

Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha

PUBLICACIONES TÉCNICAS

PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO (PAREI)

Olimpia Díaz Mandado



Castilla-La Mancha

PUBLICACIONES TÉCNICAS

Edita: Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha

Depósito Legal: TO-520-2015

Código ISBN: 978-84-606-7662-1



**PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO Y
REDUCCIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO
(PAREI)**

PRESENTACIÓN

Como Directora de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, presentar el libro “PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO” supone visualizar uno de los fines mismos de esta Fundación: promocionar cambios en las actitudes sociales y personales tendentes a favorecer la aceptación e integración social de las personas con enfermedad mental.

El concepto de estigma internalizado en personas con enfermedad mental grave, está cada vez más considerado por los profesionales de la Salud Mental, se trata de un concepto menos conocido que el estigma como social o el institucional, pero supone un obstáculo muy relevante. El grave impacto que representa el estigma internalizado en la evolución y proceso de recuperación de las personas con Trastorno Mental Grave, hacía necesario desarrollar estrategias para abordarlo y minimizarlo.

El esfuerzo que desde la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha se está realizando para conectar el ámbito científico, no hay que perder de vista la extensa investigación a lo largo de varios años en la que se asienta el programa, y el ámbito de lo aplicado en los recursos disponibles, queda plasmado en este libro. El lector encontrará en él, un programa completo con la descripción y metodología necesaria para poder aplicar y evaluar dicho programa de intervención.

La escasez de programas disponibles en este ámbito de actuación, hacía necesario la elaboración y diseño de un programa que atendiese a las características de nuestros centros, usuarios y profesionales con el objetivo general de reducir este tipo de estigma en sus tres dimensiones cognitiva, emocional y conductual además de entrenar estrategias de afrontamiento.

La edición y difusión de este libro pretende contribuir, motivar e implicar a los profesionales de la propia Fundación por esta problemática y hacerlo extensible a cualquier persona con interés por este tema.

Susana García-Heras Delgado
Directora de la Fundación Sociosanitaria
de Castilla-La Mancha

ÍNDICE

1. Descripción general del programa	
1. 1. Introducción	9
1. 2. Objetivos	10
1. 3. Perfil de los participantes	10
1. 4. Metodología	11
1. 5. Evaluación	11
2. Sesiones	
Sesión 1. Estigma internalizado como barrera de la recuperación	13
Sesión 2. Ideas falsas sobre los trastornos mentales	15
Sesión 3. Pensamientos, emociones y conductas relacionados con el trastorno mental	18
Sesión 4. Autoestima: identificando fortalezas y aceptando dificultades	20
Sesión 5. Afrontar el estigma I. Situaciones temidas y estrategias de afrontamiento	22
Sesión 6. Afrontar el estigma II. Poner en práctica estrategias de afrontamiento ante situaciones temidas	24
Sesión 7. Afrontar el estigma III. Poner en práctica estrategias de afrontamiento ante situaciones temidas	25
Sesión 8. Resumen y seguimiento del programa	26
3. Materiales de apoyo	
3.1. Instrumentos de evaluación	29
3.2. Ejercicios y material en power point de las sesiones	29
Referencias bibliográficas	30

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

1.1. Introducción

El estigma internalizado en las personas con trastorno mental grave (TMG) se ha definido como un proceso subjetivo caracterizado por la aprobación de los estereotipos sobre los trastornos mentales, sentimientos negativos hacia uno mismo y comportamientos desadaptativos de autodiscriminación. Este proceso sería resultado de las experiencias personales, las percepciones o la anticipación de las reacciones negativas sociales hacia su trastorno mental (Livingston y Boyd, 2010). El estigma internalizado incluye una dimensión cognitiva que serían los denominados estereotipos (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad), una dimensión emocional o prejuicios (vergüenza, desconfianza sobre la propia capacidad, culpa, etc.) y una dimensión conductual o comportamientos de autodiscriminación en respuesta a ese prejuicio, como la falta de aprovechamiento de oportunidades laborales o el rechazo a buscar ayuda (Corrigan y Watson, 2002). Lejos de ser un problema menor, el estigma internalizado afecta a más de un tercio de las personas con esquizofrenia y otros TMG (Gerlinger et al., 2013). El estigma internalizado supone un obstáculo fundamental en la recuperación estando asociado a una reducción de la esperanza, la autoestima, el empoderamiento, la autoeficacia, la calidad de vida y el soporte social. Las personas que internalizan el estigma presentan a su vez una mayor severidad de los síntomas y una peor adherencia al tratamiento (Livingston y Boyd, 2010).

La alta prevalencia del estigma internalizado y su grave impacto en el proceso de recuperación de las personas con TMG ha potenciado en los últimos años el diseño de programas específicos dirigidos a la reducción del estigma internalizado y de sus consecuencias. Pese a

la escasez de programas disponibles y al carácter reciente de los estudios de eficacia de dichos programas (Yanos, Lucksted, Drapalski, Roe y Lysaker, 2014), se están apuntando como relevantes ciertas características metodológicas. Algunas de estas características harían referencia al perfil de participantes, el tipo de intervención o contenidos y duración de las sesiones. Con todas estas recomendaciones, desde la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM) se ha diseñado un programa grupal que utiliza de forma combinada estrategias psicoeducativas, cognitivo conductuales, motivacionales y basadas en el apoyo entre iguales dirigido a la reducción del estigma internalizado en su dimensión cognitiva, emocional y conductual.

El programa que se presenta a continuación (denominado Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado o PAREI) está dirigido a mejorar ciertas variables identificadas como estratégicas desde los modelos teóricos y empíricos sobre el proceso de internalización del estigma (i.e. legitimidad percibida de discriminación, la identificación con el grupo y las estrategias de afrontamiento al estigma (Corrigan, Watson y Barr, 2006; Ilic et al., 2012; Rusch et al., 2009; Watson, Corrigan, Larson y Sells, 2007). Estas variables podrían explicar por qué algunas personas con TMG internalizan el estigma y presentan baja autoestima y autoeficacia mientras otras presentan estrategias propias del empoderamiento junto a una elevada autoestima. En primer lugar las personas que presentan estigma internalizado aceptarían y aplicarían información errónea sobre los trastornos mentales que conllevan creencias distorsionadas sobre si mismas y sus capacidades. Estas creencias distorsionadas reforzarían la percepción de que el estigma es legítimo y justo. Es decir una situación estigmatizante (por

