



---

# PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN AUTOESTIMA Y HABILIDADES SOCIALES CON PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

---

Trabajo Final de Grado en Trabajo Social



Autoras: Tania Ramos de la Paz  
Verónica Pérez Concepción  
Tutora: Verónica Betancor Rodríguez.  
Titulación: Grado en Trabajo Social.  
Universidad de La Laguna.  
Junio 2016.

# ÍNDICE

<b>Resumen</b>	<b>1</b>
<b>Introducción.</b>	<b>2</b>
<b>1. Justificación.</b>	<b>4</b>
<b>2. Marco conceptual y teórico:</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Trastornos mentales:</b>	<b>5</b>
<b>2.1.1. Contexto histórico.</b>	<b>5</b>
<b>2.1.2. Conceptualización.</b>	<b>6</b>
<b>2.1.3. La discapacidad en las personas con trastorno mental.</b>	<b>7</b>
<b>2.1.4. Estadísticas sobre personas con trastornos mentales.</b>	<b>8</b>
<b>2.1.5. Esquizofrenia.</b>	<b>13</b>
<b>2.2. Estigmatización:</b>	<b>16</b>
<b>2.2.1. Estigmatización en los trastornos mentales.</b>	<b>17</b>
<b>2.2.2. Estigmatización de la esquizofrenia.</b>	<b>22</b>
<b>2.3. Déficit de autoestima y habilidades sociales en las personas con trastornos mentales.</b>	<b>24</b>
<b>2.4. Intervención con actividades de ocio y tiempo libre en personas con esquizofrenia.</b>	<b>26</b>
<b>3. Objetivos.</b>	<b>26</b>
<b>4. Personas, grupos o comunidades destinatarias. Localización física y ámbito de actuación.</b>	<b>27</b>

<b>5. Método y propuesta de actuación.</b>	<b>27</b>
<b>6. Cronograma.</b>	<b>32</b>
<b>7. Recursos.</b>	<b>33</b>
<b>8. Presupuesto y financiación.</b>	<b>33</b>
<b>9. Sistema de evaluación.</b>	<b>34</b>
<b>10. Factores externos.</b>	<b>36</b>
<b>Bibliografía.</b>	<b>37</b>
<b>Anexo</b>	<b>42</b>

## **Resumen**

Debido a la problemática que genera la estigmatización en la población afectada por trastornos mentales, se ve necesario la realización de un proyecto de intervención social. Se centrará en las personas con esquizofrenia de la Fundación en Pie para la mejora de sus habilidades sociales y la autoestima, a través de actividades realizadas de febrero a agosto del año 2017. Con el fin de conocer si el proyecto avanza de manera satisfactoria, procederemos a realizar una evaluación continua donde los participantes siempre sean los protagonistas y se sientan parte activa del proceso de cambio.

**Palabras clave:** Trastornos mentales, esquizofrenia, autoestima, habilidades sociales.

## **Abstract**

Because of the problematic caused by the stigma that affects the people suffering any kind of mental disorder, it is necessary to create a Project of social intervention. It will be focused on the people with schizophrenia as the “Fundación en Pie” for the improvement to their social skills and their self-esteem through activities made between February and August of the year 2017. In order to know if the Project develops properly, we will proceed to realize a continuous assessment where the participants are the main characters and they feel themselves active elements in the process of change.

**Keywords:** Mental disorder, schizophrenia, self esteem, social skills.

## **Introducción**

Las personas con trastorno mental se enfrentan no solo a las dificultades derivadas de los síntomas de la enfermedad, sino también a la estigmatización debido, en parte, al desconocimiento por parte de la sociedad sobre los diferentes trastornos mentales. Esta estigmatización lleva a la discriminación de las personas con trastornos mentales, y les provoca una falta de autoestima y de habilidades sociales que deben ser subsanadas con una buena intervención psicosocial.

El proyecto de intervención estará enfocado hacia las personas con esquizofrenia de la Fundación en Pie, situada en el municipio de Güimar, durante el año 2017. Consistirá en 21 actividades orientadas a la mejora de las habilidades sociales y la autoestima, para que las personas se integren en la sociedad con las mismas condiciones que aquellas que no sufren trastornos mentales.

En primer lugar presentaremos la justificación, el porqué de la realización del proyecto, el marco teórico, que consta de las siguientes partes: los trastornos mentales (contexto histórico, conceptualización, la discapacidad en los trastornos mentales, estadísticas y la esquizofrenia), la estigmatización de los trastornos mentales y la esquizofrenia, y finalmente los aspectos de habilidades sociales y autoestima., todo ello nos orientará para entender la realidad de estas personas.

En segundo lugar, se expondrá la parte más práctica del proyecto de intervención, que constará de los objetivos, la metodología a seguir, las actividades, los recursos necesarios y el presupuesto y financiación.

Para finalizar se explicará el sistema de evaluación que se llevará a cabo y los factores externos que podrían influir en el éxito de nuestro proyecto. Dentro de los anexos se

incluirán las escalas de medición de autoestima y habilidades sociales y las tablas explicativas de las actividades.

## **1. Justificación.**

Este proyecto de intervención corresponde al contenido requerido en la asignatura Trabajo final de grado de 4º de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.

Aunque abordar esta problemática requiera de la intervención en diferentes ámbitos (familiar, laboral, tiempo de ocio,...) y en diferentes aspectos (personal, social,...), en este proyecto nos centramos en dos: la autoestima y las habilidades sociales. Hemos elegido estos aspectos por dos razones:

En primer lugar, porque somos voluntarias de la Fundación en Pie, en la que se realizaría el proyecto. Dentro de ella nos hemos podido dar cuenta de la estigmatización que sufren las personas con trastornos mentales, y específicamente las personas con esquizofrenia. Son tratados por la sociedad como “locos” o “pirados” y los encasillan como personas vagas, violentas y solitarias. Además, creemos que se trata de personas que han sido delegadas a un segundo plano en las intervenciones sociales desde la Administración Pública. Las organizaciones privadas han sido las que más intervenciones han llevado a cabo, por ello queremos trabajar desde la Fundación en Pie, la cual destaca por su labor y dedicación con las personas con trastornos mentales.

En segundo lugar, es un colectivo que siempre nos ha interesado debido a que ambas tenemos familiares con trastornos mentales, en uno de los casos, con esquizofrenia. Por ello, somos más conscientes de la estigmatización a la que se enfrentan cada día, tanto a nivel social, familiar, laboral, etc., porque lo hemos vivido con ellos.

Por ello debemos intervenir con las personas con esquizofrenia en el afrontamiento de su vida (habilidades sociales y autoestima) para que desaparezcan los prejuicios que se tienen de ellos y puedan vivir en igualdad. Pero esto se debería complementar con la prevención de estigmatización social desde las escuelas, para que la sociedad sea la que se adapte a las peculiaridades del individuo y no solo el individuo a la sociedad.

## **2. Marco conceptual y teórico**

Dentro de este apartado se comienza con los trastornos mentales, su contexto histórico, la conceptualización, la discapacidad en los trastornos mentales, y las estadísticas y datos sobre este fenómeno. Luego se indagará en la esquizofrenia y los datos estadísticos que existen actualmente. A continuación, se exponen los diferentes estigmas derivados de los trastornos mentales y cómo afecta a las personas con esquizofrenia. Por último se explican los déficits en la autoestima y las habilidades sociales que ello acarrea.

### 2.1. Trastornos mentales:

#### 2.1.1. Contexto histórico:

La forma en la que las sociedades han comprendido los trastornos mentales ha variado a lo largo de la historia. En culturas como la de Grecia y Roma, las enfermedades mentales se asociaban al pensamiento mágico, a lo demoníaco o a lo sobrenatural.

Durante la Edad Media, la sociedad estaba influida por el pensamiento religioso, por lo que el tratamiento de las enfermedades mentales se basaba en la atención a las necesidades primarias desde la caridad.

En la Ilustración las sociedades evolucionaron hacia mayor organización y complejidad social. Dicha evolución condujo al surgimiento de sistemas políticos con mayor sensibilidad hacia lo social.

A medida que los Estados mejoraban, nacían las instituciones. Las cuales estaban destinadas a atender, reunir, separar y recluir a las personas con enfermedad mental del resto de la sociedad. De ahí nacieron los “Manicomios”, instituciones especializadas en enfermedades mentales. Los cuales se encontraban en situaciones precarias y resultaban



ineficaces para la mejoría de los enfermos, ya que deterioraban más. (Instituto de mayores y Servicios Sociales, 2007).

A mitad del siglo XX, se produjeron cambios importantes en la atención a las personas con enfermedad mental, lo que dio paso a la Reforma Psiquiátrica. Gracias a ello, se hicieron reformas en muchos países del tratamiento y atención a estas personas.

“Uno de los elementos centrales de la reforma ha sido un cambio de perspectiva, revertiendo la política de institucionalización de los enfermos, hacia la desinstitucionalización, adoptando el denominado modelo comunitario, que tiene por objetivo organizar la ayuda y la asistencia al enfermo sin extraerlo y separarlo de su red social.” (Instituto de mayores y Servicios Sociales, 2007, pp. 26).

En España la reforma comenzó en 1985 con el “Informe para la reforma Psiquiátrica”, la cual inició una serie de reformas legislativas, presupuestarias y de los sistemas de atención social y sanitaria.

### 2.1.2. Conceptualización:

Se consideran enfermedades mentales, según el libro verde “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental” (2005), a los problemas psíquicos y la tensión emocional, las disfunciones asociadas con los síntomas de angustia y los trastornos psíquicos diagnosticables, como la esquizofrenia y la depresión.

En FEAFES (2016) se define el trastorno mental como “una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la

conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.”

La OMS (2016) esclarece que los trastornos mentales se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.

“En España, alrededor de un millón de personas tienen una enfermedad mental grave. Sin embargo, estas enfermedades siguen siendo, significativa y socialmente, poco conocidas. Demasiada gente cree que la enfermedad mental es una ‘debilidad’ o una ‘culpa’ de la persona y no se reconoce como una enfermedad más, lo que verdaderamente es”. (FEAFES, 2008, pp. 1).

