

TÍTOL / TÍTULO

PROPUESTA EDUCATIVA DE INTERVENCIÓN EN BENEFICIO DE LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL ENTRE EL COLECTIVO ADOLESCENTE.

Autor/a / Autor/a: Ana García Bermúdez

Director/a / director/a: Carlos Rebolleda Gil

Tutor/a o supervisor/a / Tutor/a o supervisor/a: Carlos Rebolleda Gil

Data de lectura / Fecha de lectura: 20 de junio de 2022

Resum / Resumen:

Existe un estigma hacia las personas con problemas de salud mental. Para ello, es importante educar de la infancia a adolescencia en la rotura de prejuicios hacia las personas con enfermedad mental.

En este sentido se ha desarrollado un programa de intervención, basado en 6 sesiones, en el entorno escolar, con adolescentes de 15-16 años, para reducir el estigma hacia las personas con trastorno mental. Un programa que además incorpora líneas estratégicas para la prevención y reconocimiento de problemas de salud mental en uno o una misma y en el entorno cercano.

Paraules clau / Palabras clave:

Estigma, adolescencia, enfermedad mental, proyectos de intervención, prevención.

Abstract:

There is a stigma towards people with mental health problems. For this reason, it is important to educate from childhood to adolescence in breaking prejudices towards people with mental illness.

In this sense, an intervention programme has been developed, based on 6 sessions, in the school environment, with adolescents aged 15-16 years, to reduce the stigma towards people with mental disorders. A programme that also incorporates strategic lines for the prevention and recognition of mental health problems in oneself and in one's immediate environment.

Key words:

Stigma, adolescence, mental illness, intervention projects, prevention.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 ESTIGMA	5
2.1.1 TIPOLOGÍA DEL ESTIGMA	6
A. ESTIGMA INDIVIDUAL	6
B. ESTIGMA FAMILIAR	6
C. ESTIGMA INSTITUCIONAL	7
D. ESTIGMA SOCIAL	7
2.2. ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL ESTIGMA	8
2.3. INTERVENCIONES ANTI-ESTIGMA CON ADOLESCENTES	11
2.3.1. PROGRAMAS ANTI-ESTIGMA CON ADOLESCENTES:	11
3. METODOLOGÍA	14
3.1. INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA	14
3.2. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA.	15
3.3. INFRAESTRUCTURAS Y RECURSOS NECESARIOS.	17
3. 4. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN	18
4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	20
6. RESULTADOS ESPERADOS	25
7. CONCLUSIONES	26
8. BIBLIOGRAFÍA	27
9. ANEXOS	31
9.1 ANEXO 1	31
9.2 ANEXO 2	33

1. INTRODUCCIÓN

El documento se trata de un trabajo de carácter profesional que trabaja el estigma de las personas con problemas con salud mental con el colectivo adolescente. Tiene como objetivo, plantear una propuesta de intervención que ayude a reducir el estigma hacia los jóvenes con problemas de salud mental mediante actividades concretas con jóvenes de 15 años en entornos de educación no formal. Para ello, es necesario previamente tener ciertos conocimientos de la realidad.

Existe un estigma notorio hacia los jóvenes que padecen enfermedad mental. Los adolescentes varones son más propensos a calificar de peligrosos a sus compañeros con enfermedad mental. Los adolescentes varones, también perciben a sus compañeros con enfermedad mental como diferentes de la "gente normal". Además, es reseñable que los jóvenes varones se sienten incómodos en presencia de un compañero con enfermedad mental. Sin embargo, las mujeres, en vez de incomodidad, sienten miedo en compañía de un compañero con enfermedad mental. Aun así, las mujeres tienen mayor aceptación por parte de otras con enfermedad mental (Dolphin & Hennessy, 2016).

Que los adolescentes que rodean al joven con enfermedad mental, personas de igual a igual, tengan interiorizados esos prejuicios, afecta directamente a la conducta y al trato que tienen entre ellos. Por tanto, el estigma no beneficia en el proceso de recuperación de la persona que padece problemas de salud mental. El estigma afecta a la calidad de vida, afecta negativamente las oportunidades educativas y laborales, obstaculiza los esfuerzos de recuperación, trastorna la vida familiar, empobrece y perjudica las redes de apoyo social (Pedersen, 2009). A pesar de que no todas las personas con enfermedad mental se sienten vulnerables ante el estigma social, son muchas las que afirman que el estigma social y las etiquetas asociadas a la enfermedad mental, tienen cierta repercusión en su vida social, laboral, así como, en sus relaciones (Markez, et al., 2000).

Es importante reducir el estigma hacia las personas con problemas de salud mental, ya que las creencias que se tienen afectan a como se percibe y como se vive la enfermedad. Es importante reconocer y entender la enfermedad mental sin ideas preconcebidas para que no disminuyan las estrategias de búsqueda de ayuda y haya una mayor adherencia al tratamiento (Bruno, Mccarthy, & Kramer, 2015). Por tanto, el hablar de la enfermedad es esencial.

Según Schiller (2014), el conocimiento de los síntomas típicos de la enfermedad mental permite a los adolescentes afectados reconocer lo que les ocurre. Por lo tanto, las posibilidades de recibir un diagnóstico y un tratamiento adecuados aumentarían considerablemente.

La transmisión de la información, podría ser un primer paso para ayudar a los adolescentes no afectados a acercarse a sus compañeros con enfermedad mental de una manera más abierta y sin prejuicios, ya que facilitaría el conocimiento específico de la enfermedad mental y debilitaría sustancialmente las actitudes negativas hacia el trastorno (Schiller, Schulte-Körne, Eberle-Sejari,, Maier, & Allgaier, 2014).

Eso sí, es importante que los jóvenes tengan información desde etapas más tempranas. Las creencias estigmatizantes aumentan con la edad (Bruno, Mccarthy, & Kramer, 2015). Por lo cual, los espacios escolares son buenos espacios educativos en los que se puede informar sobre los problemas de salud mental.

Pero, el objetivo para reducir el estigma que tienen los alumnos hacia otros jóvenes con problemas de salud mental no es solo informar, sino también, crear un espacio de confianza y seguridad en el propio centro que beneficie en el proceso (De la Higuera, 2020).

El conocimiento de la enfermedad mental de los estudiantes está positivamente relacionado con las características de su entorno escolar. Los estudiantes rodeados de un buen clima escolar demuestran tasas más altas de conocimiento de la enfermedad mental y menos creencias estigmatizadas, que los estudiantes que asisten a escuelas con climas menos positivos (Townsend, et al., 2019).

Se ven relevantes las medidas de la educación y la creación de un clima favorable para reducir el estigma entre adolescentes. Las creencias de los adolescentes sobre las enfermedades mentales no están tan desarrolladas como las de los adultos y, por lo tanto, es más probable que respondan a los efectos de la educación (Kosyluk, et al., 2021).

Aunque tanto la educación como el contacto afectan positivamente a la reducción del estigma, el contacto cara a cara con la persona, y no una historia mediada por una cinta de vídeo, tiene mayor efecto en la reducción del estigma (Stuart, 2006).

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ESTIGMA

Los griegos, quienes tenían conocimientos de los medios visuales, acuñaron la palabra estigma para referirse a los signos físicos de tratar de mostrar algo malo e inusual sobre la posición moral de su pueblo. Los signos eran cortes o quemaduras en el cuerpo (Goffman & Guinsberg, 1970).

Actualmente, la palabra estigma sigue teniendo una connotación negativa. Hoy por hoy, el estigma no se refiere a las manifestaciones corporales, sino al mal en sí mismo. Además, los tipos de males que preocupan a la sociedad han cambiado, y las personas son estigmatizadas por diferentes razones. En ese sentido, podríamos definir el estigma como los atributos de un individuo que le generan profundo descrédito (Goffman & Guinsberg, 1970). Los procesos de estigmatización se dan debido a que hay una discrepancia entre las características personales y las características que debe tener una persona según las normas culturales (Castro, Poblete, Soza, & Tapia, 2015). No son los atributos en sí, los que definen a la persona la desacreditan y colocan al sujeto en desventaja, sino es la connotación que tienen esos atributos en las sociedades (Vidal, 2002).

Por ejemplo, a las personas con enfermedad mental se les han hecho a lo largo de la historia atribuciones negativas que, a su vez, han influido en la forma en la que han sido tratadas y en sus derechos. Por medio del lenguaje, se ha aprendido y se han interiorizado concepciones respecto a las personas con problemas de salud mental, que luego se han transformado en “títulos”, con los cuales se ha etiquetado y clasificado a estas personas (Yang, et al., 2013).

El estigma con el que se ve a las personas carentes de salud mental tiene consecuencias negativas, tanto en las propias personas que padecen la enfermedad, como en sus familiares. Para estas personas, el estigma se convierte en una barrera para alcanzar la plena inclusión social (Castro, Poblete, Soza, & Tapia, 2015). El estigma deteriora la calidad de vida, afecta negativamente las oportunidades educativas y laborales, obstaculiza los esfuerzos de recuperación, trastorna la vida familiar, empobrece y debilita el festival de las redes de apoyo social. (Vidal F. , 2015).

Según la investigación del Ararteko (2000), son muchas las personas que se ven frenadas por el fuerte estigma que soportan. La sociedad desconoce la enfermedad mental, lo cual provoca miedo, desconfianza y rechazo.

Las consecuencias negativas del estigma para las personas con problemas de salud mental, son su incapacidad para acceder a espacios normales de trabajo o educación, o para entablar amistades o relaciones. Así, el estigma se convierte en un fenómeno no productivo, que conduce a la exclusión de la sociedad de las personas con determinadas enfermedades mentales. (Castro, Poblete, Soza, & Tapia, 2015).

2.1.1 Tipología del estigma

En salud mental, se puede clasificar el estigma en individual, familiar, institucional y social.

a. Estigma individual

El estigma individual o el auto-estigma, se trata del proceso desadaptativo en el que la persona acepta prejuicios sociales e integra esta creencia como parte de su autoconcepto (Martin, 2022).

Se podría decir, que, en las personas con problemas de salud mental, el auto-estigma es la manifestación más grave del estigma, porque significa que la persona ha internalizado las actitudes que ha recibido. La persona pierde la identidad que tenía anteriormente (por ejemplo, como estudiante, trabajador, padre) mientras que la identidad de la enfermedad estigmatizada se convierte en la dominante (Yanos, Roe, & Lysaker, 2010).

El estigma internalizado es un problema clínico que afecta a un número considerable de personas con enfermedades mentales graves. Según diversos estudios, alrededor del 36% de personas con enfermedad mental, muestran evidencia de haber interiorizado el estigma (West, Yanos, Smith, Roe, & Lysaker, 2011).

b. Estigma familiar

El estigma es uno de los mayores obstáculos en el tratamiento de la enfermedad mental. El estigma es el proceso social que se deriva de una situación de desequilibrio de poder, en la que se producen el etiquetado, los estereotipos, la separación, la pérdida de

estatus y la discriminación. Características que también influyen en el entorno familiar (De la Higuera, 2020).