ejemplo no ser contratado) se percibiría como legítima si una creencia sobre la enfermedad mental se percibe como cierta o precisa (por ejemplo la creencia de que las personas con trastorno mental son incompetentes laboralmente). Para reducir la legitimidad percibida de discriminación el PAREI utiliza técnicas psico-educativas y de cognitivo conductuales que cuestionen la veracidad y precisión de las creencias distorsionadas sobre los trastornos mentales. En segundo lugar, percibir el estigma como legítimo y justo conllevaría la desvalorización de uno mismo y del grupo de personas con TMG (Corrigan y Watson, 2002; Rusch, Lieb, Bohus y Corrigan, 2006). Para fomentar la identificación con el grupo de personas con TMG, atribuir valor al propio grupo y mejorar la autoestima se ha fomentado el apoyo mutuo entre los participantes así como el uso de materiales con narrativas y experiencias en *primera persona* de otros iguales en un proceso avanzado de recuperación. Esta metodología tiene como objetivo que los participantes desarrollen una identidad positiva a través de la interacción con otros iguales del grupo estigmatizado (Watson et al., 2007). Igualmente se ha intervenido sobre la autoestima desde la identificación de capacidades y fortalezas personales en el desarrollo de roles sociales valiosos y desde la aceptación de las dificultades con una metodología similar a la utilizada en el programa de Fung et al., (2011). Por último una alta legitimidad percibida de discriminación junto a una baja consideración del grupo de personas con TMG puede fomentar un afrontamiento al estigma basado en la desesperanza, la ocultación del trastorno mental y la distancia social de otras personas con trastornos mentales. Por el contrario una baja legitimidad percibida de discriminación o bien la consideración del grupo de personas con trastornos mentales como valioso puede predecir estrategias adaptativas ante el estigma (Rusch et al., 2009). Por ello en tercer lugar se ha realizado

un entrenamiento específico de estrategias de afrontamiento opuestas al estigma internalizado como la educación a otras personas, la búsqueda de apoyo social, el desafío de las creencias distorsionadas o las habilidades asertivas. Para entrenar estrategias de afrontamiento ante el estigma se han utilizado técnicas cognitivo conductuales que incluye entre otras el modelado, el rol-playing o las autoinstrucciones. Igualmente se han utilizado estrategias motivacionales durante el entrenamiento de estrategias de afrontamiento valorando las ventajas y desventajas de las estrategias para fomentar la motivación por el cambio en los participantes.

1. 2. Objetivos

Objetivo general

Reducir el estigma internalizado en su dimensión cognitiva, emocional y conductual.

Objetivos específicos

Reducir la legitimidad otorgada a la discriminación.

Ampliar y adquirir adecuadas estrategias de afrontamiento al estigma.

Fomentar la identificación de los participantes con un grupo valioso de personas con trastornos mentales.

Mejorar la identificación de cualidades y fortalezas personales así como la aceptación y cambio de dificultades.

1. 3. Perfil de los participantes

- Tener un Trastorno Mental Grave.
- Edad comprendida entre los 18 y 65 años .
- Presencia de elevado estigma internalizado: puntuación de corte mayor o igual a 2,5 en la puntuación total o en alguna de las subescalas de la

Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental, excepto en la subescala “discriminación experimentada” (Ritsher, Otilingam y Grajales, 2003).

- Ausencia de deterioro cognitivo grave.
- Ausencia de retraso mental.
- Ausencia de síntomas psicóticos agudos que impidan la participación en el programa.

1. 4. Metodología

El programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado consta de 8 sesiones semanales de dos horas de duración. Es recomendable que el programa sea impartido por dos psicólogas y que esté formado por 6 u 8 participantes. Los materiales incluyen el uso de la pizarra, presentaciones en formato power point, videos y ejercicios en papel. Los participantes recibirán al principio de cada sesión el material utilizado en power point así como los ejercicios que hayan realizado previamente. No se incluyen tareas para casa, excepto en la sesión 4. Todas las sesiones comienzan con un resumen de la sesión anterior y una descripción de los contenidos y objetivos de la sesión actual.

Los contenidos de las sesiones del programa son los siguientes:

Sesión 1. Estigma internalizado como barrera de la recuperación.

Sesión 2. Ideas falsas sobre los trastornos mentales.

Sesión 3. Pensamientos, emociones y conductas relacionadas con el estigma internalizado.

Sesión 4. Autoestima: identificando fortalezas y aceptando dificultades.

Sesión 5. Afrontar el estigma I. Situaciones temidas y estrategias de afrontamiento utilizadas.

Sesión 6. Afrontar el estigma II. Aprender nuevas estrategias de afrontamiento ante situaciones temidas.

Sesión 7. Afrontar el estigma III. Practicar nuevas estrategias de afrontamiento ante situaciones temidas.

Sesión 8. Resumen de los contenidos.

1. 5. Evaluación

Los instrumentos de evaluación que pueden utilizarse previa y posteriormente al programa son los siguientes:

Estigma internalizado: *Escala de Estigma Internalizado de enfermedad mental* (Ritsher et al., 2003) adaptada al castellano por Brohan et al., (2010).

Legitimidad percibida de discriminación: *Escala de Legitimidad Percibida de Discriminación* (Watson et al., 2007) traducida al castellano por Díaz-Mandado y Periañez.

Estrategias de afrontamiento ante el estigma: *Escala de Afrontamiento al Estigma* (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen y Phelan, 2002) traducida al castellano por Díaz-Mandado y Periañez.

Autoestima: *Escala de Autoestima de Rosenberg* (Rosenberg, 1965) validada por Vázquez-Morejón et al., (2004).

Expectativas de recuperación: *Escala de Evaluación de la Recuperación* (Corrigan, Giffort, Rashid, Leary y Okeke, 1999) adaptada al castellano por Muñoz et al., (2010).



2. SESIONES

SESIÓN 1. ESTIGMA INTERNALIZADO COMO BARRERA DE LA RECUPERACIÓN

Objetivos específicos

Fomentar la cohesión grupal.

Informar de los objetivos, contenidos y metodología del programa.

Definir el concepto de recuperación.

Proporcionar información sobre el pronóstico y recuperación de personas con trastornos mentales.

Definir el estigma social y estigma internalizado.

Conocer como el estigma social e internalizado afecta los pensamientos, emociones y conductas de los participantes.

Materiales

Pizarra, ordenador con proyector.

Dos presentaciones en power point.

Ejercicio individual sobre recuperación.

Organización de la sesión

1. Mensaje de bienvenida y ejercicio de presentación.
2. Introducción al programa.
3. Ejercicio individual sobre recuperación: El concepto de recuperación.
4. Barreras en la recuperación: el estigma social y el estigma internalizado.
Ejercicio grupal sobre el estigma.
5. Narrativa de recuperación.

Procedimiento

1. Mensaje de bienvenida y ejercicio de presentación

El terapeuta y coterapeuta comienzan presentándose a los participantes y haciendo una breve introducción del objetivo general del programa. Un ejercicio de

presentación puede facilitar el conocimiento entre los participantes. Estos son invitados a presentarse con su nombre y tres aspectos sobre si mismos (cualidades, intereses, etc.) al resto de los participantes. El terapeuta comienza la práctica del ejercicio.