### 2.1.3. La discapacidad en las personas con trastorno mental.

Según Campo-Arias y Cassiani (2008) los trastornos mentales constituyen una prioridad y un gran reto para el ámbito sanitario debido a que están entre las causas más importantes de morbilidad en atención primaria y producen una considerable discapacidad.

Los determinantes de los trastornos mentales no sólo son las características de la persona (capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás), sino que también influyen factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales (políticas, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales). Según Valencia (2007) otro componente importante en los trastornos mentales es la discapacidad que ocasionan, llegando a representar 6 de 10 causas principales de la discapacidad en el mundo.

La “Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia” en España, considera la enfermedad mental como una posible causa de discapacidad.

No obstante, con el tratamiento integral adecuado las personas con trastornos mentales pueden tener una vida normalizada, manteniendo su autonomía y capacidades personales.

Para que las personas con trastorno mental tengan una vida normalizada la familia representa un papel esencial. Los miembros de la familia suelen ser cuidadores primarios, y como tal, ellos proveen de apoyo emocional e instrumental, y afrontar los costos financieros asociados al tratamiento ya atención.

Según la OMS (2004) una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental o conductual.

Las familias ocupan un papel clave en el apoyo y cuidado de las personas con enfermedad mental. Se estima que en el caso de las personas con enfermedades mentales de mayor grado de discapacidad, el 80% conviven con su familia. Un ambiente familiar de apoyo, aceptación y con expectativas adecuadas hacia estas personas favorece su evolución y mejora.

#### 2.1.4. Estadísticas sobre personas con trastornos mentales:

Según FEAFES (2008), el 25% de la población mundial, tendrán un trastorno mental a lo largo de su vida.

– Se prevé que las enfermedades mentales aumenten considerablemente los próximos años.

– Las enfermedades mentales representan el 12,5% de todas las patologías, un porcentaje superior al del cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

–Menos del 25% de los afectados por una enfermedad mental es diagnosticado y tratado correctamente en los países occidentales.

– Entre un 35 y un 50% de las personas con enfermedad mental de los países occidentales no recibe ningún tipo de tratamiento.

Actualmente, según la OMS (2004), cerca de 450 millones de personas en el mundo están afectadas por un trastorno mental o de la conducta:

- Más de 150 millones de personas sufren de depresión en un momento dado;
- Cerca de 1 millón se suicidan cada año;
- Alrededor de 25 millones de personas sufren de esquizofrenia;
- 38 millones están afectadas por la epilepsia;
- Más de 90 millones sufren de trastornos causados por el uso de alcohol y las drogas.

“En España, entre el 2,5 y el 3% de la población adulta tiene una enfermedad mental grave, lo cual supone más de un millón de personas. Se calcula que la esquizofrenia afecta a cerca del 0,7% de la población española y el trastorno bipolar al 0,5%. Más de la mitad de las personas con enfermedad mental que necesitan tratamiento no lo reciben, y un porcentaje significativo no recibe el adecuado. Además, las familias asumen la mayor parte de los cuidados de las personas con enfermedad mental, pues el 88% de la atención a este colectivo la realizan cuidadores informales.” (FEAFES, 2016)

Según la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional (2011), se estima que el 19,5% de los españoles presentaron alguna vez en la vida algún trastorno mental, el 15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres. En relación a la prevalencia en los 12 meses previos a la realización del estudio, el 8,4% de la población presentó algún trastorno mental, el 5,2% en hombres y el 11,4% en mujeres.

A continuación se mostrarán dos gráficos del crecimiento de las personas con trastornos mentales en España del año 2009 al 2013 y en Canarias desde el año 1999 al 2013.

**Figura 2.1.4.1. Personas con trastornos mentales en España desde el año 2009 hasta el año 2013. Ambos sexos.**



**Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística)**

Como podemos observar en la gráfica, ha aumentado en 2.521 el número de personas con trastorno mental en España, siendo en 2009 un total de 14.456 personas y en 2013, 16.977.

**Figura 2.1.4.2. Personas con trastornos mentales en Canarias desde el año 1999 al 2013.**



**Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística).**

En la gráfica podemos observar que en Canarias no ha habido un aumento tan grande como en el resto de España. Esto es debido a la población minoritaria en relación al conjunto del país, siendo el aumento de 177 personas desde 1999 (300 personas) a 2013 (477 personas).

**Figura 2.1.4.3. Tasa de prevalencia de trastornos mentales en España según características sociodemográficas:**

		Tasa de prevalencia	OR ajustados (IC 95%)
<b>Sexo</b>	Hombres	5,2	—
	Mujeres	11,4	2,4 (1,8-3,1)
<b>Edad</b>	18-24 años	10,1	—
	25-34 años	8,5	0,7 (0,4-1,2)
	35-49 años	8,4	0,7 (0,4-1,1)
	50-64 años	9,1	0,6 (0,4-1)
	Mayores 65 años	6,6	0,3 (0,2-0,7)
<b>Estado civil</b>	Casado o en pareja	7,7	—
	Previamente casado	12,9	1,7 (1,2-2,4)
	Nunca casado	8,8	Ns
<b>Nivel de estudios</b>	0-4 años estudios	9,1	—
	5-8 años	8,5	Ns
	9-12 años	8,5	Ns
	Más de 13 años	8,2	Ns
<b>Tamaño del municipio</b>	< 10.000 hab.	7,9	—
	10.000-15.000 hab.	8,4	Ns
	50.000-500.000 hab.	8	Ns
	Más 500.000 hab.	10,1	Ns
<b>Situación laboral</b>	Empleo remunerado	7,4	—
	Desempleado	14,7	1,8 (1,2-2,9)
	Jubilado	6,2	1,2 (0,7-2)
	Ama de casa	9,7	Ns
	Estudiante	7,3	Ns
	Baja maternal	7,3	Ns
	Baja enfermedad	15,4	2,4 (1,2-4,8)
	Discapacitado	19,4	3,4 (2-5,8)
	Otros	12,9	Ns
	NS/NC	2,8	Ns

Fuente: ESEMED. Ns: No significativo.

En la tabla anterior, se observa que la prevalencia en España de personas con trastornos mentales es mayor en mujeres que en hombres, que la edad ronda entre los 18 y los 24 años y que suelen presentar una discapacidad, respecto a la situación laboral.

Aun así, han sido pocos los estudios realizados sobre la epidemiología de los trastornos psiquiátricos en España, ya que se han llevado a cabo más en áreas específicas del territorio.

### 2.1.2. Esquizofrenia

A continuación se abordará uno de los temas centrales del proyecto de intervención, el cual es la esquizofrenia, su conceptualización y los datos que existen actualmente.

En la siguiente tabla se expondrán diferentes definiciones recientes de autores sobre la esquizofrenia:

Autores	Definiciones
FEAFES (2008) pp. 31.	“Es un trastorno mental que puede dificultar a la persona a diferenciar entre experiencias reales e irreales, pensar de manera lógica, dominar y tener respuestas emocionales ajustadas, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Estas circunstancias le pueden llevar al retraimiento social y a la pérdida de aptitudes ya aprendidas.”
Royal College of Psychiatrics (2009) pp. 1.	“La esquizofrenia es un trastorno mental severo que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento. Es la forma más frecuente de trastorno mental severo y afecta a una persona de cada 100. Es poco frecuente antes de la pubertad y más probable que comience entre los 15 y los 35 años. Esta enfermedad con frecuencia dura toda la vida.”
Montaño, Nieto y Mayorga (2013) pp. 86.	“Es uno de los términos utilizados para describir un trastorno o un conjunto de trastornos psiquiátricos significativos e importantes que alteran la percepción, el pensamiento, el afecto y el comportamiento de un individuo; así mismo cada una de las personas que sufren de este trastorno, tienen su única y propia combinación tanto de síntomas como de experiencias, ya que están influenciados por circunstancias particulares”

Según el DSM IV-TR (2000), tiene como síntomas característicos dos (o más) de los siguientes: Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos, durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito). Además produce una disfunción social/laboral y tiene una duración de al menos 6 meses.



Es una enfermedad que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, aunque no es tan común como muchos otros trastornos mentales. Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). Asimismo, los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana.

Un 1% de la población mundial desarrollará esquizofrenia en algún momento de su vida. Se ha hallado este trastorno en todas las razas, en todos los países en el que se han realizado estudios, en todas las clases sociales, en hombres y mujeres. (FEAFES, 2008)

En los estudios realizados en España sobre esquizofrenia, se estima que hay una incidencia de 0,8 por diez mil habitantes, datos relacionados con los estudios realizados en el resto de Europa. Según la Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental, la prevalencia de hombres es de 3 por mil y de mujeres de 2,82 por mil, siendo la edad media de comienzo de la enfermedad para los primeros de 24 años y para las segundas de 27 años.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud estima que las tasas de incidencias para el trastorno esquizofrénico en España son de 0,13 a 0,19 por 1000 habitantes. En estudios como el WHO Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders, se encuentra incidencia superior entre hombres que en mujeres y en el análisis por grupos de edad, se determina que la edad de inicio es inferior en hombres que en mujeres

En las personas con esquizofrenia, encontramos ciertas carencias para manejar su vida social, los problemas y las dificultades que se les presentan. Estas carencias, se

reflejan en aspectos como una capacidad reducida para trabajar o acudir a actividades académicas, establecer relaciones sociales e íntimas y cuidarse o protegerse a sí mismo.

Cuando la persona ya tiene un diagnóstico y el tratamiento de forma individualizada y continuada, las posibilidades de recuperación se incrementan. Los mejores resultados se encuentran cuando se utilizan de forma conjunta tratamientos farmacológicos, psicológicos (apoyo continuado, terapias cognitivas), rehabilitadores, psicoeducativos y de apoyo social. Además, el apoyo, formación y asesoramiento a la familia y allegados, los programas de apoyo comunitario y servicios de integración laboral son esenciales para la integración efectiva en la comunidad. (FEAFES, 2008)

“Los datos provenientes de estudios sobre actitudes sociales hacia las personas con problemas de salud mental muestran una gradación. Se puede ver cómo aquellos problemas que pueden afectar a todo el mundo se consideran más fáciles de entender (ansiedad, depresión, etc.) y en el otro extremo, están aquellos que tienen una imagen tradicional más próxima a la locura (esquizofrenia y otros trastornos psicóticos o trastornos mentales graves)” (López, Laviana y López, 2009, pp. 189). Además, la esquizofrenia es una de las enfermedades más estigmatizadas porque se percibe como el trastorno más propenso a la violencia. Así, las personas que no padecen trastornos mentales, tienen miedo de estar con personas con trastornos mentales graves por si son víctimas de algún ataque violento.