Las personas que padecen problemas de salud mental y sus familiares son estigmatizados. El estigma que experimentan los familiares se describe como estigma "de cortesía " o "asociativo", que es el proceso por el que una persona es estigmatizada en virtud de la asociación con otro individuo estigmatizado. Por ejemplo, los familiares de los pacientes informan de que se les estigmatiza haciéndoles culpables de tener un familiar con un trastorno mental (Wong, Davidson, Anglin, Link, & Gerson, 2009).

Se ha demostrado que, hasta el 70% de los cuidadores de personas con enfermedades mentales, creen que la mayoría de las personas desvalorizan a los pacientes y que esta desvalorización se extiende a sus familias (Brohan, Elgie, Sartorius, & Thornicroft, 2010).

Es importante entender el estigma que experimentan las familias, ya que son ellos los que contribuyen en la búsqueda de ayuda. Si las familias no buscan ayuda debido al estigma, las personas con problemas de salud mental corren el riesgo de sufrir una enfermedad de mayor duración sin tratamiento, lo que se asocia con un peor resultado a largo plazo (Emsley, Chiliza, & Schoeman, 2008).

c. Estigma institucional

El estigma institucional tiene que ver con que las políticas públicas o privadas sean estigmatizameles o no, o de la manera en que las instituciones y los/las profesionales se posicionen ante la problemática (Castro, Poblete, Soza, & Tapia, 2015).

Los profesionales de la salud mental parecen tener opiniones no estigmatizantes en comparación con la población general, aunque como en cualquier grupo, hay excepciones. La mayoría cree que es excesivo el énfasis en la protección, otros los sobreprotegen y otros ven limitadas sus posibilidades de recuperación (Kingdon, Sharma, & Hart, 2004).

d. Estigma social

A menudo, se etiquetan y se diferencian diferentes grupos en la sociedad en función de muy diversas características. El estigma social es el que se produce con más frecuencia hacia las personas con enfermedad mental. (Muñoz & Uriarte, 2006).

El estigma social, se trata del estigma hacia un grupo, basado en las ideas preconcebidas que se tiene respecto al mismo. Tal y como López, et al., (2008) lo definen, el estigma social es el "atributo profundamente desacreditador", es decir, una característica que produce en quien la posee una desvalorización, como consecuencia de la característica negativa con la que se le relaciona a esa persona.

En función de las categorías que se identifican, se saben qué expectativas se pueden albergar respecto a esa persona concreta. Esta identidad social, favorece la relación en base al juego de roles sociales preestablecidos; permite tratar a los «otros» sin necesidad de dedicarles una atención especial (Romero, 2010).

El colectivo de personas con problemas de salud mental es rechazado, y está ligado a un proceso de estigmatización, así como a prejuicios, y, en consecuencia, a conductas negativas (Cañas & Jiménez, 2016).

Las personas con problemas de salud mental son invalidadas socialmente en muchos aspectos de la vida cotidiana. A pesar de que no todas las personas se sienten vulnerables ante el estigma social, son muchas las que afirman que el estigma social y las etiquetas asociadas a la enfermedad mental, tienen cierta repercusión en su vida social, laboral y relacional (Pedersen, 2009).

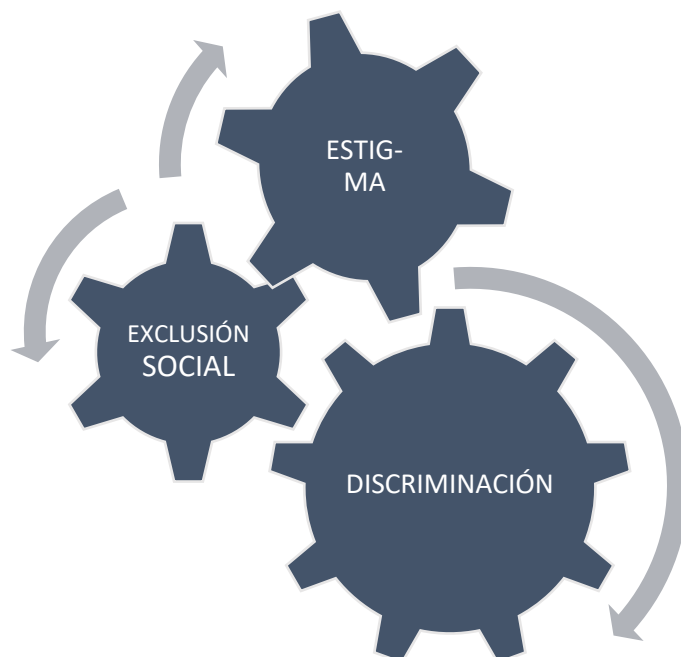
2.2. ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL ESTIGMA

La participación social y efectiva, la igualdad, y la beneficiosa recuperación de los problemas de salud mental, no se dará si no se rompe con el estigma asociado a las personas que lo sufren. Debido al contexto pasado de las personas con enfermedades de salud mental, se ha heredado un presente lleno de estigmatización hacia el colectivo (De la Higuera, 2020).

Vidal (2015) señala que, generalmente, los inconvenientes derivados del trastorno son tratables con una adecuada intervención sanitaria, social y comunitaria, sin embargo, los conflictos que se dan debido al estigma social son más permanentes y complejos, por lo que, en ocasiones, conlleva a la propia interiorización de este, lo que se denomina autoestigma.

La sección Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013), en un documento monográfico sobre Estigma y salud mental, señala que aquello que se debe de combatir es el denominado "ciclo del estigma".

Figura 1: Ciclo del estigma



Elaboración propia a partir de Obertament (2013).

Asimismo, la persistencia del estigma y la discriminación es un sistema difícil de enfrentar, en tanto se trata de construcciones sociales que, a partir de trayectorias históricas, están sujetas a cambios y transformaciones, y pueden ser deconstruidas (Cazzanigga & Suso, 2015).

Para dar cabida a la lucha contra la discriminación, debemos cumplir dos premisas básicas. Cambio de fantasías sociales, es decir, ideas que sustentan mitos y estereotipos que crean estigma para las personas con problemas de salud mental. Brindando así una oportunidad para cambiar actitudes y comportamientos hacia estas personas y no basarse en relaciones discriminatorias. (Obertament, 2013).

Para ello, se destacan las estrategias recogidas por Obertamebt (2013):

- I. *La protesta*, que busca producir cambios penalizando las conductas estigmatizantes. Según Tapia (2015), la protesta desafía las actitudes estigmatizantes, además de las conductas que promueven dichas actitudes. La protesta tiene como fin, acabar con las injusticias que se producen cuando las personas son catalogadas dentro de los estereotipos negativos (Zárate, Ceballos, Contardo, & Florenzano, 2006).

- II. *La información y la educación*, modifica los actuales significados erróneos por concepciones más detalladas. Esta estrategia, tiene como objetivo cambiar los estereotipos presentes en la sociedad, romper los mitos y transmitir información veraz. A esto, a la modificación de creencias de las personas reemplazándolas por conocimiento más objetivable, se le denomina psicoeducación.

Como estrategia educativa para influir en la ciudadanía, se podría utilizar la de dar respuesta a mensajes y prácticas estigmatizantes. Un proceso educativo de doble dirección que, por un lado, se encarga de dar respuesta a las personas para que hagan un ejercicio de análisis y reflexión, y por el otro, se plantea una respuesta, en positivo, que ofrezca alternativas de discurso o actuación (Obertament, 2013).

En cuanto a la información y la educación, los medios tienen un papel activo. La prensa, la radio, la televisión actúan como refuerzo negativo a la visión de la población sobre el colectivo. La prensa se encarga de dar titulares morbosos, en el cine y series, las personas con esquizofrenia se atribuyen a peligrosidad y violencia... un uso abusivo, incorrecto y éticamente inaceptable. Por lo que, el trabajo de sensibilización mediante los medios de comunicación es visto como una prioridad en la lucha contra el estigma. Dichos medios pueden contribuir a eliminarlo, informando cuidadosamente, denunciando las situaciones de injusticia que viven las personas con problemas de salud mental y ayudando a cambiar la percepción de la población sobre los mismos.

- III. *El contacto*, que apunta a cambiar las actitudes públicas, promoviendo interacciones directas entre personas con problemas de salud mental y personas sin ellos.

Las intervenciones de contacto con personas con enfermedad mental son una estrategia que tiene como objetivo cuestionar las actitudes establecidas entre la ciudadanía. Hay dos maneras de ponerla en práctica.

La primera de ellas es a través de intervenciones que produzcan un contacto interpersonal directo, cara a cara, de personas con problemas de salud mental y personas sin ningún trastorno mental.

- La segunda de ellas es el contacto indirecto, es decir, el visionado de videos, testimonios grabados, entrevistas, etc. Esta segunda estrategia es menos efectiva que el contacto directo.

Tanto la protesta, como la educación o el contacto con personas con enfermedad mental, son estrategias eficaces para el cambio de perspectiva sobre el colectivo entre adultos, pero también entre adolescentes (Obertament, 2013).

2.3. INTERVENCIONES ANTI-ESTIGMA CON ADOLESCENTES

La adolescencia es un período crítico de la vida, caracterizado por cambios y convulsiones individuales en el proceso de asimilación al mundo adulto. Estos cambios se reflejan en varios aspectos: físicos, hormonales, pero también psicológicos, emocionales, relacionales y en la estructura humana; En este punto, se desarrollarán procesos y enfoques independientes críticos para el mundo adulto (Schiller, Schulte-Körne, Eberle-Sejari, Maier, Allgaier, 2014).

La adolescencia, es una fase en el desarrollo de la persona en la que se comienza a interpretar el mundo que le rodea, aceptando muchos de sus aspectos y criticando y rebelándose frente a otros. En este periodo de aprendizaje, que se prolonga durante toda la juventud, la persona va conformando su personalidad, mientras hace suyas formas de comportamiento y actitudes que ve a su alrededor (Departamento de Salud - Dirección de Salud Pública, 2014).

Por ello, es importante trabajar el estigma hacia las personas con problemas de salud mental en esta etapa vital. El conocimiento, la educación y la información en la etapa adolescente, reduce el estigma hacia las personas con enfermedad mental, ya que los jóvenes actúan de manera crítica con las personas del colectivo (Mann & Himelein, 2008).

A continuación, se recogen algunos de los programas puestos en marcha en estos últimos quince años sobre el trabajo del estigma con adolescentes, que evidencian los beneficios de estos en el cambio de visión y juicios acerca de las personas con problemas de salud mental.

2.3.1. Programas anti-estigma con adolescentes:

Son varios los programas anti-estigma con públicos generales, pero específicamente, programas con adolescentes son pocos los que se han llevado a cabo.

En el 2006, Stuart, llevó a cabo un programa anti-estigma basado en vídeos. Este programa evaluó el impacto en los estudiantes de secundaria de un programa anti-estigma basado en vídeos que retrataban experiencias de la vida real de personas con esquizofrenia, así como, planes de lecciones para guiar las discusiones en el aula y el aprendizaje activo.

Para ello, se utilizó un diseño de pre y post prueba para medir el impacto a corto plazo del programa en los conocimientos de los estudiantes sobre la esquizofrenia y su tratamiento, así como en los comportamientos sociales de los estudiantes. Los participantes (571 estudiantes) procedían de 8 institutos de Canadá.