2. Introducción al programa

El terapeuta facilita una introducción detallada sobre el objetivo y estructura del programa utilizando una presentación en power point.

3. Concepto de recuperación

Este apartado incluye los siguientes contenidos:

- Ejercicio individual sobre la propia definición de recuperación y puesta en común destacando aspectos comunes de las diferentes definiciones.
- Definiciones de recuperación.
- Datos e información objetiva sobre pronóstico y recuperación. Obstáculos y facilitadores del proceso de recuperación. Se utilizará una presentación en power point.

4. Barreras en la recuperación: el estigma social y el estigma internalizado

Este apartado incluye los siguientes contenidos:

- Información sobre estigma social e internalizado e impacto del mismo (material en power point).
- Ejercicio grupal: preguntas para la reflexión.

Este ejercicio pretende generar un debate grupal sobre el estigma desde la perspectiva de los participantes. Para ello se utilizarán las siguientes preguntas:

“¿Has notado un trato distinto o discriminatorio debido al trastorno mental? ¿en que situaciones?”, “¿Qué consecuencias tiene para ti ese trato? ¿Crees que impide de alguna forma tu recuperación?”, “¿Es posible la recuperación pese al estigma social?”.

5. Narrativa de recuperación

Para finalizar la sesión se utilizará alguna narrativa escrita sobre la experiencia de la recuperación personal. Las narrativas pueden seleccionarse por ejemplo de la página web www.1decada4.es de la Junta de Andalucía (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales) o de libros como “El camino de la recuperación” de Antonio Ramos (Editorial Club Universitario, Alicante, 2010).

6. Material de apoyo para el profesional

El concepto de recuperación se ha definido de diferentes maneras. Los profesionales habitualmente hacen más énfasis en la reducción de síntomas y adecuado funcionamiento psicosocial (ocupación normalizada, red social, autonomía e independencia, etc.) mientras los usuarios de los servicios de salud mental hacen más énfasis en el manejo de los síntomas (y poca repercusión), satisfacción personal, consecución de objetivos personales, buena autoestima, ausencia o reducción del tratamiento farmacológico, asumir el control de su propia vida, etc. Ambos conceptos de recuperación, clínica y subjetiva, serían complementarios. Aportar datos sobre la recuperación puede facilitar el objetivo de fomentar esperanza entre los participantes. A la hora de abordar el concepto de estigma internalizado es importante hacer énfasis en cómo el estigma internalizado puede manifestarse solo en alguna de sus tres dimensiones: cognitiva, emocional o conductual. Por ejemplo no siempre la persona acepta esas ideas falsas pero puede tener emociones negativas asociadas (por ejemplo, vergüenza, decepción consigo mismo, etc.) y conductas de autodiscriminación (no relacionarse, no intentar buscar un empleo, etc.).

Ejemplos que pueden utilizarse para explicar el estigma social:

- Si una persona piensa que las personas con trastorno mental son agresivas y violentas (estereotipo), sentirá

miedo (prejuicio) y no tendrá ningún tipo de contacto con las personas con trastorno mental (discriminación).

- Si un empresario piensa que las personas con trastorno mental no pueden trabajar igual de bien que las personas sin trastorno mental (estereotipo), sentirá falta de interés (prejuicio) y no contratará a personas con trastorno mental (discriminación).
- Si una persona piensa que no puedes hacer las cosas solo/a, de manera autónoma (estereotipo), puede sentir pena por ti (prejuicio) y puede hacer las cosas por ti (sobreprotección).

Ejemplos que pueden utilizarse para explicar el estigma internalizado:

- Si una persona con trastorno mental piensa que es responsable y culpable de tener su trastorno mental (estereotipo), se sentirá avergonzada (prejuicio) y no hará esfuerzos por relacionarse con nadie (discriminación).
- Si una persona con trastorno mental piensa que no se puede recuperar de su trastorno y que siempre estará igual (estereotipo) se sentirá desesperanzada (prejuicio) y no tendrá compromiso con su tratamiento (no ira al CRPSL o no tomará la medicación, etc.)

En el ejercicio grupal sobre la percepción de estigma y sus consecuencias hay que prestar especial atención a las reacciones emocionales (vergüenza, decepción, etc.), de auto-desvalorización (baja autoestima) y conductuales (evitación, aislamiento, etc.) de los participantes. Igualmente debe prestarse especial atención a las actitudes paternalistas percibidas en los otros (por ejemplo, su familia le trata como a un niño), desvalorización (falta de interés por parte de los demás, percepción de no poder conseguir nada, le toman menos en serio, etc.) así como a conductas de discriminación tales como no haber conseguido un trabajo debido al trastorno mental o a estar en tratamiento, rechazo social, etc.

SESIÓN 2. IDEAS FALSAS SOBRE LOS TRASTORNOS MENTALES

Objetivos específicos

Exponer las ideas falsas más comunes sobre los trastornos mentales.

Cuestionar la veracidad de esas ideas falsas proporcionando información correcta.

Ayudar a los participantes a reemplazar las ideas falsas y estigmatizantes.

Reducir la legitimidad otorgada a la discriminación hacia los trastornos mentales.

Materiales

Pizarra.

Tarjetas con ideas falsas y tarjetas en blanco para construir las ideas más verdaderas.

Organización de la sesión

1. Introducción a la sesión.
2. Psicoeducación: estigma hacia el trastorno mental.
3. Ejercicio: Tarjeta de ideas falsas e ideas más verdaderas.

1. Introducción a la sesión

Primeramente el terapeuta hace un breve resumen de la sesión anterior. El terapeuta introduce los objetivos, el tema y el resumen de la sesión.

2. Psicoeducación: ideas falsas hacia el trastorno mental

En este apartado se expone a los participantes la existencia de ideas falsas sobre el trastorno mental que existen en la sociedad tal como se vio en la primera sesión y sus conexiones con el estigma internalizado.

Los mitos o ideas falsas más comunes tienen relación con:

- La inmutabilidad, incurabilidad e imposibilidad de recuperación.
- La peligrosidad.
- La extrañeza de sus conductas e impredecibilidad.

- Dificultad de relación e incapacidad para manejar y asumir el control de su propia vida.
- Culpabilidad sobre su trastorno.

3. Ejercicio: Tarjeta de ideas falsas e ideas más verdaderas

El procedimiento en este ejercicio es el siguiente:

- Se selecciona una tarjeta que se lee en alto.
- El terapeuta invita a los participantes a expresar su punto de vista sobre el contenido y a comentar las evidencias a favor y en contra.
- El coterapeuta los escribe en la pizarra.
- El terapeuta facilita más evidencia para cambiar las ideas falsas.
- Finalmente en una tarjeta en blanco se escribe la idea más verdadera que se haya consensuado en el grupo. Este procedimiento se repite con todas las tarjetas. Las tarjetas creadas en el grupo pueden pegarse en la pizarra o en algún lugar visible.