## 2.2. Estigmatización:

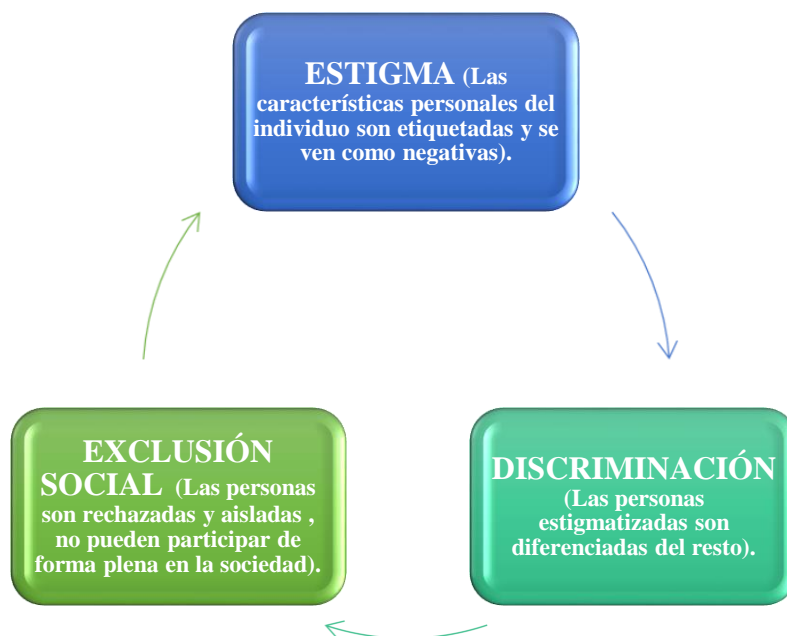
La palabra “estigma” se utilizaba para referirse a las lesiones que presentaban los vagabundos y los esclavos por ser agredidos. Las cicatrices derivadas de las lesiones llevaron a utilizar el “estigma” de forma metafórica para señalar a las personas moralmente inferiores.

“El estigma es una forma particular de actitud, un término de la psicología que se refiere a la suma de lo que pienso, lo que siento y de cómo reaccionaría frente hechos, personas o cosas, generalmente sin un análisis objetivo que pueda justificarlo”. (Gargoloff, Rodríguez y Telleriarte, 2002, pp. 1)

“El fenómeno de la estigmatización funciona como un proceso, que afecta a personas concretas e incluye varias fases, desde la identificación y etiquetado, pasando por la aplicación de estereotipos y prejuicios, hasta las consecuencias en términos de discriminación y autoestigma” (López, Laviana y López, 2009, pp. 188).

El ciclo del estigma funciona de la siguiente manera:

**Figura 2.2.1. El ciclo del estigma.**



**Fuente: Elaboración propia, basado en La Confederación de Salud Mental España (2015).**

A continuación, dedicamos un apartado a comprender mejor el proceso de estigmatización y cómo éste afecta a las personas con trastornos mentales.

### 2.2.1 Estigmatización de los trastornos mentales:

Tanto en países de altos como de bajos ingresos hay una larga historia de estigmatización de las personas con trastornos mentales y de sus familias. Esto conduce a estereotipos negativos, temor, incomodidad, rabia, rechazo o evitación. Los mitos y concepciones erróneas que se han ido forjando, afectan a la vida diaria de las personas llevando hasta la discriminación y la negación de incluso los más elementales derechos humanos (OMS, 2004). Es decir, las ideas subjetivas que tenga la sociedad acerca de las

personas con trastornos mentales, en particular la visión de quienes tienen más cerca, van a influir en aspectos tan importantes para dichas personas como la vivienda, el empleo, las relaciones sociales, familia, etc.

Por otro lado, clasificar los trastornos mentales puede traer consecuencias negativas a los pacientes de salud mental. Una de ellas es la estigmatización que produce etiquetar a las personas con los nombres de las enfermedades, ocasionando exclusión social.

Otro aspecto que influye en la creación de la estigmatización son los medios de comunicación, según Magallares (2011), por la imagen negativa que dan de las personas con trastornos mentales, porque las caracterizan como personas violentas y con bajas capacidades para conseguir un empleo o relacionarse con otras personas. Esta imagen no sólo se da en los programas con audiencia adulta, sino en dibujos animados destinados al público infantil, haciendo que la estigmatización se vaya creando desde la infancia.

Es común encontrar noticias sobre hechos violentos en las que se destaca que el acusado (o presunto autor de un delito) padece una enfermedad mental. Como por ejemplo: “Declaran culpable al perturbado que mató a un sordomudo tirándole al metro”. Se juega con la omisión de cierta información que hace que se mantengan los prejuicios y se perpetúen las ideas de que son personas violentas, agresivas y peligrosas, cuando se ha demostrado que no es así. Además, no suelen informar sobre el estado de la persona con enfermedad mental (si estaba siguiendo algún tratamiento, o cuál era su situación personal). (FEAFES, 2008)

A continuación, se presentan estudios e investigaciones que corroboran que las personas con trastornos mentales sufren estigmatización.

Según el análisis realizado por Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén (2009) sobre el estigma y la enfermedad mental a través de grupos de discusión de personas con enfermedades mentales:

- Muchas personas se dirigen a ellos como: “débil mental”, “zumbado”, “trastornado” o “chalado”.
- Las enfermedades mentales tienen un estatus diferente al de otras enfermedades, siendo la más estigmatizada la esquizofrenia.
- El estigma y el rechazo que de forma cotidiana perciben las personas con enfermedad mental, tienen un gran impacto negativo en ellas. Normalmente las personas ocultan su enfermedad mental debido a dicho rechazo para facilitar su vida diaria.
- El estereotipo de la incapacidad es uno de los más extendidos y genera la imagen de discapacidad de las personas con trastornos mentales.
- Existe una gran discriminación laboral debido a los estereotipos negativos, destacando los relacionados con la incompetencia y la falta de competitividad, aunque las propias personas con enfermedad mental reconocen que tienen limitaciones. Por otro lado, reciben salarios bajos debido al tipo de trabajos a los que tienen acceso.
- Las personas con enfermedades mentales se aíslan como grupo debido al rechazo, la desinformación y falta de comprensión por parte de la sociedad, reconociendo que su propio aislamiento les impide la inserción en la sociedad.
- Los medios de comunicación fomentan un estereotipo muy homogéneo de “enfermo mental”. Asocian la enfermedad mental con la peligrosidad, la violencia y la maldad.

Aunque se pueda pensar que la estigmatización es cada vez menor y que esos ideales discriminatorios ya sólo lo tienen las personas de mayor edad, en un proyecto de investigación que se ha realizado recientemente acerca de los conocimientos, actitudes, opiniones y creencias que tienen los adolescentes de un instituto de Madrid sobre la enfermedad mental (Sobrino, 2015), también encontramos resultados bastante negativos:

- Los adolescentes no poseen una idea clara de las causas de la enfermedad mental, pero la mayoría piensa que se debe a una falta de voluntad o fuerza moral, es decir, que la persona es la culpable de su enfermedad.
- Se denota cierto rechazo social, ya que opinan que hasta que la persona con enfermedad mental no se comporte como una “persona normal”, no debe integrarse en la sociedad.
- Destaca una concepción de vinculación de la persona con enfermedad mental con la incapacidad para llevar a cabo algunas actividades y un desarrollo social y laboral difícil.
- Sólo aquellos adolescentes que tienen algún familiar con enfermedad mental o que han leído acerca del tema, son los que mayor grado de aceptación muestran y los que reconocen menos peligrosidad.

La estigmatización que podemos apreciar en los estudios anteriores, lleva a grandes consecuencias para las personas con trastornos mentales, tal y como indica la Estrategia andaluza contra el estigma en salud mental (2016) en la sociedad occidental:

- Un tercio de las personas con enfermedad mental crónica no tiene ninguna amistad en los países más desarrollados.
- Los vecinos prefieren que en el edificio no haya personas con enfermedad mental y si las hay, evitan cruzárselas o comunicarse con ellas. Además,

no quieren que se establezcan centros de tratamiento y alojamiento para enfermos y enfermas mentales cerca de sus hogares, aunque se haya demostrado que no tienen efectos negativos en la comunidad.

- Un alto índice de personas con trastorno mental no tiene vivienda, ya que los propietarios suelen negarse a alquilarlas a estas personas.
- Entre el 70% y el 80% de las personas con enfermedad mental están en situación de desempleo.
- Resulta difícil obtener la financiación necesaria para introducir cambios en el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes que padecen enfermedades mentales.

La sociedad tiene la idea de que las personas con trastornos mentales están asociadas a conductas violentas, lo cual les dificulta encontrar un trabajo o mantener el que ya tienen. La discriminación que sufren en el ámbito laboral puede ser directa o indirecta. La discriminación directa es la que se da por parte de los compañeros u otros empleados, ya que tienen un prejuicio hacia la persona, y la discriminación indirecta se debe a una tendencia a lo largo de la historia a discriminar a este colectivo, que implica unas malas políticas de empleo. Además, los empresarios en general, piensan que al ser una persona enferma tiene más posibilidades de faltar a su puesto de trabajo o a tener conductas impredecibles. Todos estos aspectos hacen que la persona tenga miedo a hablar acerca de su enfermedad y se sienta en desventaja respecto al resto de sus compañeros.

Como hemos visto, las personas con enfermedades mentales graves, suelen sufrir problemas en el ámbito social y laboral, pero también en el familiar, donde existen prejuicios y secretismo o vergüenza por la enfermedad, provocando la falta de apoyo y



comprensión que propicia una falta de autoestima o motivaciones (aún más graves que las ya generadas por los efectos de la enfermedad).