El programa encontró que los adolescentes son un objetivo importante para los programas públicos de salud mental y anti-estigma. Programas como estos, apoyan la ampliación del papel de la escuela en la promoción de la salud mental de los adolescentes, mediante la reducción del estigma.

El programa “Lo hablamos” de la Higuera (2020), también extrajo conclusiones similares. Este afirmó que, en edades entre 14 y 16 años, se valora positivamente los programas dinámicos anti-estigma, ya que son herramientas útiles y costo-eficientes para favorecer la promoción de la salud mental del adolescente, y que este reduzca sus prejuicios y miedos hacia la enfermedad.

El programa “los hablamos” se trata de una estrategia encuadrada dentro del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (2008), y que nace con el doble objetivo de sensibilizar a la población adolescente (de 14 a los 16 años) sobre la enfermedad mental. Tiene como objetivo promover un trato menos discriminatorio hacia las personas que padecen problemáticas de este tipo.

Participaron en el estudio un total de 315 alumnos de tercero y cuarto de Educación Secundaria Obligatoria, con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años. El programa se desarrolla en una sesión de 3 horas, en horario habitual de estudio. Al final de este proceso, los participantes completaron un cuestionario anónimo diseñado para obtener su apreciación y preferencias por las actividades que se estaban realizando. Los resultados indicaron que la intervención fue valorada positivamente por los estudiantes, con la presentación de las tareas y ejercicios propuestos en los que se observó un alto nivel de comprensión y un notable dinamismo. El programa tiene una población objetivo de 14 a 16 años, sobre la cual existe evidencia del éxito de las intervenciones implementadas.

Otro de los programas llevados a cabo en institutos es el de Spagnolo y Murphy (2008). Se trata de un programa de educación pública, desarrollado en gran parte por consumidores de servicios de salud mental, sobre las actitudes de los estudiantes de secundaria hacia las personas con enfermedades mentales. Cuatrocientos veintiséis estudiantes recibieron una sesión informativa impartida por consumidores y un miembro del profesorado de la Universidad de Medicina y Odontología de Nueva Jersey (UMDNJ). El contenido de estas sesiones incluía datos sobre la enfermedad mental, síntomas característicos, estrategias de recuperación e historias personales contadas por los consumidores presentadores.

Dicho programa, evidencia de que una sesión informativa de una hora desarrollada y facilitada por consumidores de servicios de salud mental puede afectar significativamente a las actitudes de los adolescentes hacia las personas con enfermedades mentales graves.

En relación, otros de los programas en el que se refleja que los datos cualitativos generados por los participantes también revelaron cambios en la actitud hacia las personas con enfermedades mentales, es el de Yau, Pun y Tang (2009). Se trata de un proyecto de reducción del estigma y promoción de la salud mental diseñado para jóvenes estudiantes de secundaria.

1.040 estudiantes de entre 12 y 19 participaron en un eco tour, que incluía una actividad de aprendizaje interactiva con personas en recuperación, y en el Club Verde de Health Link.

Dicho programa, muestra que hubo un alivio significativo del estigma hacia las enfermedades mentales en los estudiantes. Además, los participantes disminuyen la preocupación por el auto-estigma, vinculado a la búsqueda de ayuda de los profesionales cuando se enfrentan a problemas de salud mental.

Esto último, tiene que ver con la afirmación de Conrad (2009), en el programa “loco y que”, dicho autor concluía que cuando hablas de enfermedad mental, aumenta la capacidad que uno tiene para hablar de problemas de salud mental con los adultos de referencia.

Todos estos programas son importantes a la hora de elaborar un nuevo programa, debido a que de ellos se obtienen ciertos aprendizajes. Dichos aprendizajes son consideraciones a tener en cuenta, en programas de reducción del estigma hacia las personas con enfermedad mental diseñados para adolescentes.

3. METODOLOGÍA

La propuesta de intervención está planteada para llevarse a cabo en contextos no formales de la educación. En asignaturas en las que se trabajen dinámicas de valores, derechos humanos o espiritualidad. Concretamente está planteada para realizarla en el Colegio de Sagrado Corazón, Rekalde, Bilbao.

La propuesta se llevaría a cabo con 16 o 24 niños y niñas, entre los 15 y los 16 años. Estos adolescentes no tienen que haber recibido antes formación en salud mental y tienen que aceptar eL asistir a las actividades.

A lo largo de este apartado, se analizarán las técnicas y procedimientos específicos a la hora de implementar este programa.

3.1. Información sobre el programa.

Es importante educar en salud mental para que los jóvenes puedan identificar lo que les ocurre y puedan pedir ayuda. También, es importante educar en salud mental, para que los jóvenes con algún trastorno mental no sufran el estigma por parte de sus compañeros y compañeras y, de esta manera, colaboren en beneficio de su recuperación. En este sentido, se proponen una serie de actividades que en el siguiente punto se mencionaran. Dicha propuesta tiene los siguientes objetivos.

Objetivos

El objetivo general es plantear una propuesta de intervención que ayude a reducir el estigma hacia los jóvenes con problemas de salud mental, mediante actividades concretas, con jóvenes de 15 años, en entornos de educación no formal.

Los objetivos específicos serían los siguientes:

- Ampliar los conocimientos de la enfermedad mental y aprender a reconocerla.
- Identificar propios juicios hacia las personas con problemas de salud mental.
- Adquirir herramientas de acción útiles para uno mismo y para las personas con enfermedad mental

3.2. Características del programa.

Los programas para reducir el estigma hacia las personas con problemas de salud mental deben tener principios básicos de la intervención social como el principio de individualización, aceptación o autodeterminación. Pero, en concreto, para conseguir el objetivo reducir el estigma hacia los jóvenes con problemas de salud mental mediante actividades concretas, se precisan tres principios.

En primer lugar, el principio de comunicación. La comunicación, constituye la esencia del proceso de intervención, desde la transmisión de ideas por parte de una persona hasta su comprensión real y significativa por parte de otra, que juega el rol de receptor. El papel de la interacción es indiscutible.

En segundo lugar, el principio de socialización. La intervención es un fenómeno social y, por tanto, la socialización debe entenderse como un proceso permanente, en el que el ser humano interioriza una serie de esquemas de conducta que le permiten hoy y mañana incluirse en la sociedad.

En tercer lugar, el principio de globalización. Este principio, está basado en la percepción total de la realidad, antes que fragmentada o parcialmente. Se busca la formación completa de una persona, la interdisciplinariedad. El estigma hacia las personas con problemas de salud mental no se puede entender aisladamente, se entiende a través de una comprensión amplia de la sociedad global e histórica.

Estos principios, se deben aplicar mediante distintas estrategias de intervención. Son varias las estrategias útiles para intervenir con los adolescentes. Aun así, se destacan algunas que generan cambios importantes y visibles en la adolescencia.

En cuanto a las estrategias centradas en el medio, es de destacar el estudio de caso. Se trata de exponer hechos reales, en los que predomina una problemática principal, a la que hay que encontrar una o más soluciones. El caso se presenta como un fragmento de una historia real, con nombres propios, en la que no suelen faltar elementos simbólicos, sentimientos, valores y actitudes de los protagonistas. Por eso mismo, se trabaja durante las sesiones la historia de Sofia, un caso real.

También, es útil como estrategia el documento audiovisual. La utilización de ese medio como fórmula de intervención, es prácticamente esencial para enseñar el contenido específico que se desea en este caso. Por ello, se ha desarrollado un material gráfico para que los alumnos y alumnas puedan ir rellenando en su Tablet a modo de cuadernillo.

También, se deben utilizar estrategias para el cambio de actitudes y valores sociales. Aunque se tenga consideración a la persona como ser individual, no podemos olvidar que se encuentra inmersa en una sociedad y, por ello, aprender a vivir en sociedad y saber vivir en sociedad, son aspectos fundamentales. Dentro de esta estrategia, el trabajo en equipo es esencial. En los talleres, el debate en equipo es una técnica muy útil. Mediante la discusión, se ponen en juego habilidades didácticas del individuo, lo cual requiere una preparación inicial más pasiva, consistente en la búsqueda de información, para pasar a una faceta posterior más activa de búsqueda de argumentos, para defender aquellos aspectos con los que se está más de acuerdo (Rajadell & Sepulveda, 2001).

Tales estrategias, se deben llevar a cabo mediante una persona dinamizadora activa, crítica y centrada en la persona. El rol de la persona dinamizadora no equivale al de una persona instructora, sino al de conductora y consejera, que ayuda a aclarar las posturas, resolver dificultades, fomentar la comunicación y elaborar planes. Se trata básicamente de un papel reflexivo, que colabora con la adolescencia para comprender el problema y buscar el mejor cambio para resolverlo y, con ello, mejorar su proceso de intervención. La persona dinamizadora debe actuar como modelo de aquellas actitudes y normas con las que creemos y que, por ello, se pretende que interioricen las personas con las que se intervienen.

La persona dinamizadora será un facilitador de herramientas, recursos y buenas condiciones, que proporcionen el buen funcionamiento del aula. Cuenta con recursos propios, así como con habilidades y experiencias personales que enriquecerán al grupo. Tendrá que saber proporcionar retroalimentación. La retroalimentación es el proceso de devolver las impresiones, percepciones u opiniones producidas por la acción y el comportamiento de una persona, con el objetivo de fortalecer sus conocimientos y habilidades (En primera persona. , 2012).

Además del rol del profesional que lleve a cabo el programa, también es importante el rol de la participación. Su disposición y actitud crítica para lo que se trabaje, será beneficioso para el desarrollo de las sesiones. Por ello, se establecen los siguientes criterios de exclusión e inclusión.

Criterios de inclusión

- Jóvenes entre 15 y 16 años.
- No padecer una enfermedad mental diagnosticada.
- Tener disposición al diálogo y el debate.
- Actitud positiva respecto a la asistencia de las sesiones.
- Cursar cuarto de la ESO en el colegio Sagrado Corazón y estar apuntado en las asignaturas de valores o espiritualidad.

Criterios de exclusión

- Personas que presenten malestar al hablar de enfermedad mental por diferentes motivos.
- Personas que padezcan una enfermedad mental (las sesiones deberían estar adaptadas, ya que no se contempla en la redacción de las sesiones el que haya entre el grupo una persona con enfermedad mental, aunque pueda ser interesante).
- Personas sin carácter crítico, ni idea de cambio transformador de la sociedad.

La propuesta, será desarrollada a lo largo de 6 sesiones. Estas sesiones, serán impartidas los jueves de 12:15h a 13:00h, en el centro escolar Sagrado Corazón de Rekalde. Esta corresponde con la hora de valores o espiritualidad para el alumnado de cuarto de la ESO.

Las sesiones se llevarán a cabo entre los meses de noviembre y diciembre de 2022. A continuación, se presenta una tabla con la temporalización más detallada.

Tabla 2: Temporalización de las sesiones.

	SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 3	SESIÓN 4	SESIÓN 5	SESIÓN 6
NOVIEMBRE	Jueves 3	Jueves 11	Jueves 18	Jueves 25		
DICIEMBRE					Jueves 2	Jueves 9

Elaboración propia.