Ideas falsas:

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

6. Material de apoyo para el profesional

Se expone a los participantes que esas ideas son falsas ya que no se basan en datos objetivos ni en evidencias o son una exageración o mala interpretación de aspectos relacionados con el trastorno mental. Es importante conectar aquí el estigma social con el estigma internalizado, de forma que en ocasiones se asumen e internalizan esas ideas falsas. En otras ocasiones no se asumen, uno es consciente de la falsedad pero generan emociones negativas (vergüenza, baja autoestima, etc.). Poner ejemplos de estas conexiones entre pensamientos y emociones.

Es importante destacar de cara a cuestionar la veracidad y legitimidad de las ideas falsas varios aspectos a lo largo de la sesión:

- No todo el mundo en la sociedad tiene esas ideas falsas. Se puede preguntar a los participantes si conocen a alguien que no piense de ese modo (con una idea falsa en concreto por ejemplo, con la imposibilidad de recuperación si conocen a alguien –profesional, amigo, familiar, otros participantes, etc.- que no comparta esa idea).
- A lo largo de la historia han existido muchas ideas falsas sobre determinados colectivos que con el paso del tiempo se ha demostrado que no tienen evidencia: i.e. que las mujeres eran menos inteligentes que los hombres.

En el ejercicio sobre las ideas falsas, el material se presenta dirigido a fomentar la discusión entre los participantes, no como cuestiones que deben ser categóricamente aceptadas. El objetivo es ayudar a reemplazar mitos erróneos o estigmatizantes pero no cuestionar la experiencia de la persona y la comprensión personal de la misma. Para ello, se utiliza una metodología propia de la reestructuración cognitiva donde se *lanzan* preguntas dirigidas a comprobar la evidencia a favor o en contra de cada idea estigmatizante. La dificultad a la hora de trabajar con las ideas estigmatizantes o mitos estriba en que no son pensamientos totalmente absurdos o

completamente alejados de la realidad sino que, basándose en ciertos aspectos o situaciones concretas o puntuales, se configura una idea estigmatizante que afecta a todas las personas con trastorno mental bajo cualquier circunstancia. Es esta generalización la que es absurda o alejada de la realidad. El objetivo con esta sesión sería cuestionar las ideas estigmatizantes, valorando la evidencia a favor y en contra, llegando a crear entre todos los participantes y con el apoyo del profesional, la idea más verdadera, es decir la idea que cuenta con más evidencia o más apoyos.

Por ejemplo, la afirmación estigmatizante “Las personas con trastorno mental necesitan que otras personas tomen decisiones por ellos, no pueden decidir por si mismas” puede estar basada en una minoría de personas con trastorno mental que están incapacitadas legalmente, y que necesitan que otras personas, sus tutores legales, tomen decisiones importantes por ellos con el objetivo de protegerles. Incluso en estos casos, no significa que la persona no pueda tomar absolutamente ninguna decisión por si misma, ya que los seres humanos tomamos decisiones continuamente desde aspectos cotidianos (a que hora levantarnos, qué desayunar, etc.) hasta aspectos de más importancia (que partido político votar o si contratar o no un crédito bancario). Ni siquiera por el hecho de que algunas personas estén incapacitadas legalmente o en situación de estarlo, puede afirmarse que las personas con trastorno mental no puedan tomar decisiones por si mismas.

En el ejercicio es importante abordar las tarjetas en el orden que se indica ya que dependiendo del nivel de participación pueden no debatirse todas en la sesión. Las cinco primeras ideas son las que tendrían que discutirse ya que son las que hacen referencia a los pensamientos estigmatizantes fundamentales (peligrosidad, imposibilidad de recuperación, incapacidad para manejar y asumir el control de su propia vida, impredecibilidad y extrañeza y culpabilidad sobre su trastorno). Las cuatro últimas tarjetas servirían para reforzar el debate de las primeras.

SESIÓN 3. PENSAMIENTOS, EMOCIONES Y CONDUCTAS RELACIONADOS CON EL TRASTORNO MENTAL

Objetivos específicos

Explicar la relación entre los pensamientos, emociones y conductas.

Ayudar a los participantes a comprender la relación entre sus pensamientos, emociones y conductas relacionadas con el trastorno mental.

Identificar situaciones temidas y pensamientos, emociones y conductas en las mismas.

Materiales

Pizarra, ordenador y proyector, ejercicio en papel.

Organización de la sesión

1. Introducción de la sesión.
2. Explicación de la relación entre pensamientos, emociones y conductas.
3. Ejercicio grupal: “Buscando un final feliz”.
4. Ejercicio individual: Comprender pensamientos, emociones y conductas negativas asociadas al trastorno mental.

Procedimiento

1. Introducción de la sesión

Primeramente el terapeuta hace un breve resumen de la sesión anterior. Para introducir la sesión se puede utilizar un video corto de 4 minutos sobre estigma realizado con el apoyo del Grupo de Sensibilización sobre Salud Mental de Andalucía (<http://www.youtube.com/watch?v=o8zKb tC uo>). Posteriormente el terapeuta introduce los objetivos, el tema y el resumen de la sesión actual.

2. Explicación de la relación entre pensamientos, emociones y conductas

En este momento el terapeuta expone a los parti-

cipantes la relación entre los pensamientos, las emociones y las conductas. Para ello se utiliza un material en power point.

3. Ejercicio. Buscando un final feliz

Con este ejercicio, se pretende que los participantes “imaginen” otras formas de interpretar la situación y otras emociones asociadas que tengan como consecuencia, conductas más útiles y no tan perjudiciales.

4. Comprender pensamientos, emociones y conductas negativas asociadas al trastorno mental. Ejercicio individual

El objetivo en este apartado es ayudar a los participantes a identificar pensamientos, emociones y comportamientos negativos sobre aspectos relacionados con el trastorno mental (como estar en tratamiento o diagnosticados). Partimos de la diapositiva de power point sobre emociones asociadas al trastorno y les preguntamos a los participantes si han tenido alguna de esas emociones asociadas al hecho de estar en tratamiento o diagnosticados. A partir de ahí, les pedimos que realicen el ejercicio de forma individual en el que identifican pensamientos y sus consecuencias. Los terapeutas van ayudando a los participantes a completar el ejercicio.

Posteriormente se ponen en común los ejercicios de los participantes y se les pide su participación para valorar entre todos los miembros del grupo la evidencia y también la utilidad de esos pensamientos. En esta sesión podemos trabajar en grupo con un ejercicio de uno de los participantes y registrar el pensamiento alternativo. El resto de pensamientos registrados los utilizaremos en las sesiones de afrontamiento (6 y 7).