Por tanto, la estigmatización deriva en la falta de vivienda, más frecuente que en la población general, aumentando su discriminación, frecuentes violaciones de los derechos humanos, negación de derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos, como el derecho al voto, contraer matrimonio y formar una familia, la libertad personal o la participación plena y se les imponen restricciones en el trabajo y en la educación. También, se pueden dar malas y poco higiénicas condiciones de vida, maltratos y abusos sexuales, falta de atención y prácticas terapéuticas nocivas y degradantes en los centros sanitarios. Esto demuestra que, las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones a las que no se tienen que enfrentar las personas sin ningún tipo de trastorno mental, y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual impide la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales. Además, aunque sus derechos en España estén protegidos, no existe una ley específica sobre salud mental.

En el próximo apartado, nos centraremos en la estigmatización a la que se enfrentan las personas con esquizofrenia, ya que se trata de la enfermedad mental más estigmatizada por la sociedad.

### 2.2.2. Estigmatización de la esquizofrenia:

Los estigmas que sobresalen acerca de las personas con esquizofrenia, basándonos en Gargoloff, Rodríguez y Telleriarte (2002), son que se trata de personas con una enfermedad contagiosa que está causada por una mala crianza de los padres, que no pueden trabajar ni tomar decisiones, son impredecibles, violentos y peligrosos y que casi

siempre dicen cosas sin sentido. Al igual que otros autores anteriormente citados, defienden que esta imagen negativa de las enfermedades mentales está muchas veces promocionada por los medios de comunicación, que la utiliza con fines comerciales.

Según presenta una investigación acerca del estigma en relación con la esquizofrenia de Runte (2005), donde se investigaron las opiniones de las propias personas con esquizofrenia, se sienten personas inseguras, inferiores y alejadas de la normalidad y por ello se aíslan y evitan relacionarse con la sociedad, la cual les hace reafirmar ese sentimiento de inferioridad al tratarles como “locos” o “pirados”. También, destacan las vivencias de los cambios de actitud de las personas hacia ellos al descubrir que tienen una enfermedad mental, los amigos y los vecinos se alejan y los miran de forma distinta. Creen que estos comportamientos se deben al desconocimiento de la sociedad sobre los trastornos mentales y por la imagen negativa de los medios de comunicación.

Además, en el “Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia” de Ochoa, et al., (2011), en el cual se trabajó con personas con esquizofrenia separadas en 4 grupos, se obtuvieron resultados bastante negativos:

- En la categoría de “la pérdida de los roles sociales”, los resultados son la pérdida de amistades y relaciones sentimentales porque ven que ya no tienen la oportunidad de ligar, y por lo tanto, no se ven con la posibilidad de tener hijos. Además, piensan que con esta pérdida de roles no pueden buscar trabajo porque están enfermos, empeorando su adaptación psicosocial.
- En la categoría de “miedo al rechazo”, destaca la discriminación que sienten en la sociedad, alegando que la gente se cambia de acera o huyen

y el ocultamiento de la enfermedad mental para no ser discriminados, no sólo por su parte, sino también por su familia.

- Respecto a la “pérdida de capacidades” comentan la falta de confianza en ellos mismos y su poca autoestima y valoración. Tampoco sienten que sus opiniones se tengan en cuenta.
- Sienten que han perdido el control de sus vidas y necesitan de la protección y cuidado de otras personas, llevándolos a la culpabilidad por verse como una carga.
- Por otro lado, tienen la sensación de que la sociedad achaca el inicio de la enfermedad a que salían mucho de fiesta y abusaban de sustancias tóxicas.

Los efectos de la estigmatización de las personas con esquizofrenia, influyen en la creación de una baja autoestima personal, reducción de las actividades de ocio y tiempo libre, favoreciendo el aislamiento de la persona con el resto de la sociedad por miedo a frustrarse en sus intentos de relacionarse, reducción de las habilidades sociales y retraso en la petición de ayuda. Además, genera dificultades para satisfacer necesidades como el acceso a la vivienda, el empleo o la atención sanitaria y social, llevando a la desesperación, pesimismo y una baja percepción de competencia.

### 2.3. Déficit de autoestima y habilidades sociales en las personas con trastornos mentales:

Conviene subrayar que las personas con trastornos mentales graves perciben más la crítica y la desaprobación, por lo que tienden a encasillar a las personas y a sí mismos con estereotipos negativos. Esto está directamente relacionado con motivarse a empezar una interacción y con la autoestima, en sentido de que si lo que se

espera es poco positivo y reforzante, posiblemente se evite el contacto social. Esta incapacidad para comunicarse y establecer relaciones les coloca en situación de desventaja respecto al resto de personas, y no pueden satisfacer sus necesidades y defender sus derechos en igualdad de condiciones.

Según el estudio llevado a cabo por Salavera, Gost y Antoñanzas (2013) de “Habilidades sociales en la esquizofrenia”, ya en las primeras fases de la enfermedad existe una carencia de habilidades sociales, viéndose afectadas en su totalidad. Los aspectos más ilustrativos de la imagen de la persona, como la mirada, los gestos y la sonrisa, son las que presentan una mayor carencia. Esto sin duda influye de manera negativa en la vida diaria de estas personas, colaborando al estigma social del que son objeto. En el trabajo diario, se ve imprescindible trabajar las habilidades sociales para dotar de mayor autonomía a estas personas y para integrarlas en la sociedad de la que han sido excluidas.

Aun presentando deficiencia en las habilidades sociales, Jiménez y Vázquez (2006) demuestran que hay diferencias entre las habilidades que presentan los hombres con esquizofrenia y las mujeres con esquizofrenia. Las mujeres muestran habilidades sociales significativamente mejores, tanto verbales como no verbales, que los hombres. En una muestra de pacientes con esquizofrenia en España, se encuentra que las mujeres presentan más habilidades de interacción y menos inhibición de conducta.

Se ve como un factor importante para la rehabilitación y recuperación de la calidad de vida de las personas con esquizofrenia es la mejora de las habilidades sociales y la autoestima, siendo algunos de los aspectos más deteriorados de dichas personas.

#### 2.4. Intervención con actividades de ocio y tiempo libre en personas con esquizofrenia:

Las actividades de ocio son positivas para reducir ciertas conductas psicóticas en las personas con esquizofrenia. Además, permiten que la persona tenga un papel activo ya que pueden tomar decisiones o participar con su opinión o deseos, aumentando así su autoestima, el interés y la competencia social, y reduciendo los problemas de identidad. Por otro lado, producen satisfacción a la persona, reducen la irritabilidad y las conductas depresivas.

### **3. Objetivos:**

➤ *Objetivo general:*

- Mejorar la autoestima y las habilidades sociales de las personas con esquizofrenia de la Fundación en Pie.

➤ *Objetivos específicos:*

- Aumentar la confianza, tolerancia y el respeto hacia sí mismo y las demás personas.
- Mejorar la comunicación con los demás participantes para crear un ambiente de compañerismo.
- Incrementar la asertividad.
- Valorar las cualidades positivas de los demás y desarrollar empatía.
- Aportar las competencias necesarias para enfrentarse a la vida diaria.
- Crear conciencia de los aspectos positivos que posee la persona.

#### **4. Personas, grupos o comunidades destinatarias. Localización física y ámbito de actuación**

Este proyecto se llevará a cabo en la Fundación En Pie, que vela por los intereses y derechos de las personas con problemas de salud mental. Entre sus objetivos principales podemos destacar: luchar contra el estigma, crear proyectos de calidad de vida, organizar eventos solidarios e inclusivos y tutelar a personas con un problema de salud mental grave. Está formada tanto por profesionales como por familiares y usuarios, siempre trabajando en una misma dirección.

Concretamente, dentro de esta fundación, se intervendrá con cinco personas con esquizofrenia, de las cuales una es mujer y cuatro son hombres, con edades comprendidas entre los 23 y 39 años.

La fundación se encuentra en el polígono de Güimar, edificio Tastusa, local 16.



#### **5. Método y propuesta de actuación:**

Nuestra intervención parte de la idea de que la persona, la conducta y el entorno son aspectos que interactúan y se retroalimentan. Por lo tanto trabajaremos basándonos en el modelo de modificación de conducta, que trata de disminuir o reforzar de manera

duradera algunas conductas y de sustituir comportamientos inadaptados por otros beneficiosos, que ayuden a aumentar las habilidades sociales y la autoestima. Las técnicas más utilizadas en este modelo serán: el refuerzo positivo, modelamiento, entrenamiento en habilidades sociales, formación en solución de problemas y formación en autocontrol. Esta intervención no etiqueta ni clasifica a las personas, sino que valora la actitud positiva, la motivación hacia el cambio, los valores y la participación del sujeto en su propio cambio.

Como ya se presupone, según las diferentes investigaciones con personas con esquizofrenia, éstas poseen una baja autoestima y falta de habilidades sociales, pero para comprobarlo de manera empírica en nuestro proyecto, la primera fase consistirá en el reparto de dos cuestionarios sobre esos dos aspectos:

- Cuestionario de Autoestima AUT-17: este cuestionario se trata de una versión abreviada del AUT-30, el cual expone aquellos ítems que mejor reflejan el grado de autoestima de los participantes. Evalúa las siguientes dimensiones: autoestima familiar (satisfacción del participante con sus relaciones familiares), autoestima social (percepción del individuo sobre sus relaciones sociales), autoestima emocional (control de emociones), autoestima intelectual (trabajo intelectual y memoria) y autoestima física (aceptación de su cuerpo, resistencia y salud). Este cuestionario ha sido elegido porque nos muestra una visión global de las percepciones del sujeto, es decir, hace referencia a la percepción de satisfacción en los diferentes ámbitos de su vida. Además, está indicado especialmente para la población adulta.
- Escala de Habilidades Sociales: Las habilidades sociales son necesarias para un óptimo desarrollo de la vida y para el mantenimiento de las relaciones sociales. La escala mide las habilidades sociales de los sujetos, dividiendo los ítems en:

habilidades comunicativas o relacionales (habilidad para comunicarse o relacionarse), asertividad (expresar sus ideas o pedir información de una manera adecuada) y habilidades de resolución de conflictos (encontrar soluciones a conflictos de manera adecuada y eficaz). Este cuestionario nos da una visión global sobre la percepción que tienen los usuarios sobre sus habilidades sociales, que se completará con observación interna para realizar las conclusiones.