3.3. Infraestructuras y recursos necesarios.

Infraestructura

El programa se llevará a cabo en una de las aulas del colegio. El espacio será acogedor, preservado de interrupciones y ruidos, donde los miembros se sientan cómodos y se garantice la intimidad.

Recursos materiales

Se necesitará un ordenador para poder proyectar el cuadernillo de las sesiones. También, se necesitará que cada alumno o alumna traiga la Tablet que utiliza habitualmente para realizar sus tareas. En la Tablet, cada uno tendrá guardado el cuadernillo diario de cada una de las sesiones, y lo irá rellenando según transcurran las actividades. Al final de las sesiones, juntarán todos los cuadernillos para hacer un portafolio con todo lo trabajado.

La escala inicial y final se rellenará con papel y bolígrafo.

Recursos humanos

Respecto a los recursos humanos, se necesitará a una persona dinamizadora. Esta persona debe tener conocimientos en psicología, educación social o trabajo social, además de tener conocimientos sobre la salud mental y, en específico, sobre enfermedad mental y la adolescencia.

3. 4. Instrumentos de valoración.

A la hora de evaluar el impacto de las sesiones contra el estigma de la enfermedad mental, se utilizará el instrumento "Community Attitudes towards Mental Illness" traducido al español y validado por la comunidad científica en este idioma (Wolff, Craig, Julian, & Soumitra, 1996). Se ha elegido este instrumento, ya que no existen prácticamente en el país español instrumentos que midan el estigma hacia las personas con enfermedad mental.

Escala Community Attitudes towards Mental Illness

La escala "Actitudes de la comunidad ante la enfermedad mental" (o CAMI) fue desarrollada a finales de los años 70 por Martin Taylor y Michael Dear, profesores de geografía de la Universidad McMaster de Hamilton, Ontario, Canadá.

El objetivo de la encuesta era medir y explicar las bases de la oposición vecinal a los centros de salud mental de base comunitaria en Toronto (Canadá). Aunque ya existían técnicas para medir las actitudes, el CAMI fue el primer instrumento que se diseñó específicamente para abordar las actitudes en los barrios residenciales.

Desde entonces, la escala CAMI se ha utilizado continuamente, y se ha aplicado en muchos entornos de todo el mundo. La encuesta original sirve de referencia para estos estudios posteriores.

La terminología empleada en la escala CAMI (como "enfermedad mental") es coherente con las convenciones lingüísticas de la época. La escala CAMI fue desarrollada con el apoyo del Consejo de Investigación de Ciencias Sociales y Humanidades de Canadá (Wolff, Craig, Julian, & Soumitra, 1996). La traducción al castellano se hizo por un nativo castellano-ingles. Posteriormente se hizo el proceso a la inversa para comprobar la viabilidad. El estudio fue dirigido por Parc Sanitari Sant Joan de Déu, del Centro de Investigación en Red en Salud Mental, en Barcelona (Ochoa, Martínez, Vila, Arenas, & Casas, 2016).

El CAMI (Community Attitudes towards Mental Illness) consta de 40 afirmaciones con una escala Likert de 5 puntos que va de "1 = Totalmente de acuerdo" a "5 = Totalmente en desacuerdo" para obtener sistemáticamente información sobre las actitudes de las comunidades hacia las personas con enfermedades mentales. El CAMI mide originalmente 4 factores: 1) Autoritarismo, 2) Benevolencia, 3) Restricción social y 4) Ideología de salud mental de la comunidad. Los enunciados del CAMI expresaban 5 sentimientos a favor y 5 en contra de cada dimensión (es decir, 4 conjuntos de 10 enunciados). Por ejemplo, la afirmación "Tan pronto como una persona muestra signos de perturbación mental, debe ser hospitalizada" representa un pro-autoritarismo, mientras que "Los enfermos mentales no deben ser tratados como parias de la sociedad" indica actitudes anti-autoritarias. Se realizó una puntuación inversa para las afirmaciones anti-sentimientos de cada dimensión. El autoritarismo refleja la opinión de la comunidad de que los individuos con enfermedades mentales son de una clase inferior que requiere métodos coercitivos para manejarlos. La restricción social indica la opinión de que los individuos con enfermedades mentales suponen una amenaza para la comunidad. La Benevolencia representa puntos de vista comprensivos basados en principios humanistas y religiosos. La Ideología de la Salud Mental Comunitaria se refiere a los valores asociados a la aceptación de la integración de la PMI en la comunidad como algo terapéutico. Además, también indaga en el impacto de tener instalaciones de salud mental en zonas residenciales. Por lo tanto, las puntuaciones más altas en Autoritarismo y Restricción Social sugerirían actitudes más desfavorables, mientras que la aprobación (es decir, las puntuaciones más altas) de la Ideología de la Benevolencia y de la Salud Mental de la Comunidad indicarían actitudes más solidarias e inclusivas hacia las personas con enfermedades mentales (Janrius, 2021).

La escala traducida al castellano se muestra en el ANEXO 1.

Los alumnos realizarán la escala al comenzar la primera sesión y al finalizar la última sesión. De esta manera se podrán evaluar los resultados; si hay un menor estigma hacia las personas con enfermedad mental.

Pasarán seis semanas de diferencia entre una aplicación y otra. Para ello, se le explicará al alumnado que deben identificarse con un seudónimo en vez de con su nombre original, para que sea anónima. Además, ya que los datos obtenidos de la escala serán posteriormente evaluados, se les pedirá permiso de participación al alumnado y a sus progenitores.

4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

En el presente apartado, se desarrollarán cada una de las seis sesiones, con el objetivo de que todas ellas ayuden a reducir el estigma hacia los jóvenes con problemas de salud mental, mediante actividades concretas, con jóvenes de 15 años, en entornos de educación no formal.

también trabaja para la consecución de con los siguientes objetivos específicos:

- Ampliar los conocimientos de la enfermedad mental y aprender a reconocerla.
- Identificar propios juicios hacia las personas con problemas de salud mental.
- Adquirir herramientas de acción útiles para uno mismo y para las personas con enfermedad mental.

Antes de comenzar a desarrollar cada una de las sesiones, es importante mencionar que, en los seis días que el grupo se reúna, van a tener un cuadernillo delante, con la temática a trabajar ese día. Un cuadernillo personal, que podrán leer, revisar y completar. Dicho cuadernillo, se encuentra adjunto en el anexo 2. Este, contiene preguntas que amplían conocimientos y tratan de llevar a la reflexión acerca de los propios juicios y manera de actuar.

Como se ha mencionado anteriormente, se utilizará una historia real para trabajar en el objetivo. El caso presentado es el siguiente:

Tabla 4: historia de Sofia

Mi nombre es Sofia. Vivo en Bilbao, pero de origen, soy de Burgos. Vivo con mi padre y con mi madre en un piso pequeño. Tenemos un perro desde que mi hermana pequeña muriese debido a una enfermedad perinatal. Tengo 15 años. Estoy en tercero de la ESO. En mi tiempo libre voy al grupo de baile de mi barrio y al grupo de tiempo libre los fines de semana. No tengo muchos amigos, por eso, paso gran parte de mi tiempo en casa o en la casa de mi pueblo de Burgos. De vez en cuando, quedo con dos amigos del colegio, son él y ella con quien más confianza tengo.

Desde hace tiempo me siento desanimada. Lo que antes me animaba ya no me hace ilusión. No quiero hacer nada porque no veo futuro. Me dicen que elija lo que quiero estudiar, pero yo no tengo ni idea. ¿Para qué sirvo? Tengo mil dudas. Total, todo en la vida me va a ir mal. Yo solo quiero dormir, no quiero pensar más sobre mí. Es más, me gustaría estar dormida para siempre y solo despertarme en el caso de que algo bueno vaya a venir.

La gente piensa que soy rara y sosa. Creo que cuando no estoy la gente me critica. Es más, hay veces que comentarios que me hacen de mi pelo, mi ropa o mis notas, me lo dicen con un “rintitin” para hacerme daño. Me siento molesta por todo lo que la gente hace o dice alrededor de mí. Lo que más me molesta es que me miren con cara de “Sofi, has engordado”. Por mucho que haya dejado de comer, no bajo de peso. Siempre voy a ser la gorda de clase. Eso me pone tremendamente nerviosa.

La gente tampoco entiende porque estudio tanto. ¿No ven que hay sacar las mejores notas posibles? Parece que soy la única que me preocupo en los estudios. A mí me gusta ser de las que mejores resultados tiene en la escuela. Aun así, se me está haciendo difícil. Cada vez tengo más dificultades para concentrarme o para recordar cosas. No puedo estudiar como antes. Nunca llegaré a ser lo que he sido.

Estoy muy muy cansada ya de todo, de la vida. No quiero nada. Que pereza pintarme las uñas, que pereza plancharme el pelo, que pereza todo. Lo único que quiero es dormir, dormir y dormir. Lo único que quiero es que este maldito dolor de cabeza se me vaya. Porque por mucho que la enfermera del insti me diga que no tenga nada, este dolor de cabeza quiere decir algo.

Elaboración propia.

A continuación, se describen cada una de las sesiones. Estas sesiones están desarrolladas en el cuadernillo, el cual se muestra en el anexo 2.

SESIÓN 1: Hablando de enfermedad mental.

- **Objetivo:** Adquirir conocimientos básicos sobre el trastorno mental.
- **Desarrollo de la sesión:** La sesión comenzará introduciendo lo que se

va a realizar a lo largo de las sesiones.

En primer lugar, se les pedirá rellenar la escala inicial (Community Attitudes towards Mental Illness (Wolff, Craig, Julian, & Soumitra, 1996)).

Tras rellenar la escala en papel, se empezará a describir lo que es salud mental, lo que es enfermedad mental, sus rasgos, las razones por las que aparecen, los sentimientos de las personas diagnosticadas y las consecuencias de la enfermedad.

Tras esa introducción teórica, en grupos de dos, se discutirán una serie de preguntas que les hagan reflexionar sobre cómo se sienten las personas con enfermedad mental y sobre cuáles son sus actitudes.

Después de ver las actitudes que se podrían llegar a tener, se juntarán distintas afirmaciones, las cuales, son gestos y acciones de buen trato hacia las personas con enfermedad mental.

Para finalizar, se leerá historia de Sofi. Un caso real que se trabajará en las siguientes sesiones. Se pide también, que después de la lectura, se rellenen una serie de preguntas que sirvan de comparativa tras finalizar las sesiones.

- **Material:** Cuadernillo, folios y bolígrafo para rellenar escalas y cuestionario.
- **Tareas:** No se asignarán tareas de una sesión a otra.

SESIÓN 2: Pensamiento y razonamiento

- **Objetivo:** Reconocer las razones por la que Sofia tiene un discurso depresivo.
- **Desarrollo de la sesión:** Para comenzar la sesión, se releerá la historia de Sofia rápidamente. Luego se pasará a hablar de que es lo que nos sorprende del relato de Sofia. ¿Por qué tiene ese pensamiento? ¿Por qué sobregeneraliza? Hablaremos en grupo sobre ello.

Se reconocerán que pensamientos se han sobregeneralizado del discurso de Sofia.