Al finalizar la sesión se presenta un ejemplo con evidencias a favor y en contra de un pensamiento.

5. Material de apoyo para el profesional

La interpretación de las personas sobre situaciones específicas afecta a sus emociones y sus conductas. Los pensamientos, emociones y conductas se influyen entre ellas mediante un ciclo interactivo. El terapeuta puede usar los siguientes ejemplos para ilustrar el modelo en power point.

Ejemplo 1. Cuando alguien me mira en la calle (situación), puedo pensar que “esa persona está pensando que tengo mal aspecto, que todo el mundo me rechaza y todo me sale mal” (pensamiento). Esto hace que me sienta nerviosa y triste (consecuencia: emociones). Por tanto a partir de ese momento intentaré no salir de mi casa (consecuencia: conducta) con el fin de evitar estas situaciones no deseadas.

Ejemplo 2. Voy en el autobús y una persona se levanta de su asiento cuando yo me siento a su lado (situación). Pienso que esa persona sabe que tengo un trastorno mental y quiere mantenerse alejado de mí, que no valgo para nada y que nunca podré relacionarme con normalidad (pensamiento). Me siento avergonzado y entristecido (consecuencia: emoción) e intento a partir de ahora no utilizar el transporte público y evitar el contacto interpersonal (consecuencia: comportamiento).

El terapeuta utiliza estos dos ejemplos para trabajar los siguientes aspectos:

- Los pensamientos son interpretaciones subjetivas que hace cada persona (es decir no es un reflejo fiel de la “realidad”).
- En ocasiones esas interpretaciones no tienen evidencia, es decir serían conclusiones precipitadas, no tendríamos pruebas “objetivas”. Puede resultar útil utilizar los ejemplos expuestos en el power point y cuestionar la evidencia de esos pensamientos, intentando hacer partícipe a los miembros del grupo al cuestionar la evidencia.

- Si las conductas son perjudiciales para mí y tienen tanta relación con mis interpretaciones y emociones, puedo intentar interpretar las situaciones de otra manera para no sentirme tan mal o tener comportamientos que me perjudican.

El ejercicio “Buscando un final feliz” tiene como objetivo cuestionar los pensamientos de los ejemplos anteriores y generar interpretaciones alternativas (por ejemplo, puede que esa persona sepa que tengo trastorno mental y quiera mantenerse alejado de mí aunque puede que tenga otros motivos para levantarse, si sabe que tengo un trastorno mental y por eso me rechaza eso significa que tiene bastante desinformación y desconocimiento sobre los trastornos mentales, puede que a mí no me interese estar cerca de personas tan desinformadas, etc.), la forma de interpretar la situación puede generar emociones negativas aunque no tan intensas.

El terapeuta pondrá especial cuidado en no confrontar y cuestionar directamente al participante, haciendo hincapié en que hay muchas maneras de interpretar la realidad, algunas con más evidencias que otras y algunas más útiles que otras, siendo el objetivo de la puesta en común identificar otras interpretaciones con más evidencia y más útiles para la persona. Algunas preguntas dirigidas a buscar evidencias son:

“¿Qué evidencias existe a favor de ese pensamiento? ¿Qué datos o pruebas tienes? ¿hay otra forma de enfocar esto? ¿Siempre has pensado así? ¿Crees que otra persona podría pensar de otra manera?”.

Algunas preguntas dirigidas a evaluar la utilidad del pensamiento: “¿de que te sirve pensar eso?, ¿te ayuda este pensamiento a conseguir tus objetivos o a solucionar el problema? ¿te ayuda a sentirte bien? Si este pensamiento lo tuviese otra persona ¿qué le dirías para afrontar la situación?”.

SESIÓN 4. AUTOESTIMA: IDENTIFICANDO FORTALEZAS Y ACEPTANDO DIFICULTADES

Objetivos específicos

Reflexionar sobre los efectos del estigma en nuestra autoestima.

Enfatizar sus experiencias y roles positivos.

Identificar fortalezas personales y las propias capacidades y recursos frente a las discapacidades.

Reconocer y aceptar las debilidades o dificultades.

Materiales

Pizarra, ordenador y proyector, tres ejercicios.

Organización de la sesión

1. Introducción de la sesión. Ejercicio de calentamiento.
2. Ejercicio: roles sociales y autoestima.
3. Ejercicio: practicando la aceptación.
4. Ejercicio para casa: exploración de las fortalezas personales (power point en tarjetas).

Procedimiento

1. Introducción de la sesión

Primeramente el terapeuta hace un breve resumen de la sesión anterior. El terapeuta introduce los objetivos, el tema y el resumen de la sesión.

Se comienza la sesión con un ejercicio grupal de calentamiento donde se pregunta a los participantes “¿Creéis que el hecho de estar diagnosticados o en tratamiento afecta a como os valoráis y al concepto que tenéis de vosotros mismos?” “¿de que forma afecta”?. El terapeuta/coterapeuta anima a los participantes a exponer sus opiniones durante los primeros 10 minutos de la sesión.

2. Ejercicio: roles sociales y autoestima

Este ejercicio ha sido adaptado por Fung et al., (2011) del listado de roles propuesto por Oakley et al., (1986). Tiene como objetivo ayudar a los participantes a explorar sus capacidades personales desde el cumplimiento de diferentes roles. Una vez que los participantes identifican que roles han desempeñado en el pasado y en el presente, se les pide que identifiquen como mínimo tres cualidades o aspectos positivos en los roles que desempeñan en la actualidad. Posteriormente se pone en común el ejercicio. Se anima a los participantes a que, como “tarea para casa”, pregunten a personas significativas (miembros de su familia, amigos, profesionales de salud mental, etc.) sobre sus cualidades en el desempeño de cada rol con el objetivo de completar el ejercicio.

3. Ejercicio: practicando la aceptación

Este ejercicio tiene como objetivo reflexionar la necesidad de aceptación de las debilidades o dificultades que identifican los participantes. En este ejercicio, el terapeuta comienza explicando un ejemplo de aceptación y posteriormente pide a los participantes que identifiquen una dificultad. Se aborda en común ventajas de la aceptación y desventajas de la no aceptación.

4. Ejercicio para casa: exploración de las fortalezas personales

Este ejercicio tiene como objetivo afirmar el valor y las fortalezas personales así como continuar identificando las propias capacidades y recursos personales frente a las discapacidades. Para ello se utilizará la clasificación de las fortalezas humanas a través de 24 rasgos positivos organizados en términos de seis virtudes fundamentales (Park y Peterson, 2009). Se reparte entre los participantes la clasificación de las fortalezas humanas en forma de baraja de cartas para que puedan llevárselos a casa y seleccionen un mínimo de tres fortalezas que crean que poseen.

