma social en el municipio.

Se espera que aumente el número de acciones antiestigma realizadas en el recurso en comparación con las que se habían hecho antes del inicio del programa. Además, se espera que haya un mayor peso en las cuestiones planteadas por los usuarios en cuanto a su recuperación. Esto podrá evaluarse en la última sesión.

Objetivo general: Disminuir el estigma de los profesionales de recursos psicosociales sobre las personas con TMG a través de un programa de ejercicios teatrales.

Con todo esto mencionado anteriormente, a través de la consecución de los objetivos específicos, se espera una mayor crítica y acción de los profesionales respecto a actitudes y situaciones en las que aparezca el estigma. Se considera que los ejercicios teatrales, y como bien se ha mencionado anteriormente en la literatura, son una forma amena y didáctica para trabajar la empatía, es por ello, que consolida la base de la mayoría de las sesiones propuestas.

Conclusiones

Tal y como demostraron Navarro y Trigueros (2019), los profesionales de la salud mental no están libres de prejuicios estigmatizantes respecto al colectivo de personas con trastornos mentales, aunque podamos pensar lo contrario. Las complejas interrelaciones entre el propio estigma, los síntomas, los tratamientos y el manejo y tratamiento del trastorno, hacen que la reducción del estigma en los profesionales sea un beneficio terapéutico fundamental para los usuarios de nuestros recursos.

Pese a los datos y estudios que se reafirman en la existencia de estigma entre los propios profesionales, no existe a día de hoy en la literatura actual ningún programa antiestigma dedicado a ellos. Tendemos a centrarnos en la mera formación cuando la oportunidad aparece, pero queda demostrado que no es suficiente, ya que si así fuera, el estigma entre los profesionales sería escaso.

La empatía que se genera a través de la representación de un personaje o situación es irremplazable (Cummings, 2016), es por ello que considero una buena herramienta para trabajar la reducción del estigma, añadiendo esto valor y originalidad al programa propuesto.

De manera transversal, al realizar estos ejercicios en grupo, se creará un espacio informal, en el que los participantes se relacionarán de manera diferente a la habitual. Los ejercicios teatrales están basados en la responsabilidad individual y en la confianza en los compañeros, componentes básicos para un eficaz y eficiente trabajo en equipo. Es por ello, que, aunque no se podrá medir de manera objetiva, considero que este programa, de manera indirecta mejorará el clima laboral del recurso en cuestión.

Bibliografía

- Allport, G. W., Clark, K., & Pettigrew, T. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Addison-Wesley.
- Assad, F. B., & Pedrão, L. J. (2013). The spontaneous theatre of everyday life as a therapeutic instrument in the resignification of being a carrier of a mental disorder. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(4), 1089-1097. SciELO.
<https://www.scielo.br/j/tce/a/fVXbrCG4bsQpjYDhmZGSxrQ/format=pdf&lang=en>
- Boal, A. (1974). *Teatro del oprimido*. Alba Editorial.
- Cazzaniga, J., & Suso, A. (2015). Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. Confederación Salud Mental España.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- Comunidad de Madrid. Red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera (septiembre de 2021).
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/cuadro_resumen_tipologia_centros_red_atencion_social_a_personas_con_enfermedad_mental_septiembre_2021.pdf
- Comunidad de Madrid. Escala AQ-27-E. <https://docplayer.es/78719725-Cuestionario-de-atribucion-27-aq-27.html>
- Cummings, L. B. (2016). *Empathy as dialogue in theatre and performance*. Palgrave Macmillan.
- Deans, C. y Meocivic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 21, 43-49. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/conu.2006.21.1.43>
- Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E.C., & Vogt, D. (2018). Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma and health* (pp. 348-376).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6261312/>
- Goffman, E. (1963). *Estigma, la identidad deteriorada*. Amorrortu editores.
<https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>