Posteriormente, se planteará una pregunta con el objetivo de adquirir una estrategia y una herramienta ante la situación de Sofia. La pregunta es la siguiente ¿Qué hubiese pasado en el pensamiento y razonamiento de

Sofia si hubiese tenido en cuenta la evaluación razonable?

Por último, para terminar, se planteará la pregunta de qué opina la gente cuando Sofia hace este tipo de afirmaciones, para valorar el estigma que Sofia puede sufrir.

- **Material:** Cuadernillo y bolígrafo.

SESIÓN 3: Memoria

- **Objetivo:** Entender la falta de memoria en personas con depresión.
- **Desarrollo de la sesión:** Se comenzará la sesión preguntándonos porque Sofia tiene mala memoria. Hacemos referencia a afirmaciones de su discurso.

Posteriormente, se realizará un juego para entender que la imposibilidad de recordar todo y para reconocer que las rumiaciones y los pensamientos circulares impiden nuestra atención plena.

Como estrategia y herramienta de prevención, pensamos estrategias que podría tomar Sofia ante el fallo de memoria; anotar en una agenda, llevar una rutina organizada, etc.

- **Material:** Cuadernillo y bolígrafo.

SESIÓN 4: Autoestima

- **Objetivo:** Conocer que es la autoestima y cómo influye en los procesos de salud mental.
- **Desarrollo de la sesión:** La sesión comienza reconociendo en que consiste la autoestima.

Luego, se realiza una prueba de verdadero o falso para trabajar sobre el reflejo de la autoestima en la voz, la postura, los gestos y en otras características no observables.

Tras la explicación teórica, se reflexionará en grupos de 4 el por qué Sofia tiene buena o mala autoestima.

Después de ello, se verán ciertos consejos para que Sofia tenga buena autoestima. Un ejemplo para aumentar la autoestima es el diario de alegrías.

Para entender lo que es, cada uno, individualmente, podrá rellenar su propio diario de alegrías individualmente.

- **Material:** Cuadernillo y boliígrafo.

SESIÓN 5: Percepción de los sentimientos y de la realidad.

- **Objetivo:** Entender la distorsión en la interpretación de comentarios y acción.
- **Desarrollo de la sesión:** Se comenzará hablando de que Sofia tiene dificultades evaluando las expresiones emocionales de otros.

Para entender por qué se hará un role playing del que se extraerán una serie de conclusiones.

Se terminará la sesión presentando consejos para Sofia, que sirvan de ejemplo para la resolución de problemas, cuando los alumnos y alumnas vivan en primera persona o alguien de alrededor. una situación parecida.

- **Material:** Cuadernillo y bolígrafo.

SESIÓN 6: Evaluación

- **Objetivos:** Analizar los conocimientos adquiridos y los cambios anti-estigma interiorizados.
- **Desarrollo de la sesión:** Se reelerá la historia de Sofia una vez más. Se contestará a las preguntas del cuestionario final para compararlo con el cuestionario inicial. Se comentarán el cambio de opiniones en grupos de 4 personas.

Con el objetivo de valorar lo aprendido, y de reconocer las actitudes que rompen con el estigma hacia las personas con enfermedad mental, se hará la actividad del termómetro. Se colocarán en el termómetro diferentes actitudes hacia las personas con problemas de salud mental según su gravedad en la discriminación hacia estas personas.

Se finalizará la sesión, completando la escala que completamos al inicio para que luego se puedan extraer conclusiones sobre la eficacia del programa.

- **Material:** Cuadernillo, folios y bolígrafo para rellenar escalas y cuestionario.

6. RESULTADOS ESPERADOS

En este apartado, se detallan aquellos cambios que se pretenden obtener tras la aplicación del programa expuesto. Los cambios que se pretenden observar tras la reevaluación de la escala son los siguientes:

Se espera que se den diferencias estadísticamente diferentes en la escala Community Attitudes towards Mental Illness. Variaciones entre el pretest y el posttest. El ideal sería el alejarse lo más posible de la postura autoritaria y acercarse lo más posible a la ideología de la salud mental de la comunidad. En el caso de variar y haber cambios, podríamos afirmar que el programa ha sido eficaz en la reducción del estigma hacia las personas con enfermedad mental. En el caso contrario, no se daría como eficaz el programa ante la reducción del estigma (Janrius, 2021).

Luego, respecto al objetivo de ampliación del conocimiento y el reconocimiento de las enfermedades, se verá reflejado mediante el cambio en el cuestionario de la historia de Sofia. Se espera que las preguntas iniciales y finales acerca de la historia, varíen en función de lo aprendido en el programa sobre la enfermedad mental y sus características.

Decir, que el presente programa tiene como limitación que se centra excesivamente en el trastorno depresivo, ya que es la enfermedad que padece Sofia. Las estrategias y el conocimiento de los síntomas no son aplicables a otros trastornos. Aun así, durante el programa se darán pautas generales.

Otras de las limitaciones, es que el caso de Sofia se ha presentado en papel, a pesar de ser un caso de real. El contacto cara a cara hubiese sido mas eficaz en la reducción del estigma. Aun así, resulta complicado el presentar a una joven con problemas de salud mental en horario escolar delante de gente su edad.

Por último, hay que mencionar que, respecto la identificación de los propios juicios hacia las personas con problemas de salud mental, las personas dinamizadoras anotaran todos aquellos juicios reconocidos y comentados, para que quede constancia de lo hablado y reflexionado a lo largo de las sesiones. Se espera que, al menos cada uno de los alumnos o alumnas, reconozca uno o dos juicios hacia las personas con problemas de salud mental a lo largo de las seis sesiones.

7. CONCLUSIONES

Nos encontramos con un trabajo de carácter profesional que desarrolla un programa sobre el estigma de las personas con problemas con salud mental con el colectivo adolescente. Se ha planteado una propuesta de intervención de seis sesiones que reduciría el estigma hacia los jóvenes con problemas de salud mental, mediante actividades concretas, con jóvenes de 15 años, en entornos de educación no formal.

Para ello, llevarían a cabo actividades en el propio centro escolar. Un espacio de confianza y con clima acogedor para las personas adolescentes. Un espacio de referencia para ellos (Spagnolo, Murphy, & Librera, 2008).

El hecho de desarrollar el programa con adolescentes es de gran relevancia por la etapa vital en la que se encuentran, así como, por el beneficio del contacto y del conocimiento de las enfermedades con respecto a futuras actitudes las posteriores actitudes y relaciones con las personas con enfermedad mental (Stuart, 2006).

Aparte, el trabajar un caso real, visible entre algún o alguna de los alumnos o alumnas del instituto, es mucho más beneficioso que una clase teórica, una charla informativa o unas dinámicas no personalizadas. Los adolescentes se ven reflejados en la historia real de Sofia, y han de buscar estrategias y herramientas útiles para la mejora y la recuperación de su situación de enfermedad (Yang, y otros, 2013).

Además, el trabajo presenta estrategias de salud mental a la vez que mitiga el estigma hacia las personas con enfermedad mental. Esto previene el identificar los problemas de salud mental, una vez que los síntomas se han agravado. Si los adolescentes reconocen lo que les ocurre, ponen nombre, y se lo expresan a una persona adulta de referencia, podrán trabajar en la enfermedad mental y tendrán una recuperación temprana más beneficiosa (De la Higuera, 2020).

En resumen, el trabajo presente es uno de los pocos trabajos que se ha encontrado tras hacer una revisión de la bibliografía existente que habla de salud mental y estigma con adolescencia. Un trabajo con sesiones detalladas, dinámicas y proactivas, destinado a que los adolescentes reduzcan el estigma hacia las personas con problemas de salud mental.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia research*, 122, 232-238.
- Bruno, M., Mccarthy, J., & Kramer, C. (2015). Mental Health Literacy and Depression among Older Adolescent. *Asia T'aep'yöngyang Sangdam Yö'n'gu*, 53-64.
- Cañas, A., & Jiménez, M. (2016). Actitudes hacia los trastornos mentales y su asociación percibida con delito: Estigma social. *Salud & Sociedad*, 7, 254-269.
- Castro, W., Poblete, C., Soza, C., & Tapia, F. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.
- Castro, W., Poblete, C., Soza, C., & Tapia, F. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.
- Cazzanigga, J., & Suso, A. (2015). Estudio Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. Barcelona: Confederación Salud Mental España.
- Conrad, I., Dietrich, S., Heider, D., Blume, A., Angermeyer, M., & Rieder, S. (2009). "Crazy? So what!": A school programme to promote mental health and reduce stigma—results of a pilot study. *Health Education*.
- De la Higuera, J. (2020). Estrategias para la reducción del estigma hacia la salud mental en el contexto escolar: estudio preliminar y pilotaje del programa Lo Hablamos. *Psychology, Society & Education*, 12, 139-159.
- Departamento de Salud - Dirección de Salud Pública. (2014). *Programa: Menores y Alcohol*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.
- Dolphin, L., & Hennessy, E. (2016). Depression stigma among adolescents in Ireland. *Stigma and Health*, 1(3), 185.
- Emsley, R., Chiliza, B., & Schoeman, R. (2008). Predictores del resultado a largo plazo en la esquizofrenia. *Opinión actual en psiquiatría*, 21, 173-177.
- En primera persona. . (2012). *Guía de apoyo para el moderador de grupos de ayuda mutua*. . Federación anadaluz de asociaciones uduarias de salud mental. .

- Gaebel, W., Zäske, H., & Baumann, A. (2008). Evaluation of the German WPA "program against stigma and discrimination because of schizophrenia - Open the doors". *Schizophrenia Research* , 184-193.
- Goffman, E., & Guinsberg, L. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Janrius, C., Shahwan, S., Lau, J., Ong, W., Tan, G., Samari, E., & Kwok, K. (2021). Advancing research to eliminate mental illness stigma: an interventional study to improve community attitudes towards depression among University students in Singapore. *BMC Psychiatry volume*, 108.
- Kingdon, D., Sharma, T., & Hart, D. (2004). ¿Qué actitudes tienen los psiquiatras hacia las personas con enfermedad mental? *Boletín Psiquiátrico* , 28, 401-406.
- Kosyluk, K., Marshall, J., Conner, K., Rivera, D., Macias, S., & Beekman, M. (2021). Challenging the Stigma of Mental Illness Through Creative Storytelling: A Randomized Controlled Trial of This Is My Brave. *Community Mental Health Journal*, 144-152.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28, 48-83.
- Mann, C., & Himelein, M. (2008). Putting the person back into psychopathology: an intervention to reduce mental illness stigma in the classroom. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43, 545–551.
- Markez, I., Póo, M., Ariño, J., Córdoba, S., Merino, C., & Romera, C. (2000). *Atención comunitaria de la enfermedad mental: las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV*. Vitoria: Ararteko.
- Martin, N. (21 de febrero de 2022). *Cuando el estigma se aplica a uno mismo: una revisión bibliográfica del autoestigma*. Obtenido de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/173822/TFM_NURIA_MARTIN_AGUDIEZ.pdf?sequence=1
- Muñoz, A., & Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 6, 49-59.
- Obertament. (2013). Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. *Dossiers del Tercer Sector*, 26, 1-18.

- Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de brote. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55 (1), 39-50.
- Rajadell, N., & Sepulveda, F. (2001). *Didáctica general para psicopedagogos*. Madrid: UNED.
- Romero, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 289-300.
- Schiller, Y., Schulte-Körne, G., Eberle-Sejari, R., Maier, B., & Allgaier, A. (2014). Increasing knowledge about depression in adolescents: effects. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(1), 51-58.
- Spagnolo, A., Murphy, A., & Librera, L. (2008). Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 186-193.
- Stuart, H. (2006). Reaching out to high school youth: the effectiveness of a video-based antistigma program. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 647-653.
- Tapia, F. M., Castro, W., Poblete, C., & Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.
- Vidal, F. (2015). Estrategias innovadoras para la inclusión social. *European Anti Poverty Network*, 1, 1-31.
- Vidal, P. (2002). La identidad estigmatizada. *Revista Latinoamericana*, 3, 1-2.
- West, M., Yanos, P., Smith, S., Roe, D., & Lysaker, P. (2011). Prevalencia del estigma internalizado entre personas con enfermedad mental grave. *Investigación y acción sobre el estigma*, 1 (1), 3.
- Wolff, Craig, Julian, & Soumitra. (1996). Community Attitudes to Mental Illness. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 168(2):183-90.
- Wong, C., Davidson, L., Anglin, D., Link, B., & Gerson, R. (2009). Estigma en familias de individuos en etapas tempranas de enfermedad psicótica: estigma familiar y psicosis temprana. *Intervención temprana en psiquiatría*, 3, 108-115.
- Yang, L., Valencia, E., Alvarado, R., Link, B., Huynh, N, & Susser, E. (2013). Un marco teórico y empírico para construir instrumentos de estigma culturalmente específicos para Chile. *Cadernos saude coletiva*, 21, 71-79.

- Yanos, P., Roe, D., & Lysaker, P. (2010). El impacto de la identidad de la enfermedad en la recuperación de una enfermedad mental grave. *Revista estadounidense de rehabilitación psiquiátrica*, 13 (2), 73-93.
- Yau, S., Pun, K., & Tang, J. (2011). Outcome Study of School Programmes for Reducing Stigma and Promoting Mental Health. *Journal of Youth Studies*, 14.
- Zárate, C., Ceballos, M., Contardo, M., & Florenzano, R. (2006). Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44, 205-214.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1

	5	4	3	2	1
1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital					
2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales					
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad					
4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad					
5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra					
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad					
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente					
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio					
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales					
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo					
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando este parezca estar totalmente recuperado					
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad					
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental					
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público					
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio					
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					
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño					
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales					

19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental					
20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local					
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratadas como marginados sociales					
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales					
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal					
24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios					
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave					
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales					
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público					
28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes					
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto					
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión					
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales					
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales					
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad					
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales					
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales					
36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental					
37. Prácticamente cualquier persona puede padecer una enfermedad mental					
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales					
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros					

Sesión 1

*Hablando de
enfermedad
mental*





ESCALA INICIAL

¿Qué es un problema de salud mental y que no?

SALUD MENTAL

- Es un estado de bienestar
- Es imprescindible para estar sano
- Permite ser consciente de las capacidades individuales
- Es algo que hay que cuidar
- Posibilita afrontar las tensiones normales de la vida

TRASTORNO MENTAL

- No es una culpa ni un castigo
- No es siempre hereditario
- No es mortal ni contagioso
- No significa menor capacidad intelectual
- No tiene por qué ser crónico

RASGOS DE UNA PERSONA CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje o el lenguaje.

Esto dificulta a la persona con problemas de salud mental su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. En algunos casos, estos problemas pueden causar discapacidad. Sin embargo, con atención adecuada, muchas personas con trastorno mental pueden mantener su autonomía y sus capacidades personales, sin presentar situación de dependencia alguna.

¿PUEDO TENER YO UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL?

Todos tenemos probabilidades de vivir con un trastorno mental, al igual que ocurre con muchos otros tipos de problemas de salud. De hecho, 1 de cada 4 personas puede tener un trastorno mental a lo largo de la vida



SENTIMIENTOS DE LA PERSONA RECIEN DIAGNOSTICADA

INCERTIDUMBRE

CULPABILIDAD

MIEDO

NEGACION

ESTIGMA

INCAPACIDAD
PARA
ABSTRAERSE DEL
TEMA

CONSECUENCIAS

Ruptura de planes futuros.

Perdida de relaciones sociales.

Perdida de empleo.

Situaciones de desamparo.

Vulneración de Derechos Humanos.

Rechazo al diagnóstico.

Soledad

Respondemos en pareja a las siguientes preguntas:

1

¿Cómo me afectaría que me hicieran sentir mal por parecer diferente?

2

¿Cómo me sentiría si me apartaran por tener un problema de salud?

3

¿Cómo reaccionaría si algún día me quitaran mis derechos?

4

¿Cómo me sentiría si no tuviera trabajo y ni siquiera me dieran la oportunidad de demostrar mis capacidades y mi valía?

5

¿Cómo me afectaría si mis amistades o mi familia me apartaran de su lado?

6

¿Cómo me sentiría si no pudiera opinar sobre mi propia vida?

A nadie le gusta sentirse juzgado, apartado, discriminado o perder sus derechos por algo de lo que no es responsable ni de lo que hay que avergonzarse. Hay pequeños gestos de apoyo que pueden ayudar a eliminar los prejuicios y estigmas que existen en torno a los problemas de salud mental

Junta y completa los gestos de apoyo que aparecerán a continuación.

1. Establece un trato basado en el respeto, la igualdad y la confianza en sus capacidades,
 2. Escucha de una forma activa y sin prisas a las personas con problemas de salud mental.
 3. Respeta su intimidad.
 4. Antes de tomar una iniciativa que puede crear malestar, pregunta cómo la puedes ayudar y qué necesita.
 5. Mantén una actitud de apoyo,
 6. Evita conductas autoritarias.
 7. Ante situaciones de malestar psíquico, no minimices sus sensaciones
 8. Si se producen situaciones como alucinaciones visuales o auditivas, no discutas lo que ve, siente u oye. Evita culpabilizarlos en casos de falta de motivación, energía o interés por las cosas
- A. evitando el paternalismo y la lástima.
 - B. porque puede estar motivado por el trastorno o ser un efecto secundario de la medicación.
 - C. Habla de forma calmada y asegúrate de que comprende la información.
 - D. y huye de frases como “anímate”, “a muchas personas les pasa” o “seguro que no es nada”.
 - E. Presta atención especial a sus comentarios, dedícale tiempo a conocer sus necesidades.
 - F. Si la persona quiere hablar de su trastorno, escucha atentamente. Evita realizar preguntas invasivas y/o morbosas.
 - G. respetando su capacidad de decidir sobre los diferentes aspectos que pueden influir en su vida (laboral, social, personal, etc.)
 - H. Explícale que no lo percibes e intenta llevar la conversación a otras temáticas que cambien su foco de atención.

*La historia
de Sofi*
Un caso concreto



Mi nombre es Sofia. Vivo en Bilbao, pero de origen, soy de Burgos. Vivo con mi padre y con mi madre en un piso pequeño. Tenemos un perro desde que mi hermana pequeña muriese debido a una enfermedad perinatal. Tengo 15 años. Estoy en tercero de la ESO. En mi tiempo libre voy al grupo de baile de mi barrio y al grupo de tiempo libre los fines de semana. No tengo muchos amigos, por eso, paso gran parte de mi tiempo en casa o en la casa de mi pueblo de Burgos. De vez en cuando, quedo con dos amigos del colegio, son él y ella con quien mas confianza tengo.



Desde hace tiempo me siento desanimada. Lo que antes me animaba ya no me hace ilusión. No quiero hacer nada porque no veo futuro. Me dicen que elija lo que quiero estudiar, pero yo no tengo ni idea. ¿Para que sirvo? Tengo mil dudas. Total, todo en la vida me va a ir mal. Yo solo quiero dormir, no quiero pensar más sobre mí. Es más, me gustaría estar dormida para siempre y solo despertarme en el caso de que algo bueno vaya a venir.

La gente piensa que soy rara y sosa. Creo que cuando no estoy la gente me critica. Es más, hay veces que comentarios que me hacen de mi pelo, mi ropa o mis notas, me lo dicen con un “rintitin” para hacerme daño. Me siento molesta por todo lo que la gente hace o dice alrededor de mí. Lo que mas me molesta es que me miren con cara de “Sofi, has engordado”. Por mucho que haya dejado de comer, no bajo de peso. Siempre voy a ser la gorda de clase. Eso me pone tremendamente nerviosa.

La gente tampoco entiende porque estudio tanto. ¿No ven que hay que sacar las mejores notas posibles? Parece que soy la única que me preocupo en los estudios. A mi me gusta ser de las que mejores resultados tiene en la escuela. Aun así, se me está haciendo difícil. Cada vez tengo más dificultades para concentrarme o para recordar cosas. No puedo estudiar como antes. Nunca llegaré a ser lo que he sido.

Estoy muy muy cansada ya de todo, de la vida. No quiero nada. Que perezca pintarme las uñas, que perezca plancharme el pelo, que perezca todo. Lo único que quiero es dormir, dormir y dormir. Lo único que quiero es que este maldito dolor de cabeza se me vaya. Porque por mucho que la enfermera del insti me diga que no tenga nada, este dolor de cabeza quiere decir algo.



Cuestionario inicial

- ¿Cómo se encuentra Sofia?

- ¿Te acercarías a ella?

- ¿Entiendes lo que le ocurre?

- ¿Cuáles creéis que pueden ser las debilidades de Sofi? ¿Y sus fortalezas?

- ¿Cómo me siento yo al leer la historia?



Sesión 2

*Pensamiento y
razonamiento*





Muchas personas con problemas de salud mental procesan la información de forma diferente.



Los patrones de pensamiento a menudo no se basan en la realidad, tienden a ser arbitrarios (es decir, atienden sólo a sus propios errores o sólo a los detalles negativos de las situaciones, eventos, relaciones, etc.).



Nos referimos a este proceso como “**Pensamiento Distorsionado**”, lo que puede contribuir al desarrollo y/o mantenimiento de los problemas de salud mental.

SOBREGENERALIZACIÓN

Un único evento negativo es interpretado como parte de una serie interminable.

En la descripción de este tipo de eventos, palabras como: “siempre” o “nunca” se utilizan muy a menudo.

EJEMPLO DE SOBREGENERALIZACIÓN

EVENTO	SOBREGENERALIZACIÓN	EVALUACIÓN RAZONABLE
Ha pronunciado una palabra que no conocía de forma incorrecta en clase.	"¡Soy un inútil!" ¡"Nunca digo esta palabra correctamente!"	"Decir una palabra de forma incorrecta no significa que sea un inútil. Esto le puede pasar a cualquiera."



Ahora pon un ejemplo de SOBREGENERALIZACIÓN según el caso de Sofia.