5. Material de apoyo para el profesional

En la introducción de esta sesión es importante hacer hincapié en la forma en la que el hecho de estar diagnosticado o en tratamiento puede afectar a la autoestima. El terapeuta expone que todas las personas poseemos “fortalezas y debilidades” (o cualidades/defectos; puntos fuertes y puntos débiles) y que los problemas habituales de autoestima se derivan en muchas ocasiones de no identificar adecuadamente nuestras fortalezas o bien de sobredimensionar nuestras dificultades. El terapeuta expone las dificultades que existen para identificar nuestras cualidades (relacionado con errores cognitivos) como por ejemplo, pensar que una cualidad tiene que estar presente al 100% en nuestra conducta para considerarla como tal (por ejemplo, la puntualidad) o bien desestimar fortalezas o cualidades que uno entiende que tienen que ser deseables en todo el mundo (por ejemplo, la honradez).

Identificar las fortalezas personales es importante para mejorar la autopercepción y autoestima entre las personas con trastorno mental. Es común que las personas con trastorno mental tiendan a centrar su identidad en el rol de “enfermos” y desprecien o minimicen sus experiencias exitosas en el cumplimiento de otros roles personales. La promoción de una identidad personal y grupal positiva es esencial para reducir la legitimidad del estigma.

El listado de roles es utilizado para ayudar a los participantes a revisar sus roles en su vida pasada y presente. El terapeuta ayuda a los participantes a mirar hacia atrás en sus experiencias positivas y en el logro de otros roles de vida (por ejemplo, ayudar a otros como voluntarios o ser bueno en ciertos deportes). Es importante enfatizar estratégicamente ciertas identidades o roles que son valorados socialmente. En muchas ocasiones los participantes

pueden añadir otros roles, como los familiares (por ejemplo, tío) e incluso el rol de usuario o paciente. El terapeuta puede aprovechar para normalizar las experiencias psiquiátricas de los participantes.

En el ejercicio “Practicando a aceptación”, los participantes expondrán dificultades que tienen relación con la aparición del trastorno (por ejemplo, pobres relaciones interpersonales, peor funcionamiento cognitivo o un peor funcionamiento psicosocial después del inicio de la enfermedad). En lugar de culparse a sí mismo de ser “enfermo mental” o percibirlo como un aspecto completamente inmutable y discapacitante, la persona puede aprender a aceptar ciertas dificultades para o bien poder modificarlas o bien centrarse en la mejora de otros aspectos personales. La aceptación no significa “resignarse” a tener ciertas dificultades, sino significa que partiendo de la presencia de esa dificultad, uno puede intentar reducir el impacto que tiene en su vida.

SESIÓN 5. AFRONTAR EL ESTIGMA I. SITUACIONES TEMIDAS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Objetivos específicos

Identificar las situaciones personales estigmatizantes temidas.

Reflexionar sobre la utilidad de las estrategias utilizadas ante las situaciones estigmatizantes.

Motivar por el aumento de repertorio de estrategias de afrontamiento ante el estigma.

Introducir diferentes estrategias de afrontamiento al estigma.

Materiales

Pizarra, ordenador y proyector.

Ejercicio: evaluando mis estrategias ante las situaciones estigmatizantes temidas.

Power point “Estrategias adecuadas e inadecuadas”.

Power point “Estrategias de afrontamiento al estigma”.

Material escrito con las estrategias de afrontamiento al estigma.

Organización de la sesión

1. Introducción.
2. Ejercicio: evaluando mis estrategias ante las situaciones estigmatizantes temidas.
3. Estrategias de afrontamiento ante situaciones temidas: ¿adecuadas o inadecuadas?
4. Estrategias para afrontar las situaciones estigmatizantes temidas (finaliza en la siguiente sesión).

Procedimiento

1. Introducción de la sesión

Primeramente el terapeuta hace un breve resumen de la sesión anterior. El terapeuta introduce los objetivos, el tema y el resumen de la sesión. Se ponen en común las dos “tareas para casa” (preguntar a otros

significativos sobre cualidades de sus roles y las tarjetas con las fortalezas personales).

2. Ejercicio: evaluando mis estrategias ante las situaciones estigmatizantes temidas

En este ejercicio se ayuda a los participantes a identificar dos o más situaciones personales estigmatizantes temidas así como las estrategias utilizadas para enfrentarse a ellas.

En el ejercicio, el terapeuta les ayuda a identificar las emociones asociadas a esas situaciones temidas así como las ventajas y desventajas de las estrategias de afrontamiento utilizadas. El ejercicio se realiza individualmente con el apoyo del terapeuta/coterapeuta y se pone posteriormente en común, solicitando la participación de los miembros del grupo (por ejemplo, “¿Os ha ocurrido una situación parecida?” “¿Cómo os habéis enfrentado a esa situación?”).

3. Estrategias de afrontamiento ante el estigma: adecuadas o inadecuadas

Una vez que se ha finalizado el ejercicio individual, el terapeuta expone que existen estrategias adaptativas y estrategias desadaptativas de afrontamiento ante situaciones estigmatizantes. El terapeuta evita confrontar o cuestionar directamente las estrategias utilizadas en los ejemplos de los participantes pero describe los criterios que definen y diferencian ambos tipos de estrategias (en el material de power point) y les pide aportación a los participantes para completar la definición. Después de este ejercicio se pide a los participantes que durante unos minutos evalúen sus propias estrategias de afrontamiento escritas en el ejercicio anterior y valoren si son adecuadas o inadecuadas. Posteriormente se pone en común preguntando a los participantes si han valorado que la estrategia que había utilizado es inadecuada y por qué. Se pueden poner ejemplos de estrategias adecuadas e inadecuadas utilizando los ejercicios individuales de los participantes.

En este momento es importante motivar para cambiar las estrategias en los participantes que han valorado sus estrategias como inadecuadas.

4. Estrategias para afrontar el estigma

El terapeuta expone diferentes formas de afrontar las situaciones temidas utilizando un material en power point intentando ejemplificar cada una de ellas ante situaciones concretas y haciendo referencia a las estrategias descritas por los participantes en el primer ejercicio de la sesión.

Las estrategias de afrontamiento que se detallan en el material en power point son las siguientes:

Búsqueda de apoyo social.

Cambiar mi forma de interpretar la situación.

Educar y enseñar a otros.

Divulgación, revelar la enfermedad.

Ser asertivo.

Indiferencia, distanciamiento.

Tomármelo con humor.

Recordarme mensajes positivos.

Después de cada estrategia el terapeuta realiza una serie de preguntas al grupo:

“¿Alguna vez habéis puesto en práctica esta estrategia?”, “¿Se os ocurre alguna situación donde podría ser útil practicar esta estrategia?”.