- Hebl, M.R., & Dovidio, J. F. (2005). Promoting the “social” in the examination of social stigmas. *Personality and Social Psychology review*, 156-182.
https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1207/s15327957pspr0902_4?journalCode=psra
- Lorente, E. (2014). Una experiencia terapéutica del uso del teatro en salud mental. *TOG*. <https://www.revistatog.com/num20/pdfs/original4.pdf>
- Malgesini, G., & Giménez, C. (2000). Guía de los conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. Los libros de la catarata.
- Michalak, E.E., Livingston, J.D., Maxwell, V., Hole, R., Hawke, L. D., & Parikh, S. V. (2014) Using theatre to address mental illness stigma: a knowledge translation study in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord* 2(1) 1.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25505692/>
- Muñoz, M. (2020). Guía de buenas prácticas contra el estigma. Reproexpress ediciones.
<https://www.contraelestigma.com/download-buenas-practicas/>
- Muños, M., Guillén, A. I., Pérez-Santos, E. & Corrigan, P. W. (2015). A structural equation modeling study of the spanish mental illness stigma attribution questionnaire (AQ-27-E). *American Journal of Orthopsychiatry*.
https://www.researchgate.net/profile/Ana-Guillen-4/publication/276849647_A_Structural_Equation_Modeling_Study_of_the_Spanish_Mental_Illness_Stigma_Attribution_Questionnaire_AQ-27-E/links/601d73ff4585158939844e45/A-Structural-Equation-Modeling-Study-of-the-Spanish-Mental-Illness-Stigma-Attribution-Questionnaire-AQ-27-E.pdf
- Navarro, N., & Trigueros, R. (2019). Estigma en los profesionales de la salud mental, una revisión sistemática. *Psychology, society and education*. 11(2), 253-266.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7282877>
- Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badía, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., Villellas, R., Martín, J. R., Pérez-Franco, M. B., Valdúciel, T., García-Franco, M., Balsera, J., Pascual, G., Julia, E., Casellas, D. & Haro, J. M. (2016) Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-validacion-al-castellano-escala-estigma-S1888989115000476>

Ottai, V., Bodenhausen, G. V., & Newman, L. S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. P. W. Corrigan. *On the Stigma of Mental Illness* (p. 99-128). Washington D.C: American Psychological Association.

Quinn, D., & Earnshaw, V. (2013). Concealable stigmatized identities and psychological well-being. *Social and personality psychology compass* (p. 40-51).
<https://compass.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/spc3.12005>

Real Academia Española. Diccionario de la lengua español, 23ª ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [Consultado el 7 de julio de 2022].

Sandoval, A. M., González V., & Madriz L. (2020). Retos y oportunidades: Teatro como estrategia de mediación pedagógica para el desarrollo de habilidades sociales. *Innovaciones Educativas*. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rie/v22n32/2215-4132-rie-22-32-65.pdf>

Servais, L.M. y Saunders, S.M. (2007). Clinical psychologists' perceptions of persons with mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*.
https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1310&context=psych_fac

Stafford, M. C., & Scott, R. R. (1986). Stigma, deviance, and social control: Some conceptual issues. *The dilemma of difference*.
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-7568-5_5

Stanislavski, K. (1951). *El trabajo del actor sobre sí mismo en el proceso creador de la vivencia*. Alba Editorial.

Taylor, S. M. & Dear, M. J. (1981). CAMI Scale. <https://camiscale.com/>

Yap, M., Wright, A., & Jorm, A.F. (2011) The influence of stigma on young people's help-seeking intentions and beliefs about the helpfulness of various sources of help. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20938638/>

Anexos

Anexo 1

CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (CAMI)

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. El concepto de personas con enfermedades mentales se refiere a personas que necesitan tratamiento para trastornos mentales, pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital. Debes marcar con un círculo la respuesta que refleja más adecuadamente tu reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante. No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente. Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.

1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.

MÁSTER EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

MÁSTER EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios.

MÁSTER EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

Anexo 2

CUESTIONARIO DE ATRIBUCIÓN 27

POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES FRASES ACERCA DE JOSÉ:

José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Vive solo en un apartamento y trabaja con empleado en una gran firma de abogados. Ha sido hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad.

AHORA CONTESTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE JOSÉ. MARQUE EL NUMERO DE LA MEJOR RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA; SIENDO:

1 – En absoluto/No/No es probable

9- Sí, Muchísimo/Muy probablemente

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Me sentiría violentado/a a causa de José									
2. Me sentiría inseguro/a cerca de José									
3. José me aterraría									
4. ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?									
5. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su medicación.									
6. Creo que José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza.									
7. Si fuera un empresario, entrevistaría a José para un trabajo.									
8. Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema.									
9. Sentiría pena por José.									
10. Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual.									
11. ¿Hasta qué punto crees que es controlable la causa de la situación actual de José?									
12. ¿En qué medida se sentiría irritado por José?									
13. En tu opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso?									
14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?									
15. Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico									
16. Compartiría el coche para ir al trabajo con José cada día									
17. ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José pudiera mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él?									
18. Me sentiría amenazado por José									

MÁSTER EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

19. ¿Hasta qué punto José le asustaría?									
20. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José?									
21. ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José?									
22. ¿Hasta qué punto comprende a José?									
23. En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?									
24. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?									
25. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado.									
26. Si fuera un propietario, probablemente alquilaría un apartamento a José									
27. ¿Cuánta preocupación sentiría por José?									