EVENTO	SOBREGENERALIZACIÓN	EVALUACIÓN RAZONABLE

- ¿Qué hubiese pasado en el pensamiento y razonamiento de Sofia si hubiese tenido en cuenta la evaluación razonable?
- ¿Qué opina la gente cuando Sofia hace este tipo de afirmaciones? ¿Qué es lo que de verdad le ocurre?



Sesión 3

Memoria



Sofi se quejan de tener problemas de concentración y de memoria.

FALTA DE MEMORIA EN SOFI



“¿Es una despistada?
¿Pasa de las cosas?
¿No le interesa nada?
¿Es tonta?”

NOOO
¡ESTÁS ESTIGMATIZANDO!

¿Qué opinas?

FALTA DE MEMORIA EN SOFI



- Sofi se quejan de tener problemas de concentración y de memoria.
- Los problemas de concentración pueden ser uno de los criterios diagnóstico para la depresión.

¿Cuál es el problema?

- **ES IMPOSIBLE RECORDARLO TODO.** La capacidad de almacenamiento de la memoria es limitada.
- Imagine que le cuento una historia. ¿Cuánto cree que es capaz de recordar dentro de media hora?
- En promedio, sólo podría recordar el 60% de la de la historia (el 40% no lo podría recordar!).

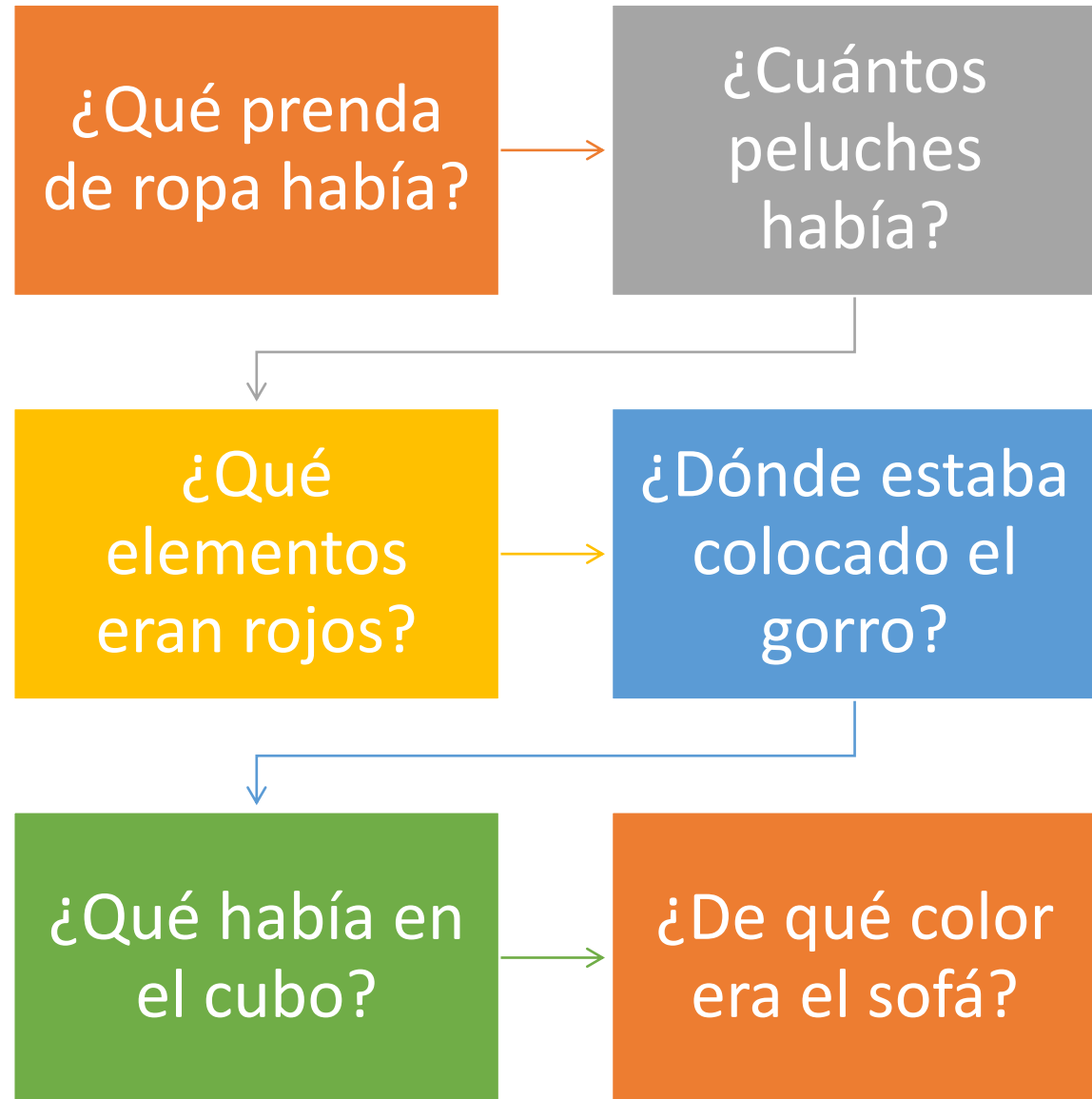


Juego

Visualiza esta imagen durante 10 segundos



¿Cuántas
de estas
preguntas
sabrías
responder?





- Tenga en cuenta que (como todo el mundo) puede cometer errores porque LA MEMORIA NO ES UNA CÁMARA DE VÍDEO.
- Nuestra capacidad de recordar correctamente las cosas depende de la nuestra capacidad de concentración en un momento concreto.



- ¿Qué le pasa a Sofia?

¿Qué le pasa a Sofia?

01

Durante las rumiaciones, profundos pensamientos circulares reclaman toda nuestra atención.

02

Apenas dejan capacidad de atención para centrarnos en otros aspectos de nuestro entorno (más importantes). La atención se focaliza prácticamente por completo en nosotros mismos.

03

Como resultado, aquellos que se ven afectados por este tipo de rumiaciones, apenas pueden recordar algunos detalles importantes de su entorno.

¡Es imposible focalizar nuestra atención en muchas cosas a la vez!

¿Qué le podría ayudar a Sofia para recordar las cosas de la vida cotidiana mientras se encuentra con este estado de ánimo?

Nos juntamos por grupos para pensarlo.

1.

2.

3.

4.

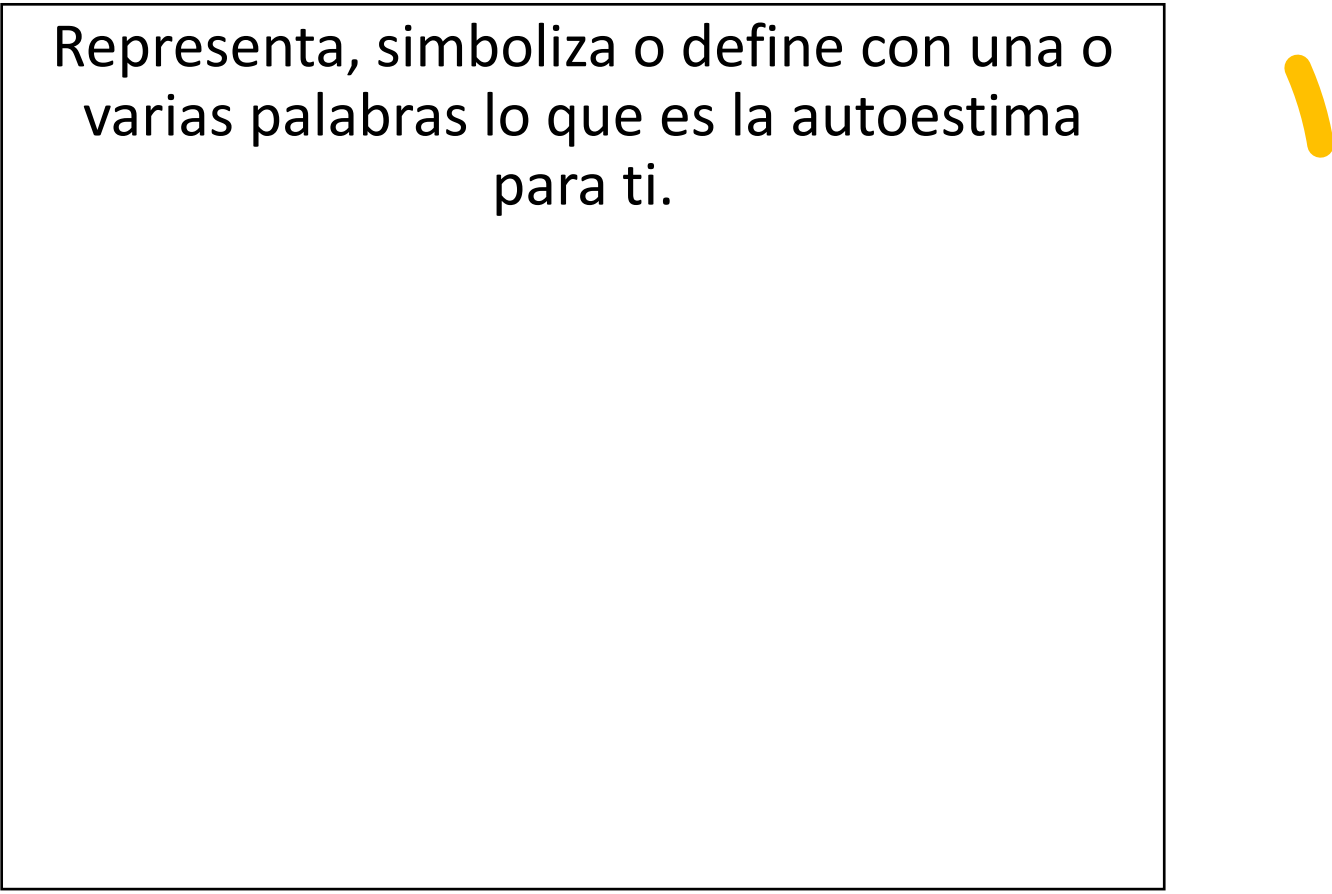
SESION 4

Autoestima





¿QUÉ ES LA
AUTOESTIMA?



Representa, simboliza o define con una o
varias palabras lo que es la autoestima
para ti.



¿QUÉ ES LA AUTOESTIMA?

El valor que una persona se da a sí misma.

Valoración subjetiva de uno mismo.

No tiene nada que ver con la forma en la que los demás nos ven.

Indica verdadero o falso en las siguientes afirmaciones.

SITUACIONES	VERDADERO O FALSO
Tiene buena autoestima porque habla bajo en situaciones que le incomodan.	
No tiene buena autoestima porque tiene una postura tensa, está en postura no vertical.	
Cree que nunca conseguirá aprobar el curso porque es una negada en los estudios. Por ello tiene buena autoestima.	
Creemos que tiene baja autoestima porque le dijo algo inapropiado a su compañera de clase y ahora cree constantemente que es una mala persona.	
Se ha esforzado en aguantar mas nadando y se ha felicitado a una misma por haberlo conseguido. Diríamos que puede tener una buena autoestima.	