La segunda fase comenzará con una reunión con la dirección de la Fundación en Pie para la explicación de los diferentes objetivos y las actividades con los que se llevarán a cabo. Seguidamente, se hará la primera toma de contacto con los usuarios a través de la actividad “Conociéndonos”, y se expondrá el calendario de las demás actividades con el objetivo de que los usuarios puedan organizarse con el tiempo suficiente para poder acudir a las mismas.

La tercera fase constará de la realización de las diferentes actividades destinadas a al aumento de las habilidades sociales y la autoestima, y de una evaluación continua de la satisfacción y comodidad de los usuarios, ya que en todo momento pueden expresar sus opiniones y además, la actividad “nuestro grupo” está destinada a evaluar el funcionamiento del grupo y de cada una de las personas que lo componen. Las actividades serán las siguientes:

1. “Aprendiendo”.
2. “¡A bailar!”
3. Golpe al malestar.
4. “Locos por el teatro”.
5. “La asertividad.”



6. “Lo bueno y lo malo”.
7. “Nuestro grupo”.
8. “Locos por las bicis”.
9. “Solucionemos el problema”.
10. “Mírate, mírame”.
11. “La red”.
12. “Tolerándome”.
13. “Mímica”
14. “¡Descubierto!”.
15. “Hoy quiero hablarte de...”.
16. “Abrazame si lo sabes”.
17. “El anuncio”.
18. “Abrazos de papel”.
19. “Collage”.

Todas las actividades presentan un tiempo estimado que siempre puede reducirse o ampliarse en función de lo que consideren los usuarios y/o los/las profesionales.

Los aspectos a tener en cuenta para la realización del proyecto serán los siguientes:

- Trataremos de llevarlas a cabo con la mayor eficacia y eficiencia posible, es decir, que se cumplan todos los objetivos propuestos con el menor número de recursos. Para ello, todas las actividades se desarrollarán o dentro del espacio de la Fundación o al aire libre, con materiales que han sido donados a la Fundación.
- Durante todo este proceso se intentará que las personas participantes sean las protagonistas de su cambio y los/as profesionales sean solo una guía y apoyo para

umentar la motivación al cambio y las potencialidades que ya tienen los individuos. Por ello llevaremos a cabo la evaluación continua, anteriormente nombrada, ya que queremos que ningún usuario abandone en medio del proceso y sienta que su opinión se tendrá en cuenta.

- En el transcurso del proyecto siempre se mantendrá informada a la directiva de los posibles cambios y del progreso del mismo, para que exista la mayor transparencia posible. Cualquier duda formulada por la directiva o por los usuarios será resuelta.

Siempre se respetarán los principios desarrollados por Lafourcade (1974):

-Coherencia: los elementos deberán estar relacionados entre sí. Las actividades deben estar en concordancia con el eje central del proyecto.

-Funcionalidad: Toda la planificación del proyecto debe basarse en los intereses del grupo o colectivo al que va encaminado.

-Equilibrio: estará equilibrada la relación entre objetivos y los medios disponibles.

-Pertinencia: después de fijar los objetivos, la organización de la tarea será la mejor alternativa que pueda ser aplicada.

-Economía: usar eficientemente el tiempo, los recursos humanos y materiales y los esfuerzos cumpliendo con los objetivos.

La cuarta y última fase será la evaluación final con la realización de la actividad de despedida y la entrega de los mismos cuestionarios que se pasaron en la primera fase, para así comprobar si las actividades han tenido el impacto esperado.

## 6. Cronograma.

A continuación se expone el calendario de las actividades del proyecto:

Actividades	Meses por semanas																						
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio		
“Conociéndonos”	■																						
“Aprendiendo”		■																					
“A bailar”			■				■				■												
“Golpe al malestar”			■								■								■				
“Locos por el teatro”				■																			
“La asertividad”					■																		
“Lo bueno y lo malo”						■																	
“Nuestro grupo”							■																
“Locos por las bicis”								■			■				■				■				
“Solucionemos el problema”									■														
“Mírate, mírame”										■													
“La red”											■												
“Tolerándome”												■											
“Mímica”													■										
“¡Descubierto!”														■									
“Hoy quiero hablarte de...”															■	■	■						
“Abrazame si lo sabes”.																		■					
“El anuncio”.																			■				
“Abrazos de papel”																			■				
“Collage”.																				■			



las actividades ya que la Fundación dispone de lugares para ello, y algunas serán al aire libre.

En el caso de que algún recurso necesario no esté disponible en la Fundación, ésta será la encargada de financiarlo puesto que se tratará de materiales de bajo coste, como pueden ser el material de papelería.

Se estima que el presupuesto necesario para la realización de las actividades, sin contar los recursos de los que dispone la Fundación, sería de: 200 euros como máximo. El salario de los/las trabajadores/as sociales lo estipulará la dirección de la Fundación dependiendo de las subvenciones para este proyecto.

#### **9. Sistema de evaluación.**

Se llevará a cabo una evaluación continua, que consta de la evaluación ex – ante, procesual y final.

- Evaluación Ex-ante: se realizará a través del cuestionario de autoestima AUT-17 y la escala de habilidades sociales, que serán entregados por los/las trabajadores/as sociales antes de iniciar las actividades para medir su grado de autoestima familiar, social, emocional, intelectual y física; y sus habilidades sociales (comunicativas o relacionales, asertividad y resolución de conflictos).

El cuestionario de autoestima AUT-17 se codificará de la siguiente manera:

Para evitar que la puntuación sea negativa (producto de restar los ítems negativos de los positivos), se recomienda: sumar los ítems de autoestima familiar 3, 8 y 17 y a su resultado añadir el ítem 13 restado de la cantidad 6.

Autoestima familiar: (ítem3 + ítem8 + ítem17) + 6 - (ítem13).

Autoestima social: 18 - (ítem5 + ítem10 + ítem15).

Autoestima emocional: ítem12 + 12 - (ítem2 + ítem7).

Autoestima intelectual: 18 - (ítem4 + ítem9 + ítem14).

Autoestima física: (ítem6) + 12 - (ítem1 + ítem11).

Autoestima global: familiar + social + emocional + intelectual + física.

La escala de habilidades sociales se codificará siguiendo estos pasos:

En primer lugar se deben invertir las puntuaciones de los ítems de la subescala de habilidades comunicativas o relacionales (1, 3, 5, 6 y 8). Se cambiarán tal que así: 1=7, 2=6, 3=5, 5=3, 6=2 y 7=1.

Habilidades comunicativas o relacionales: ítem1 + ítem3 + ítem5 + ítem6 + ítem8  
(las puntuaciones podrán ser de 5 a 35).

Asertividad: ítem2 + ítem7 + ítem11 (puntuaciones de 3 a 21)

Habilidades de resolución de conflictos: ítem4 + ítem9 + ítem10 + ítem12  
(puntuaciones de 4 a 28)

Es importante tener en cuenta que la escala dará los resultados de la percepción que tienen los usuarios sobre sus habilidades sociales, por lo que pueden sobreestimar sus habilidades o infravalorarlas, la veracidad de la escala dependerá de la sinceridad con la que hayan respondido los usuarios. Los resultados deben ser interpretados con cautela y es necesario contrastarlos con observación y otros instrumentos de evaluación.

- Evaluación procesual: Para que el proyecto tenga el éxito que se espera, se contará tanto con la opinión de los usuarios como la del equipo directivo en todo

momento. Siempre que el equipo directivo lo requiera se mantendrán reuniones para tratar los distintos aspectos que les preocupen. Por otro lado, con los usuarios se llevará a cabo una actividad de evaluación a mitad de las sesiones de las demás actividades, llamada “Nuestro grupo”, donde se aportarán soluciones para cambiar los aspectos negativos que consideren tanto del grupo como de las actividades que han realizado. También se les dejará claro al inicio de cada actividad, que al finalizar la misma pueden compartir sus ideas y opiniones con los/las profesionales.

- Evaluación final: Al finalizar el proyecto se pasarán los mismos cuestionarios que en la evaluación ex – ante (cuestionario de autoestima AUT-17 y la escala de habilidades sociales), para estudiar si las actividades realizadas han tenido el resultado que se esperaba, llevándose a cabo en la actividad “La despedida”. Además se recogerán las impresiones y opiniones de los usuarios respecto al proyecto y a los y las profesionales.

## **10. Factores Externos:**

En el caso de que el clima no sea el ideal para realizar alguna de las actividades, ya que muchas de ellas son en el exterior, se modificará el orden de las mismas, realizando otras que se puedan hacer en espacios cubiertos. Aquellas actividades que no podamos hacer por estas condiciones, se irán posponiendo hasta que el clima sea óptimo.

## Referencias bibliográficas

-American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

-Aznar, J.; Balanza, P.; Castillo, M.; et al. (2009) Epidemiología. Guía Práctica *Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental*. Murcia: Subdirección de Salud Mental.

-Bordás, C. S., Ballester, M. G., & Laborda, J. L. A. (2010). Habilidades sociales en la esquizofrenia. Trabajo Social vs Psicología. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 48, 223-231.

-Cañamares J.M., Castejón, M.Á., Florit, A., González, J., Hernández, J.A., Rodríguez, A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.