Anexo 3

Las siguientes actividades están basadas en ejercicios de la práctica teatral. Son ejemplos de las múltiples actividades que se realizan antes de comenzar los ensayos en las compañías teatrales, se podría realizar cualquiera. Ejemplifico algunas, por si la persona encargada de dirigir las sesiones no tuviese repertorio.

Su único fin es mejorar la concentración y facilitar la conexión de los participantes. Algunas han sido modificadas por mi para concretarlas en la salud mental y el estigma. Se utilizan como calentamiento y su duración no excede los 5-10 mins.

Actividad 1. Kia.

Todos los participantes se colocan formando un círculo amplio. Se pasa al compañero de la derecha una pelota imaginaria para lo cual se realiza un movimiento que implique todo el cuerpo. Hay que hacerla pasar continuamente. Todos los participantes realizarán el mismo movimiento cuando les llegue el turno y tendrán que acompañarlo con la palabra “kia”. Se hace circular la pelota hasta que de un par de vueltas al círculo y se para la actividad para añadir que cuando nos llegue el turno ahora tenemos 4 opciones:

- 1- Continuar el turno: pasando la pelota tal y como lo estamos haciendo, con ese movimiento, acompañado de “kia”.
- 2- Perder el turno del siguiente participante: agachando con las manos en el aire, diciendo “glu-glu”.
- 3- Cambiar la dirección del turno: dando una patada al frente y llevando las manos al pecho, diciendo “hey.”
- 4- Pasar el turno a un compañero que no está a nuestro lado: Poniéndonos de puntillas y señalar con las manos a otra persona del círculo, diciendo “tu-tu”.

Se puede finalizar cuando se desee, o se puede realizar algunas rondas para asegurarse que todos han entendido el funcionamiento y proponer una competición, eliminando a los participantes que vayan fallando.

Actividad 2. Historia desde estatuas.

Cada uno en un espacio de la sala, deberá representar con su cuerpo lo que sería para ellos la “salud mental”. Haremos fotos que se borrarán al finalizar la actividad. Entre todos se pondrán de acuerdo para colocar las fotos (se pueden proyectar si se cuenta con un proyector, o desde el móvil, o se pueden imprimir...) en orden contando una historia.

Actividad 3. Monstruo.

Imaginemos que el estigma fuera un monstruo. Cada participante en un espacio de la sala creará su versión del estigma personalizado. Tiene que ser un monstruo, por lo que deberá modificar su apariencia y su manera de caminar, disociando su parte superior del cuerpo con la de abajo. Es importante también que se le proponga un rugido y/o una manera de hablar...

Cuando todos lo tengan, se propondrá jugar al *pilla-pilla*, pero la persona que la liga será el monstruo que anteriormente ha creado. El resto de participantes debe andar a la misma velocidad que el monstruo.

Actividad 4. Mímica

Entre todos los participantes se pondrán de acuerdo para seleccionar un par de categorías: animales, deportes, películas, profesiones, emociones, etc.

De uno en uno van representando solo con el cuerpo, mediante mímica un ejemplo relacionado con esa categoría. Por ejemplo: deportes: baloncesto, piragua... Todos los participantes han de pasar al menos una vez por cada categoría elegida.

Otra opción es que esta selección la realice el que dirige la sesión y lleve unos papelitos que escogerán los participantes al azar, representando lo que le haya tocado.

Actividad 5. Números.

A cada participante se le asignará un número de una sola cifra, no lo debe escuchar nadie más que aquel al que se le dice. Se dirá en alto una cifra que contenga los números que han sido repartidos. Los participantes se deberán colocar en orden, representando la cifra, pero sin hablar entre ellos.

Por ejemplo:

Hay 5 participantes a los que se les reparte: el 1, el 9, el 6, el 2 y el 3. Se les avisa de que deben colocarse en orden para formar el número 21392. Deben conseguirlo sin hablar.

Se puede aumentar la dificultad repartiendo letras y teniendo que formar una palabra.

Actividad 6. Inventando al azar.

Cada participante escribirá en un papel la primera palabra que se le venga a la cabeza relacionada con el estigma. Después de uno en uno escogerán un papel al azar y deberá inventarse una historia que incluya la palabra seleccionada.

Anexo 4

Cerramos los ojos y nos ponemos cómodos en la silla. Vamos a estar un rato asique buscad la posición que más cómoda os resulte. Durante este viaje que vamos a realizar podréis ir acomodándoos todo lo que necesitéis.

Nos concentramos en nuestro cuerpo, notamos cómo están colocados nuestros pies, nuestras rodillas... (vamos despacio recorriendo las articulaciones, con la idea de que fijen su atención en ellos mismos y busquen la calma). Nos concentramos ahora en nuestra respiración, no la modificamos únicamente nos fijamos en cómo es.