El terapeuta da uno o dos ejemplos donde puede utilizarse esa estrategia. El terapeuta expone ventajas y desventajas de cada estrategia utilizando los ejemplos mencionados por los participantes o por el mismo y solicita a los participantes su opinión sobre otras ventajas/desventajas.

5. Material de apoyo para el profesional

Las situaciones estigmatizantes temidas por parte de los participantes pueden ser situaciones que hayan experimentado recientemente o en el pasado y también situaciones que teman vivir y que eviten activamente

(muchas personas con TMG no experimentan situaciones de estigma ya que ocultan activamente el hecho de estar diagnosticado o en tratamiento). Algunos ejemplos pueden ser: encontrarse a conocidos cuando están haciendo algo relacionado con su tratamiento (por ejemplo, farmacia, atención primaria, viniendo al CRPSL, consulta de salud mental, etc.), experiencias relacionadas con el mundo laboral (por ejemplo, preguntas del entrevistador sobre su discapacidad o aspectos del curriculum, etc.), etc.

Muchas personas con TMG tienen emociones de alienación vinculados al hecho de tener trastorno mental (vergüenza, decepción con uno mismo, sentirse inferior a los demás, fuera de lugar, etc.) incluso aunque no presenten conductas autodiscriminatorias. Se puede partir de esas emociones para completar el ejercicio. Igualmente pueden identificar situaciones que aparentemente no son estigmatizantes porque no implican discriminación real pero que ellos las perciben así por los pensamientos que tienen en ellas (por ejemplo, familiares que vienen a comer a casa, y el usuario tiene pensamientos de minusvaloración y emociones de vergüenza asociadas).

La puesta en común puede ayudar a los participantes a percibir que otras personas se enfrentan a situaciones estigmatizantes parecidas y a identificar otras estrategias de afrontamiento ante situaciones similares.

Es importante recordar que una estrategia puede ser adecuada o inadecuada dependiendo de las consecuencias (ventajas/desventajas) que tenga para la persona y la situación concreta. Así ocurre igualmente en las estrategias de afrontamiento al estigma que se expondrán en esta y en la siguiente sesión. Por ejemplo, la estrategia de divulgación puede conllevar ventajas en determinadas situaciones pero también aumenta el riesgo de una mayor discriminación. El terapeuta ayuda a identificar las ventajas y desventajas de cada estrategia en cada situación pero respetando que la elección de una determinada estrategia es una decisión personal de cada participante.

SESIÓN 6. AFRONTAR EL ESTIGMA II. PONER EN PRÁCTICA ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE SITUACIONES TEMIDAS

Objetivos específicos

Practicar las diferentes estrategias de afrontamiento aprendidas en las situaciones temidas identificadas previamente.

Valorar las ventajas y desventajas del uso de nuevas estrategia en las situaciones temidas.

Motivar por el uso de diferentes estrategias de afrontamiento ante el estigma.

Materiales

Pizarra, ordenador y proyector.

Material escrito con el resumen de las estrategias de afrontamiento descritas.

Ejercicio “Práctica de estrategias de afrontamiento”.
Ejercicio de la sesión anterior “Evaluando el afrontamiento del estigma”.

Organización de la sesión

1. Introducción de la sesión.
2. Estrategias para afrontar las situaciones estigmatizantes temidas (continuación de la sesión anterior).
3. Práctica de estrategias de afrontamiento.

Procedimiento

1. Introducción de la sesión

Primeramente el terapeuta hace un breve resumen de la sesión anterior. El terapeuta introduce los objetivos, el tema y el resumen de la sesión.

2. Estrategias para afrontar las situaciones estigmatizantes temidas (continuación de la sesión anterior)

Se continúa con la exposición de las estrategias de

afrontamiento de la sesión anterior y con las preguntas grupales sobre cada estrategia.

3. Práctica de estrategias de afrontamiento

El objetivo en este apartado es poner en práctica las estrategias de afrontamiento que se expusieron en la sesión anterior. Para ello, se utiliza el ejercicio de la sesión anterior donde los participantes registraron situaciones estigmatizantes temidas que habían identificado y el ejercicio “Práctica de estrategias de afrontamiento”. Este ejercicio se pone en práctica cuando el participante hubiera valorado la estrategia utilizada como inadecuada o bien cuando siendo valorada como adecuada, puede ampliar con otras estrategias. En el caso que sea necesario, los participantes pueden volver a registrar más situaciones estigmatizantes temidas.

En primer lugar se realiza un ejercicio individual, en el que analizan que otras estrategias de las aprendidas pueden utilizarse ante la situación estigmatizante que habían registrado. A los participantes se les entregará una hoja resumen con todas las estrategias que se vieron el día anterior. Igualmente se registrarán las ventajas y desventajas del uso de la nueva estrategia. Posteriormente se pondrá en común cada ejercicio y esto servirá para aumentar la reflexión y la identificación de ventajas y desventajas con las aportaciones del resto de participantes y terapeutas.

Durante la puesta en común, el terapeuta intentará que se pongan en práctica la mayor parte de las estrategias y en el caso de “Ser Asertivo”, realizará un rol playing incluyendo el modelado por parte del terapeuta. De la misma forma, en la estrategia “Recordarme mensajes positivos” el terapeuta intentará que sea el participante el que elabore sus propios mensajes positivos y los escriba. En esta estrategia, para identificar mensajes positivos es útil identificar los pensamientos negativos asociados a la situación y cuestionarlos, sustituyéndolos por mensajes positivos.

SESIÓN 7. AFRONTAR EL ESTIGMA III. PONER EN PRÁCTICA ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE SITUACIONES TEMIDAS

Objetivos específicos

Practicar las diferentes estrategias de afrontamiento aprendidas en las situaciones temidas identificadas previamente.

Valorar las ventajas y desventajas del uso de nuevas estrategias en las situaciones temidas.

Motivar por el uso de diferentes estrategias de afrontamiento ante el estigma.

Materiales

Pizarra, ordenador y proyector.

Material escrito con el resumen de las estrategias de afrontamiento descritas.

Ejercicio “Práctica de estrategias de afrontamiento”.

Ejercicio de la sesión anterior “Evaluando el afrontamiento del estigma”.

Material escrito con descripción de técnicas asertivas y ejercicio “Recordarme mensajes positivos”.

Organización de la sesión

1. Introducción de la sesión.
2. Práctica de estrategias de afrontamiento.

Procedimiento

1. Introducción de la sesión

Primeramente el terapeuta hace un breve resumen de la sesión anterior. El terapeuta introduce los objetivos, el tema y el resumen de la sesión.