-Comisión Europea (2005) *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Extraído el día 03 de junio de 2016 de <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV%3Ac11570c>

-Confederación de Salud Mental España (2015) Estado de situación del estigma de las personas con trastorno mental en diversos ámbitos. *Salud Mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Extraído el día 02 de junio de 2016 de <https://consaludmental.org/centro-documentacion/salud-mental-inclusion-social-estigma-24829/>



-Estrategia Andaluza contra el estigma en salud mental (2016). Vivienda y empleo. *Cómo se crea el estigma*. Extraído el día 02 de junio de 2016 de <http://www.1decada4.es/mod/page/view.php?id=14>

-FEAFES (2008) El trato mediático de la Salud Mental. *Salud Mental y Medios de Comunicación: Guía de Estilo*. Extraído el día 01 de junio de 2016 de <https://consaludmental.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>

-FEAFES (2008) Preámbulo de intenciones. *Salud Mental y Medios de Comunicación: Guía de Estilo*. Extraído el día 01 de junio de 2016 de <https://consaludmental.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>

-Gargoloff, P.; Rodríguez, D y Telleriarte, M. (2002). Estigma y discriminación. *El estigma y la discriminación asociada a la esquizofrenia. Mitos y realidades*. Extraído el día 2 de junio de 2016 de: <http://www.psiconet.com/argentina/apsa2002/esquizoyestigma.htm>

-Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2002) Recursos y estresores psicosociales: instrumento de evaluación. Autoestima. *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.

-Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Colección Documentos Serie Documentos Técnicos, 21005, 172. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid. España.

-Jiménez García-Bóveda, R., & Vázquez Morejón, A.J. (2006). Esquizofrenia y género. *Apuntes de Psicología*, 24, 157-183.

-López, M., Laviana, M., & López, A. (2009). Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves. *Violencia y Salud Mental. Salud mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva. Madrid, AEN*, 187-207.

-Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de psicologia. International journal of psychology*, 13, 7-17.

-Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011) Análisis de la situación: Epidemiología. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Extraído el día 02 de junio de 2016 de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

-Montaño, L., Nieto, T. y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 1, 86-87.

-Muñoz, M.; Pérez, E.; Crespo, M. y Guillén, A. I. (2009) Estigma en personas con enfermedad mental grave y persistente. *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Extraído el día 01 de junio de <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estigma-y-enfermedad-mental-2827/>

-Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, et al. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, 477-489.

-Oliva, A.; Antolín, L.; Pertegal, M. A.; Ríos, M. y Parra, A. (2013) Instrumentos de medida: Escala para la evaluación de las habilidades sociales. *Instrumentos para la Evaluación de la Salud Mental y el Desarrollo Positivo Adolescente y los Activos que lo promueven*.

-OMS (2016) Magnitud e impacto. Esquizofrenia. Extraído el día 1 de abril de 2016 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

-OMS (2013). Salud mental y trastornos mentales: determinantes y consecuencias. *Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020*. Extraído el día 01 de abril de 2016 de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1)

-OMS (2004) La magnitud y carga de los trastornos mentales. *Invertir en Salud Mental*. Extraído el día 01 de junio de 2016 de [http://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

-Royal College of Psychiatric (2009) Esquizofrenia. Extraído el día 01 de junio de 2016 de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/21-Esquizofrenia.pdf>

- Runte, A. (2005). Resultados y discusiones. *Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores*. Extraído el día 2 de junio de 2016 de: <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/15750784.pdf>

-Sobrino, E. (2013). Resultados. *Evaluación de los conocimientos, actitudes, opiniones y creencias que tienen los adolescentes sobre la enfermedad mental*. Extraído el día 2 de junio de 2016 de:

<http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/44950415-d558-4097-983b-7fbef2edd460/d41c26a3-1cd4-4fcd-9f63-a4bf9c002e93/d41c26a3-1cd4-4fcd-9f63-a4bf9c002e93.pdf>

-Straube, E. R. y Halweg, K. (1990) Intervention Programs: Cognitive, Social and Emotional Disturbances in Schizophrenics. *Schizophrenia: concepts, vulnerability and intervention*. Berlin: Weichert-Druck GmbH.

-Valencia, M. (2007) Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud Mental*, 30, 75-80.

-Zapata García, R. y Gómez Lavín, C. (2000) Trastornos Psicóticos: Esquizofrenia. *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*. España: Ediciones Enaute.

## **Anexos:**

### **Anexo 1: Cuestionarios**

Cuestionario de Autoestima (AUT-17). (Herrero y Musitu, 2002).

A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste según su criterio poniendo un círculo alrededor de la respuesta que considera adecuada. Tenga en cuenta que:

1= Significa que usted está **MUY EN DESACUERDO.**

2= Significa que usted está en **DESACUERDO.**

3= Significa que usted está en **PARTE DE ACUERDO Y EN PARTE EN DESACUERDO.**

4= Significa que usted está **DE ACUERDO.**

5= Significa que usted está **MUY DE ACUERDO.**

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Tengo poca resistencia física       | 1 2 3 4 5 |
| 2. Me excito con facilidad             | 1 2 3 4 5 |
| 3. Me siento muy querido en mi familia | 1 2 3 4 5 |
| 4. Tengo mala memoria                  | 1 2 3 4 5 |
| 5. Pierdo fácilmente amigos            | 1 2 3 4 5 |

1= **MUY EN DESACUERDO.**

2= **DESACUERDO.**

3= **PARTE DE ACUERDO Y EN PARTE EN DESACUERDO.**

4= **DE ACUERDO.**

5= **MUY DE ACUERDO.**

6. Tengo una salud excelente 1 2 3 4 5

7. Soy nervioso/a 1 2 3 4 5

8. Me siento feliz en mi familia 1 2 3 4 5

9. Tengo dificultades para concentrarme 1 2 3 4 5

10. En general no se valora mi amistad 1 2 3 4 5

11. Tengo partes de mi cuerpo que me gustaría cambiar 1 2 3 4 5

12. Soy equilibrado/a emocionalmente 1 2 3 4 5

13. Mis relaciones familiares son insatisfactorias 1 2 3 4 5

14. Soy inconstante en el trabajo intelectual 1 2 3 4 5

15. Mis relaciones sociales son insatisfactorias 1 2 3 4 5

16. Me cuesta controlarme 1 2 3 4 5

17. Mis ideas, consejos y opiniones son muy bien 1 2 3 4 5

recibidas en mi familia.

Escala de habilidades sociales (Oliva, Antolín, Pertegal, Ríos, y Parra (2013).

		Totalmente falsa	Falsa	Algo falsa	Ni falsa ni verdadera	Algo verdadera	Verdadera	Totalmente verdadera
1	Me cuesta trabajo empezar una conversación con alguien que no conozco	1	2	3	4	5	6	7
2	Suelo alabar o felicitar a mis compañeros/as cuando hacen algo bien	1	2	3	4	5	6	7
3	Me da corte hablar cuando hay mucha gente	1	2	3	4	5	6	7
4	Cuando dos amigos/as se han peleado, suelen pedirme ayuda	1	2	3	4	5	6	7
5	Me cuesta trabajo invitar a un conocido/a una fiesta, al cine, etc.	1	2	3	4	5	6	7
6	Me da corte empezar una conversación con alguien que me atrae físicamente	1	2	3	4	5	6	7
7	Me gusta decirle a una persona que estoy muy satisfecho/a por algo que ha hecho	1	2	3	4	5	6	7
8	Me resulta muy difícil decirle a un chico/a que quiero salir con él/ella	1	2	3	4	5	6	7
9	Suelo mediar en los problemas entre compañeros/as	1	2	3	4	5	6	7
10	Cuando tengo un problema con otro chico o chica, me pongo en su lugar y trato de solucionarlo	1	2	3	4	5	6	7
11	Si tengo la impresión de que alguien está molesto/a conmigo le pregunto por qué	1	2	3	4	5	6	7
12	Cuando hay un problema con otros chicos o chicas, pienso y busco varias soluciones para resolverlo	1	2	3	4	5	6	7

## Anexo 2: Tablas de actividades

<b>“CONOCIÉNDONOS”</b>			
<p><b><u>OBJETIVOS:</u></b> (en esta actividad se establecerán objetivos tanto para los usuarios como para los/las profesionales)</p> <p><b>Para los/las profesionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer a los usuarios del proyecto de intervención.</li> </ul> <p><b>Para los usuarios del proyecto:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear un ambiente de relajación.</li> <li>• Establecer comunicación con los demás compañeros y los/las profesionales.</li> <li>• Conocer más a los compañeros.</li> <li>• Fomentar la desinhibición.</li> </ul>			
<b><u>DESTINATARIOS</u></b>	<b><u>TIEMPO</u></b>	<b><u>RECURSOS</u></b>	<b><u>ESPACIO</u></b>
5 adultos y los/las profesionales.	1 hora y media.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillas</li> </ul>	La tienda de la Fundación.
<p><b><u>DESARROLLO:</u></b></p> <p>Nos sentamos todos en círculo en las sillas. Uno/a de los/las profesionales comienza presentándose al resto del grupo y al terminar debe elegir a otra persona para que se presente, cuando esa persona termina elige a otra y así sucesivamente.</p> <p>Tienen que responder a las siguientes preguntas cuando se presenten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Quién soy y cuántos años tengo?</li> <li>2. ¿Dónde vivo?</li> <li>3. ¿A qué me dedico?</li> <li>4. ¿Qué me gusta hacer?</li> <li>5. ¿Qué no me gusta?</li> </ol>			

<b>“APRENDIENDO”</b>
<p><b><u>OBJETIVOS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprender los conceptos de “autoestima” y “habilidades sociales”.</li> <li>• Resolver dudas respecto a dichos temas.</li> </ul>



<p><b><u>DESTINATARIOS</u></b></p> <p>5 adultos.</p>	<p><b><u>TIEMPO</u></b></p> <p>1 hora.</p>	<p><b><u>RECURSOS</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Póster con el contenido.</li> <li>• Cinta adhesiva.</li> <li>• Folios y bolígrafos.</li> </ul>	<p><b><u>ESPACIO</u></b></p> <p>Tienda de la fundación.</p>
--	--	---	---

**DESARROLLO:**

Se cuelga el póster en una de las paredes para que todos puedan verlo y se reparten folios y bolígrafos para que puedan coger notas. En el póster aparecerán las explicaciones acerca de los aspectos que vamos a trabajar, autoestima y habilidades sociales. Al final de la explicación los usuarios preguntan las dudas acerca de la exposición o del proyecto.

**“¡A BAILAR!”**

**OBJETIVOS:**

- Ganar confianza en sí mismo/a.
- Establecer comunicación con los demás compañeros.
- Crear un ambiente de relajación.
- Aumentar la coordinación y atención.