La autoestima: observable externamente



La Voz: Clara, bien articulada,
volumen apropiado



La Mímica/Los Gestos: Contacto
visual, utilizar los gestos para
enfaticar el contenido principal



La Postura: Recta, en posición
vertical

Autoestima: No directamente observable.



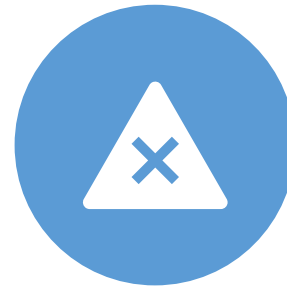
Confianza en la propia capacidad.



La aceptación de los errores o fallos (sin devaluarse a uno mismo).



Introspectivo, preparado para aprender (también de los errores/fallos).



Actitud positiva hacia uno mismo, por ejemplo: reforzándose a uno mismo ante el éxito.

¿Tiene Sofia
buena
autoestima?
¿Por qué?



Comentadlo en grupos de 4 personas y posteriormente
compártelo con la clase.



Posibles
consejos
que le
podríamos
dar a Sofia
para que
aumente su
autoestima.

La autoestima es el valor que una persona se otorga a sí misma.

Trate de tener en cuenta su autoestima en los diferentes ámbitos de su vida (trabajo, tiempo libre, relaciones sociales, etc.) para poder fortalecerlos.

Busque sus fortalezas olvidadas y trabaje hacia un autoconocimiento equilibrado, como por ejemplo a través de la elaboración cada día del diario de alegrías.

Cuando se compare con los demás, ¡trate de ser justo! No se compare con otra gente del insti, con los famosos (porque, fuera de los focos, estas personas también pueden no ser perfectas o ser siempre felices).

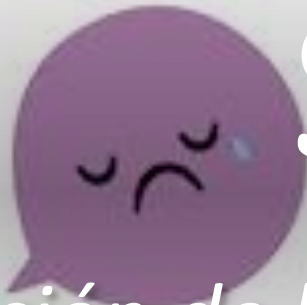
Poniendo en practica: Diario de alegrías.
¿Qué cosas buenas me han ocurrido esta semana? Anótalas individualmente.

Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes



Sesión 5

Percepción de los sentimientos y de la realidad.





¿Cómo interpreta Sofi las emociones de los demás?

Debido a la enfermedad mental:

1. Sofía tiene dificultades evaluando las expresiones emocionales de otros.
2. Tiende a juzgar expresiones faciales neutrales como tristes.





¿Y nosotros y nosotras, como las interpretamos?

A continuación, dos voluntarios saldrán a interpretar una situación (role playing) en la que una de ellas sienta uno de los siguiente sentimientos.

- Felicidad
- Sorpresa
- Miedo
- Tristeza
- Enojo
- Disgusto
- Vergüenza
- Culpa

Los compañeros tendrán que adivinar de que sentimiento se trata.



Conclusiones

Las expresiones faciales y los gestos, como pudimos observar, no siempre se pueden interpretar con claridad!

Muchas personas, ya sea por naturaleza, debido a una enfermedad (ej., Enfermedad de Parkinson) o por sustancias (ej., Botulinumtoxin/Botox[®], antipsicóticos), tienen expresiones menos pronunciadas, de modo que sus sentimientos no se pueden interpretar con claridad.

Más información (situación, conocimiento previo sobre la persona, preguntas directas) debería ser consultada antes de que las expresiones faciales y los gestos se puedan interpretar con certeza.

Conclusiones

TU PROPIO ESTADO DE
ÁNIMO TIENE UN GRAN
IMPACTO EN CÓMO
PERCIBES EL MUNDO A
TU ALREDEDOR.

Los sentimientos no
siempre son “hechos”.
Solo porque me siento
rechazado no significa
que soy rechazado.

Por ello, mas consejos para Sofia



Presta atención a la tendencia de saltar a conclusiones en la vida cotidiana (Lectura de mentes, adivinación). – **“Hablan mal de mi”**



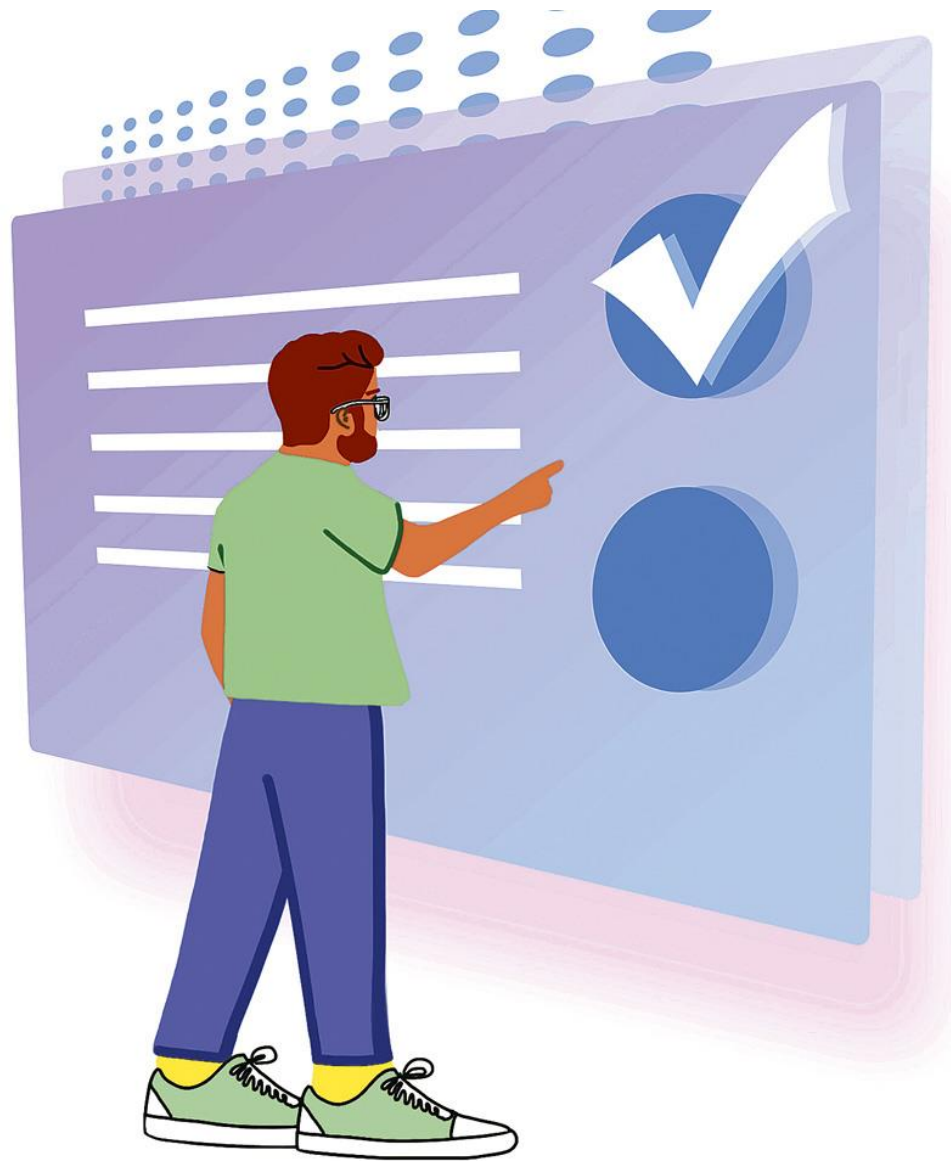
Debes recoger más información y potenciales explicaciones. Ej: Pensamientos positivos y neutrales también deben ser considerados en vez de sólo los negativos. – **“La gente piensa que soy rara y sosa”**



Si predices la catástrofe, trata de desarrollar predicciones alternas también- **“Total, todo en la vida me va a ir mal”**



Ahora bien...
***¿Qué pensáis que
le ocurría a Sofia?***



Sesión 6

Evaluación

REELEMOS

La historia de Sofi



Cuestionario final

- ¿Cómo se encuentra Sofia?

- ¿Te acercarías a ella?

- ¿Entiendes lo que le ocurre?

- ¿Cuáles creéis que pueden ser las debilidades de Sofi? ¿Y sus fortalezas?

- ¿Cómo me siento yo al leer la historia?

Cuestionario final

- ¿Cómo se encuentra Sofia?

- ¿Te acercarías a ella?

- ¿Entiendes lo que le ocurre?

- ¿Cuáles creéis que pueden ser las debilidades de Sofi? ¿Y sus fortalezas?

- ¿Cómo me siento yo al leer la historia?

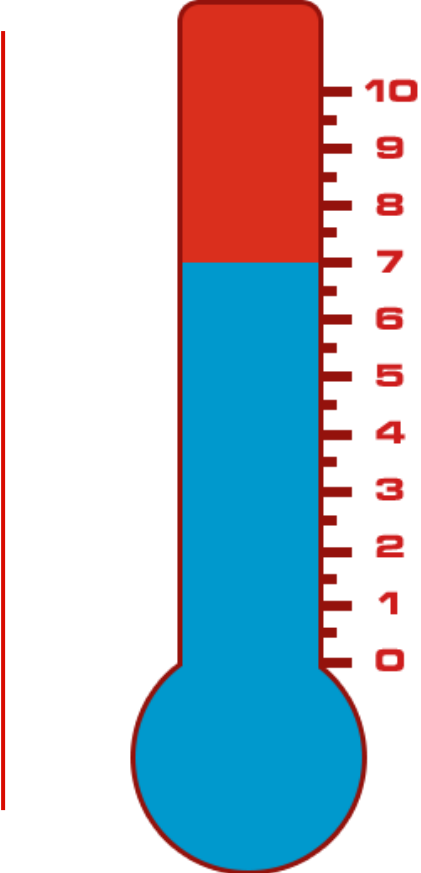
COMPARATIVA CON EL
CUESTIONARIO INICIAL

Coloca en el termómetro las siguientes actitudes hacia las personas con problemas de salud mental según su gravedad.
¿Qué debo hacer? ¿Qué no debo hacer?

- He llamado loco a alguien por decir algo que para mi no tenía sentido.
- He escuchado el malestar de la persona a pesar de creer que lo que expresa está distorsionado por la enfermedad mental.
- Tengo miedo de que mi compañero con esquizofrenia me haga daño.
- Rechazo a alguien de mi grupo de amigos porque tiene una enfermedad.
- Subo a redes contenido que informe sobre salud mental con el material adecuado.
- Uso terminus como esquizofrenico, paranoico, anorexico...
- Creo que la enfermedad mental no tiene cura y siempre estarán así.
- Entiendo, acompaño y respeto de cada una de las personas que me rodea, incluyendo a las personas con enfermedad mental.
- Creo que las personas con enfermedad mental no tienen derecho a trabajar.
- Soy autoritario/a con las personas con enfermedad mental.
- Respeto la intimidad de todas las personas.



A rellenar...





ESCALA FINAL

“...Todos somos un poco Sancho y un poco Quijote pero no hay que pasarse en ser Sancho ni en ser Quijote: no se puede pelear siempre como Don Quijote, ni ser tan pragmático y tan práctico y tan realista como Sancho (...). Todos las personas con enfermedad mental somos un poco eso (...), como se da en la sociedad también”.

(Persona con trastorno mental).