2. Práctica de estrategias de afrontamiento

El objetivo en este apartado es continuar con la puesta en práctica de las estrategias de afrontamiento que

se expusieron en sesiones anteriores. Para ello, se utiliza la misma metodología y materiales de la sesión 6. Es importante que a través de los ejercicios de los participantes se pongan en práctica todas las estrategias de afrontamiento descritas en las sesiones anteriores.

SESIÓN 8. RESUMEN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA

Objetivos específicos

Resumir los principales contenidos abordados en el programa.

Evaluar la satisfacción de los participantes con el programa.

Potenciar esperanza y pensamientos positivos sobre su futuro.

Materiales

Pizarra, ordenador y proyector.

Video sobre experiencias de recuperación “Sueño igual que tu” (concretamente la historia de Milagros) video elaborado por la Fundación Pública Andaluza para la Integración social de Personas con trastorno mental (FAISEM).

Cuestionario de satisfacción con el programa.

Material escrito “No nos conformamos con ser normales, queremos ser felices” elaborado por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

Organización de la sesión

1. Introducción de la sesión.
2. Resumen de los contenidos y objetivos abordados en el programa.
3. Video sobre narrativa de recuperación.
4. Evaluación de la satisfacción con el programa.
5. Despedida y cierre de programa.

Procedimiento

1. Introducción de la sesión

Primeramente el terapeuta hace un breve resumen de la sesión anterior. El terapeuta pregunta a los participantes si han puesto en práctica alguna de las

estrategias trabajadas en la sesión anterior y se discute en la misma sesión las facilidades y dificultades encontradas. Posteriormente el terapeuta introduce los objetivos, el tema y el resumen de la sesión actual.

2. Resumen de los contenidos y objetivos abordados durante el programa

A través de una presentación en power point, se expondrá un resumen breve de todos los contenidos y ejercicios trabajados en las 7 sesiones anteriores así como los objetivos generales del programa.

3. Video sobre narrativa de recuperación

Se utilizará un video sobre la experiencia de recuperación de una persona con trastorno mental (la historia de Milagros, una selección del documental “Sueño igual que tu” elaborado por la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental, FAISEM) con el objetivo de fomentar esperanza y desarrollar pensamientos positivos sobre el futuro.

4. Evaluación de la satisfacción con el programa

Se les pedirá a los participantes que cumplimenten un cuestionario de satisfacción que recoge su valoración sobre diferentes aspectos del programa, aspectos positivos y negativos, utilidad en su vida cotidiana, etc. Posteriormente se pondrá en común algunos aspectos del cuestionario de satisfacción que los participantes quieran comentar.

5. Despedida y cierre de programa

Para despedir el programa se les facilitará el material escrito “No nos conformamos con ser normales, queremos ser felices” elaborado por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), que se leerá en la misma sesión. Posteriormente el terapeuta animará a los participantes a dar su opinión sobre el mismo. Se facilitará el mail y teléfono de la responsable del programa.

Finalizaremos agradeciendo la asistencia y la participación al programa y reforzando aspectos positivos de los participantes (por ejemplo, su disposición a compartir con el resto aspectos importantes de su propia vida, etc.).

5. Material de apoyo para el profesional

El video sobre la historia de Milagros sirve para recordar diferentes contenidos abordados en el programa, concretamente se podrían destacar los siguientes:

- La importancia de tener ilusiones, objetivos y metas (por ejemplo, volver a cantar).
- El hecho de que no todas las personas te discriminan por el trastorno mental (por ejemplo, su marido, recursos humanos de su empresa; Milagros no percibe discriminación en su entorno inmediato).
- Ella percibe que tiene “todo lo que se puede desear” incluso en un proceso en el que ha tenido recaídas.
- Normalizar los miedos (a recaer).
- El concepto de “llevar la enfermedad con dignidad”.
- Determinadas estrategias de afrontamiento: Milagros utiliza la divulgación selectiva (por ejemplo, ella ha dicho que tiene una discapacidad aunque no ha especificado su trastorno) y la importancia de darse mensajes positivos (por ejemplo, “yo valgo”, “yo tengo que tirar para adelante”, “a mi no me puede frenar la enfermedad”).
- Proyectos que se han abandonado por el inicio del trastorno y que pueden volver a recuperarse aunque no sean de la misma forma (por ejemplo, ir a un karaoke).

3. MATERIALES DE APOYO

3.1. Instrumentos de evaluación

Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental.

(ISMI; Ritscher et al., 2003) adaptada al castellano por Broham et al. (2010).

Legitimidad percibida de discriminación.

(Watson et al., 2007) traducida al castellano por Díaz-Mandado y Periañez.

Escala de Afrontamiento al Estigma.

(CSS; Link et al., 2002) traducida al castellano por Díaz-Mandado y Periañez.

Escala de Autoestima de Rosenberg.

(RSE; Rosenberg, 1965) validada por Vázquez Morejón, García-Bóveda y Vázquez-Morejón Jiménez (2004).

Escala de Evaluación de la Recuperación.

(RAS; Corrigan et al., 1999) adaptada al castellano por Muñoz et al., (2010).

Evaluación Satisfacción con el Programa.

(Elaborado por Díaz-Mandado).

3.2. Ejercicios y material en power point de las sesiones

Documentación en CD adjunto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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*(1-3), 232-238.
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal, 35*(3), 231-239.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 35-53.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry, 1*(1), 16-20.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(9), 875-884.
- Fung, K. M., Tsang, H. W., & Cheung, W. M. (2011). Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research, 189*(2), 208-214.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry, 12*(2), 155-164.
- Ilic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Rottgers, H. O., Beblo, T., Driessen, M., Frommberger, U., & Corrigan, P. W. (2012). Protecting self-esteem from stigma: a test of different strategies for coping with the stigma of mental illness. *International Journal of Social Psychiatry, 58*(3), 246-257.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2002). On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills, 6*(2), 201-231.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 71*(12), 2150-2161.
- Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E., & Quiroga Mde, L. (2010). Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research, 186*(2-3), 402-408.
- Oakley, F., Kielhofner, G., Barris, R., & Reichler, R. K. (1986). The role checklist: Development and empirical assessment of reliability. *The Occupational Therapy Journal of Research, 6*, 157-170.

- Park, N., & Peterson, C. (2009). Character Strengths: Research and Practice. *Journal of College & Character*, *X*(4).
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, *121*(1), 31-49.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. NJ: Princeton: Princeton University Press.
- Rusch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*(4), 320-328.
- Rusch, N., Lieb, K., Bohus, M., & Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatric Services*, *57*(3), 399-402.
- Vázquez-Morejón, A. J., Jiménez García-Bóveda, R., Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, *22*, 247-255.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(6), 1312-1318.
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2014). Interventions Targeting Mental Health Self-Stigma: A Review and Comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.





Castilla-La Mancha

**Fundación Sociosanitaria
de Castilla-La Mancha**