<p><b><u>DESTINATARIOS</u></b></p> <p>5 adultos.</p>	<p><b><u>TIEMPO</u></b></p> <p>1 hora.</p>	<p><b><u>RECURSOS</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de música.</li> </ul>	<p><b><u>ESPACIO</u></b></p> <p>La tienda de la Fundación.</p>
--	--	---	--

**DESARROLLO:**

Se les enseñan los diferentes pasos básicos de la salsa y el merengue, los cuales repetirán varias veces hasta memorizarlos. Una vez que los hayan aprendido, se ponen por parejas, que se cambian cuando acaba la canción.

## “GOLPE AL MALESTAR”

### **OBJETIVOS:**

- Confiar en sí mismos/as.
- Aumentar la coordinación y atención.
- Reducir el estrés.
- Establecer comunicación con los demás compañeros.

<b><u>DESTINATARIOS</u></b>	<b><u>TIEMPO</u></b>	<b><u>RECURSOS</u></b>	<b><u>ESPACIO</u></b>
5 adultos.	1 hora	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de música.</li> <li>• Saco de boxeo.</li> </ul>	Lugar abierto y ventilado.

### **DESARROLLO:**

Se les realiza un calentamiento y seguidamente se les enseñan los distintos golpes básicos del Kick Boxing, que practican en el saco. Por último, llevamos a cabo los estiramientos.

## “LOCOS POR EL TEATRO”

### **OBJETIVOS:**

- Desarrollar la creatividad.
- Establecer comunicación con los compañeros.
- Favorecer la desinhibición.
- Perder el miedo a hablar en público.

<b><u>DESTINATARIO</u></b>	<b><u>TIEMPO</u></b>	<b><u>RECURSOS</u></b>	<b><u>ESPACIO</u></b>
5 adultos	30-40 minutos aproximadamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fichas con las situaciones y modos de realizarlas.</li> </ul>	La tienda de la Fundación

### **DESARROLLO:**

La actividad trata de representar una serie de acontecimientos que están escritos en unas fichas de tipo A, con el estilo que nos indica la ficha B. Dichas fichas se depositan en dos cajas, en una estarán las fichas A y en la otra las fichas B. Cada jugador coge una ficha de cada una de las cajas.

Acontecimientos (fichas A):

- Pérdida de un paraguas.
- Fregar los platos un domingo.
- La derrota de tu equipo favorito.
- Ver a tu cantante favorito/a.
- Encontrarte dinero por la calle.
- Te roban la cartera con dinero y documentación.
- El/la chico/a que te gusta te pide una cita.

Modos de representación (fichas B):

- Modo asustado.
- Modo contento.
- Modo trágico.
- Modo sorprendido.
- Modo escandaloso.
- Modo lírico(cantando).

**“LA ASERTIVIDAD”**

**OBJETIVOS:**

- Comprender el concepto de “asertividad”.
- Mejorar la asertividad.
- Establecer comunicación con los demás compañeros.

**DESTINATARIOS**

5 adultos.

**TIEMPO**

1 hora.

**RECURSOS**

- Sillas.

**ESPACIO**

La tienda de la Fundación.

**DESARROLLO:**

Al principio de la sesión se explicará qué se entiende por asertividad, las técnicas para ser una persona asertiva y ejemplos de situaciones asertivas.

Cuando todos hayan entendido el concepto se procederá a realizar la actividad, que consiste en facilitar diferentes situaciones cotidianas para que expongan cómo sería la manera más asertiva de enfrentarse a ellas.

Las situaciones son:

- Estás en la cola del cine y se te cuela una persona.
- Tus amigos te intentan convencer para salir esta noche de fiesta pero a ti no te apetece.
- Tienes que decirle a tu amigo/a que te molesta que se ría de ti.
- Vas a cenar pero tu copa está sucia y tienes que decírselo al camarero.
- Tu jefe te vuelve a pedir esta semana que te quedes trabajando por la tarde.
- Un/a amigo/a te dice que no le gusta tu nuevo corte de pelo.
- Tu hermano/a te pide dinero prestado pero tú no tienes suficiente para los dos.
- Tu vecina/o siempre hace ruido y no te deja dormir.
- Tu amigo/a llega tarde al plan que tenían.
- Tienes que decirle a tu pareja que debe colaborar más en las tareas del hogar.
- Tu familia está organizando un viaje familiar pero a ti no te apetece ir.

### “LO BUENO Y LO MALO”

**OBJETIVOS:**

- Identificar los aspectos positivos que poseen.
- Descubrir estrategias para cambiar los aspectos negativos que consideran que tienen.
- Establecer comunicación con los demás compañeros.

<b><u>DESTINATARIOS</u></b> 5 adultos.	<b><u>TIEMPO</u></b> 1 hora.	<b><u>RECURSOS</u></b> • Folios y bolígrafos. • Sillas.	<b><u>ESPACIO</u></b> La tienda de la Fundación.
---	---------------------------------	---	---

**DESARROLLO:**

Cada persona escribe en un folio cinco cosas que le gusten de sí mismos y cinco que no le gusten (pueden ser aspectos físicos, de personalidad, habilidades...etc). Cuando terminen se sentarán en círculo y expondrán lo escrito en la lista, para con la ayuda de sus compañeros, establecer estrategias para cambiar aquellos aspectos que indicaron que no le gustan de sí mismo.

<b>“NUESTRO GRUPO”</b>			
<p><b><u>OBJETIVOS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los aspectos positivos del grupo y de la persona.</li> <li>• Aportar estrategias para cambiar los aspectos negativos.</li> <li>• Mejorar las habilidades en la resolución de conflictos</li> <li>• Establecer comunicación con los demás compañeros.</li> </ul>			
<b><u>DESTINATARIOS</u></b> 5 adultos	<b><u>TIEMPO</u></b> 1 hora.	<b><u>RECURSOS</u></b> • Sillas.	<b><u>ESPACIO</u></b> La tienda de la Fundación.
<p><b><u>DESARROLLO:</u></b></p> <p>Por turno de palabra cada una de las personas del grupo responderá a las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué aspectos buenos crees que tiene el grupo?</li> <li>2. ¿Qué aspectos negativos crees que debe mejorar o cambiar el grupo?</li> <li>3. ¿Cómo crees que se pueden cambiar dichos aspectos negativos?</li> <li>4. ¿Qué le aporta cada uno de ustedes al grupo?</li> <li>5. ¿Estás contento/a con las actividades que se llevan a cabo en el grupo?</li> <li>6. ¿Te gustaría realizar algún otro tipo de actividades en un futuro?</li> </ol> <p>Una vez respondidas las cuestiones y aportadas las soluciones para mejorar, se debatirá cuál de ellas es la que mejor se puede ajustar al grupo. Seguidamente, es importante recordarle a cada uno las cosas que aportan al grupo para que se sientan valorados y parte de él.</p>			

<b>“LOCOS POR LAS BICIS”</b>			
<p><b><u>OBJETIVOS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer comunicación con los demás compañeros y con los/las voluntarios/as.</li> <li>• Reducir el estrés.</li> <li>• Aumentar la coordinación y la atención.</li> </ul>			
<b><u>DESTINATARIOS</u></b> 5 Adultos.	<b><u>TIEMPO</u></b> 1 hora y media.	<b><u>RECURSOS</u></b> • Bicicletas.	<b><u>ESPACIO</u></b> Explanada de tierra.

**DESARROLLO:**

Cogemos las bicicletas pertenecientes a la Fundación para montar en ellas en una explanada de tierra situada detrás de la tienda de la Fundación. A esta actividad invitamos a los voluntarios para que participen y así los destinatarios pueden comunicarse con otras personas a las que no ven todos los días.

**“SOLUCIONEMOS EL PROBLEMA”**

**OBJETIVOS:**

- Mejorar las habilidades en la resolución de conflictos.
- Establecer comunicación con los demás compañeros.
- Dar apoyo a los compañeros.

<b><u>DESTINATARIOS</u></b>	<b><u>TIEMPO</u></b>	<b><u>RECURSOS</u></b>	<b><u>ESPACIO</u></b>
5 adultos	1 hora y media.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sillas.</li></ul>	La tienda de la Fundación.

**DESARROLLO:**

Cada persona pensará en un problema pasado o que siga presente y que haya sucedido en cualquier ámbito de su vida con otra u otras personas (trabajo, familia, grupo de amigos, pareja...etc). Entonces, contará el problema con los detalles que desee y responderá a cada una de las siguientes preguntas:

1. ¿Por qué sabes que es un problema para ti?
2. ¿Cómo te sientes ante ese problema?
3. ¿Qué importancia le das?
4. ¿Por qué el problema no se ha eliminado?
5. ¿Piensa que la otra u otras personas le da la misma importancia que tú al conflicto?
6. ¿Cómo crees que se sienten la otra u otras personas implicadas?

Después de cada uno de los análisis del conflicto, los demás compañeros deben aportar soluciones al mismo que ayuden a la otra persona a enfrentarse a él.

**“MÍRATE, MÍRAME”**

**OBJETIVOS:**

- Descubrir y valorar las cualidades positivas de las personas y de sí mismos.
- Reducir el estrés.
- Establecer comunicación con los demás compañeros.