Vamos a imaginar ahora que estamos en un espacio neutro, negro, no hay nada alrededor, más que una puerta enfrente. Es una puerta de madera, con decoraciones a los lados, podemos tocarla. El pomo es redondo, dorado, parece una puerta antigua. Tenemos ganas de saber qué hay al otro lado, por lo que cogemos el pomo, lo giramos, empujamos la puerta... y de repente estamos sentados acariciando algo. Algo que es muy suave. Al mirarlo te das cuenta que hacía muchísimo tiempo que no estaba ahí contigo. Para alguno será mascota que tuvo, un peluche de la infancia... para cada uno tendrá un valor sentimental distinto. Lo primero que se os haya ocurrido está bien. Aprovechamos para disfrutar de él el poco tiempo que tenemos, ya que hacía mucho tiempo que no podíamos disfrutar de él. Le acariciamos una y otra vez y recordamos los buenos momentos que pasamos juntos.

De repente, aparece de repente la puerta de madera con el pomo dorado enfrente de nosotros. Lamentablemente se nos ha acabado el tiempo con él. Le acariciamos una última vez y nos despedimos.

Cogemos de nuevo el pomo de la puerta, la empujamos de nuevo, suavemente... y nos encontramos de golpe con esa persona que aún no hemos perdonado. Es una persona que nos hirió en un momento de nuestra vida, que nos hizo sentir inferiores y nos discriminó por nuestra manera de ser, de vestir, de vivir... Quizá para alguno de vosotros es un ex compañero del colegio o del instituto, o una ex pareja, quizá alguien que considerabais amigo o alguien que no conocíais de nada... Nos fijamos en su rostro, concretamos cómo era. Nos fijamos en cómo va vestido: si lleva camisa o camiseta, de manga corta o larga, quizá lleva chaqueta, pantalón o falda, corto o largo... quizá lleva un vestido... qué zapatos lleva...

Podemos ver que está feliz. Le va bien. Y, aunque, hay una parte de nosotros que se alegra por él o por ella, hay otra parte de nosotros que no puede evitar dejar de darle vueltas a lo que nos hizo. ¿Somos capaces de recordar lo que nos hizo? Claro que sí, es algo que hemos dado vueltas mil veces. Volvamos a ese lugar, ¿era de día o de noche? ¿era un sitio cerrado o abierto? ¿Cuáles fueron las palabras que nos hicieron tanto daño? Volvemos a verle tal y como se muestra ahora mismo en nuestra imaginación. Y aprovechamos para decirle cómo nos hizo sentir. Se lo repetimos una y otra vez. Recordamos estas emociones que sentimos en este momento, será importante para después.

Esta persona solo logra decir una palabra "Perdón". Decidamos si estamos dispuestos o no a perdonar lo que nos hizo y démosle una respuesta.

Para nuestra suerte vuelve a aparecer la puerta de madera, y sin pensárnoslo, la abrimos. Nos vemos a nosotros mismos felices, muy felices. Desde fuera se nos ve disfrutar muchísimo de aquello que tanto nos ha costado conseguir, de aquello que hemos logrado después de soñarlo

durante tanto tiempo. Es nuestro futuro a corto plazo. Nos fijamos dónde estamos, quienes están con nosotros compartiendo esa felicidad... Disfrutamos de esto.

Por desgracia, volvemos a ver esa puerta de madera y vamos hacia ella, no sin antes volver a observarnos felices. La abrimos y volvemos a ese espacio totalmente neutro. Nos concentramos de nuevo en nuestra respiración, en nuestros pies tocando el suelo, nuestra espalda con el respaldo de la silla, en qué posición están nuestras manos... Y cuando estemos preparados abrimos los ojos.

Anexo 5

Situación 1.

3 participantes en los papeles de: psiquiatra, profesional y usuario.

Objetivos: psiquiatra-comprobar cómo se encuentra el paciente y ajustar medicación si es necesario.

Profesional-acompañar al usuario, ya que este ha expresado que se encuentra más tranquilo si va acompañado.

Usuario-ser escuchado y atendido por el psiquiatra.

Conflicto: El psiquiatra se dirige únicamente al profesional para preguntar por el estado de salud del usuario.

Situación 2.

3 participantes en los papeles de: madre/padre/familiar, usuario y profesional.

Objetivos: Usuario-contar a su familiar que quiere tener un hijo.

Madre/padre-Demostrar que son “buenos padres”.

Profesional-evaluar las relaciones del usuario con su conviviente.

Conflicto: El familiar se opone a la decisión del usuario de tener un hijo.