<b><u>DESTINATARIOS</u></b>	<b><u>TIEMPO</u></b>	<b><u>RECURSOS</u></b>	<b><u>ESPACIO</u></b>
5 Adultos.	1 hora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un espejo grande.</li> </ul>	La tienda de la Fundación.
<p><b><u>DESARROLLO:</u></b></p> <p>Cada uno de los usuarios se mira al espejo y les dice a los demás las cualidades positivas que cree que tiene, tanto físicamente como de personalidad. Seguidamente, los compañeros expresan más aspectos positivos de esa persona.</p>			

<b>“LA RED”</b>			
<p><b><u>OBJETIVOS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demostrar las potencialidades de cada uno al grupo.</li> <li>• Dar apoyo a los compañeros.</li> </ul>			
<b><u>DESTINATARIOS</u></b>	<b><u>TIEMPO</u></b>	<b><u>RECURSOS</u></b>	<b><u>ESPACIO</u></b>
5 adultos.	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ovillo de lana.</li> <li>• Sillas.</li> </ul>	La tienda de la Fundación.
<p><b><u>DESARROLLO:</u></b></p> <p>El grupo está sentado en círculo sin dejar espacios vacíos. El ovillo lo tiene el dinamizador y se lo lanza a otra persona del grupo sujetando el extremo. Justo antes de lanzarlo dice en voz alta: “Me llamo..... y quiero ofreceros mi..... (una cualidad personal positiva)”. Quien recibe el ovillo dice su nombre y una cualidad positiva que quiere ofrecer al grupo. Cuando termina lanza el ovillo a otra persona sujetando el hilo de manera que quede más o menos tenso (sin que llegue a tocar el suelo). Cuando todos hayan recibido el ovillo quedará formada una estrella de tantas puntas como participantes.</p>			

<b>“TOLERÁNDOME”</b>			
<p><b><u>OBJETIVOS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser consciente de cómo se tratan a sí mismos.</li> <li>• Aprender a ser más tolerantes y respetuosos con su persona.</li> <li>• Descubrir y valorar las cualidades positivas de la persona.</li> </ul>			

<b><u>DESTINATARIOS</u></b> 5 adultos.	<b><u>TIEMPO</u></b> 1 hora.	<b><u>RECURSOS</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foto.</li> <li>• Sillas.</li> </ul>	<b><u>ESPACIO</u></b> La tienda de la Fundación.
---	---------------------------------	--	---

**DESARROLLO:**

Los participantes buscarán su foto preferida de la infancia. Cada uno de ellos debe identificar en qué situaciones es poco tolerante consigo mismo y cómo puede cambiarlo, debatiendo también con sus compañeros. Cuando todos hayan llegado a las posibles soluciones, cogerán la foto y se comprometerán con su “yo pequeño” a ser más tolerantes y respetuosos para no hacerse daño. Esta actividad también podrán llevarla a cabo en sus casas cuando sientan que están actuando contra su propia persona.

**“MÍMICA”**

**OBJETIVOS:**

- Mejorar la comunicación no verbal.
- Establecer comunicación con los demás compañeros.
- Fomentar la desinhibición.
- Desarrollar la creatividad.

<b><u>DESTINATARIOS</u></b> 5 adultos.	<b><u>TIEMPO</u></b> 1 hora.	<b><u>RECURSOS</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel.</li> <li>• Bolígrafos.</li> </ul>	<b><u>ESPACIO</u></b> La tienda de la Fundación
---	---------------------------------	---	--

**DESARROLLO:**

Cada uno de los componentes del grupo escribirá cinco películas en diferentes trozos de papel. Los trozos de papel se doblan de modo que no se vean los títulos de las películas y seguidamente, la persona elegida coge uno de los trozos para representar con mímica la película que le ha tocado. En el caso de que sea una de las que esa persona escribió o no sepa de cuál se trata, dejará ese papel con los demás y cogerá otro.



## “¡DESCUBIERTO!”

### **OBJETIVOS:**

- Fomentar la desinhibición.
- Establecer comunicación con los demás compañeros.
- Crear un ambiente de relajación.
- Perder el miedo a hablar en público.

### **DESTINATARIOS**

5 adultos.

### **TIEMPO**

1 hora.

### **RECURSOS**

- Folios y bolígrafos.

### **ESPACIO**

Tienda de la Fundación.

### **DESARROLLO:**

Cada persona escribe de manera resumida tres anécdotas reales que hayan vivido. Seguidamente, se recogen todas las historias y se mezclan los papeles. Una persona sale a leer tres de las historias en frente de sus compañeros y deben descubrir quién ha escrito cada una de ellas. Cuando alguien sepa quién ha sido, señala y dice: “¡Descubierto!”. Así hasta que todos hayan leído en público y se acaben los papeles de las anécdotas.

## “HOY QUIERO HABLARTE DE...”

### **OBJETIVOS:**

- Fomentar la desinhibición.
- Establecer comunicación con los demás compañeros.
- Crear un ambiente de relajación.
- Perder el miedo a hablar en público.

### **DESTINATARIOS**

5 adultos.

### **TIEMPO**

3 horas de exposición (tres sesiones de una hora cada una).

### **RECURSOS**

- Póster.
- Cinta adhesiva.

### **ESPACIO**

Tienda de la fundación.

### **DESARROLLO:**

Cada uno de los participantes prepara en su casa un póster creativo y hecho a mano en el que se apoyan para contarle al resto algo que les guste. Pueden hablar

de algún deporte, de las recetas de sus comidas preferidas, tradiciones familiares, hobbies, mascotas...etc.

Al final de cada exposición los demás compañeros preguntarán aquello que deseen acerca de lo que se ha expuesto.

### **“ABRÁZAME SI LO SABES”**

#### **OBJETIVOS:**

- Establecer comunicación con los demás compañeros.
- Crear un ambiente de relajación y confianza.
- Fomentar la desinhibición.

#### **DESTINATARIOS**

5 adultos.

#### **TIEMPO**

1 hora.

#### **RECURSOS**

--

#### **ESPACIO**

La tienda de la  
Fundación

#### **DESARROLLO:**

Se situarán todos de pie y se dirá una frase con la que pueden identificar a uno o más compañero, cuando lo identifiquen deben abrazarlo. Para saber si están en lo cierto pueden recabar información preguntando. Por ejemplo, se dice la frase: “Abraza al compañero que vive más cerca de ti”, entonces la persona debe ir y abrazar a la otra que viva más cerca.

Otras frases podrán ser: Abraza al compañero que tiene alguna mascota, que toque un instrumento musical, que le guste bailar, que tiene hermanos/as, que juega a baloncesto, que le gusta madrugar, que su comida favorita es la misma que la tuya, que tiene carnet, que le gusta salir de fiesta, que trabaja...etc.

### **“EL ANUNCIO”**

#### **OBJETIVOS:**

- Perder el miedo a hablar en público.
- Establecer comunicación con los demás compañeros.
- Descubrir y valorar las cualidades positivas de las personas y de sí mismos.

<b><u>DESTINATARIOS</u></b> 5 adultos.	<b><u>TIEMPO</u></b> 1 hora.	<b><u>RECURSOS</u></b> • Sillas.	<b><u>ESPACIO</u></b> La tienda de la Fundación.
<p><b><u>DESARROLLO:</u></b></p> <p>Cada persona debe pensar en aquellas cualidades positivas que posee las cuales hemos ido descubriendo en sesiones anteriores y las cosas que sabe hacer o se le dan bien. Seguidamente, deben anunciarse a los demás compañeros señalando dichas cualidades y potencialidades. Por ejemplo: “Me llamo .... y soy un experto en la cocina, preparo las mejores pizzas del mundo y además soy simpático”. Y terminando con un eslogan creativo.</p> <p>Para terminar, cada uno debe elegir a aquella persona que se haya vendido mejor y el porqué de su decisión.</p>			

<b>“ABRAZOS DE PAPEL”</b>			
<p><b><u>OBJETIVOS:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Propiciar el manejo creativo de la escritura verbal.</li> <li>• Permitir un buen intercambio emocional</li> <li>• Ayudar al fortalecimiento de la autoimagen.</li> </ul>			
<b><u>DESTINATARIOS</u></b> 5 adultos.	<b><u>TIEMPO</u></b> 1 hora.	<b><u>RECURSOS</u></b> • Papel • Bolígrafos	<b><u>ESPACIO</u></b> Tienda de la Fundación.
<p><b><u>DESARROLLO:</u></b></p> <p>Se reparten 5 trozos de papel a cada participante con un bolígrafo. Deberán escribir el nombre de los compañeros y de ellos mismos en los trozos de papel y en dos líneas aproximadamente un pensamiento, un verso o algo bueno que piensen de sus compañeros y de ellos mismos cuando están con esa persona.</p> <p>Al terminar se entregarán los papeles a los destinatarios y se comentará la experiencia.</p>			

<b>“COLLAGE”</b>
------------------

<b><u>OBJETIVOS:</u></b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresar los intereses y motivaciones personales.</li> <li>• Valorar los aspectos positivos que posee cada uno de los integrantes.</li> </ul>			
<b><u>DESTINATARIOS</u></b>	<b><u>TIEMPO</u></b>	<b><u>RECURSOS</u></b>	<b><u>ESPACIO</u></b>
5 adultos.	1 hora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel.</li> <li>• Revistas.</li> <li>• Fotos.</li> <li>• Tijeras.</li> <li>• Pegamento.</li> </ul>	La tienda de la Fundación
<b><u>DESARROLLO:</u></b>			
<p>Se repartirán los materiales y los participantes comenzarán a recortar imágenes y frases que representen una parte de su vida. A continuación lo pegaran en un mural común, decorándolo a su gusto.</p> <p>Para finalizar, se comentarán las elecciones de los participantes y explicarán el por qué de sus elecciones.</p>			

<b>“LA DESPEDIDA”</b>			
<b><u>OBJETIVOS:</u></b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la satisfacción de los usuarios con el proyecto y los/ las profesionales.</li> <li>• Pasar los cuestionarios de habilidades sociales y autoestima para estudiar el impacto y los resultados del proyecto.</li> <li>• Establecer comunicación con los demás compañeros.</li> <li>• Despedir el proyecto.</li> </ul>			
<b><u>DESTINATARIOS</u></b>	<b><u>TIEMPO</u></b>	<b><u>RECURSOS</u></b>	<b><u>ESPACIO</u></b>
5 adultos.	2 horas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comida.</li> <li>• Sillas.</li> <li>• Mesas.</li> <li>• Cuestionario de habilidades y autoestima.</li> </ul>	Lugar abierto y ventilado.
<b><u>DESARROLLO:</u></b>			
<p>Se preparará un desayuno a modo de despedida con todos los participantes del proyecto. Seguidamente, se le preguntará a los usuarios cómo valoran las actividades</p>			

que se han ido realizando con ellos y a los/las profesionales que las han impartido, para medir su satisfacción.

Para finalizar, se les entregarán los mismos cuestionarios que fueron pasados al inicio del proyecto sobre habilidades sociales y autoestima, que serán analizados por los/las profesionales posteriormente.