



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Evolución y aplicación de la ocupación en Salud Mental en la Región de Murcia

Autor:

Efrén Valverde Bolívar

Directores:

Dr. D. Agustín Javier Simonelli Muñoz

Dr. D. José Joaquín García Arenas

Murcia, 22 septiembre de 2021



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Evolución y aplicación de la ocupación en Salud Mental en la Región de Murcia

Autor:

Efrén Valverde Bolívar

Directores:

Dr. D. Agustín Javier Simonelli Muñoz

Dr. D. José Joaquín García Arenas

Murcia, 22 septiembre de 2021



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AUTORIZACIÓN DE LO/S DIRECTOR/ES DE LA TESIS
PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D. Agustín Javier Simonelli Muñoz y el Dr. D. José Joaquín García Arenas como Directores de la Tesis Doctoral titulada “Evolución y aplicación de la ocupación en Salud Mental en la Región de Murcia” realizada por D. Efrén Valverde Bolívar en el Departamento de Ciencias de la Salud, **autoriza su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento al Real Decreto 99/2011, 1393/2007, 56/2005 y 778/98, en Murcia a 22 de septiembre de 2021

Dr. D. Agustín J. Simonelli Muñoz
34853044-V

Dr. D. José J. García Arenas
04192978-D

Evolución y aplicación de la ocupación en Salud Mental en la Región de Murcia

Introducción

A lo largo de la historia se ha ido produciendo una evolución en el enfoque y tratamiento de las personas con algún trastorno mental. En la actualidad son cada vez más los recursos que orientan sus intervenciones en el ámbito comunitario, como son los equipos de tratamiento asertivo comunitario (ETAC), intentando con ello minimizar los ingresos hospitalarios.

El establecimiento de rutinas ocupacionales y el fomento de la autonomía e independencia, son partes del tratamiento que reciben las personas con algún problema de salud mental, y es el/la Terapeuta Ocupacional el profesional responsable de su adquisición y entrenamiento. Para ello, es necesario conocer las necesidades de los usuarios y sus objetivos de vida, estableciendo una alianza terapéutica, en donde las intervenciones deben tener una visión holística, teniendo en cuenta los factores que pueden influir en la consecución de las metas propuestas.

Objetivos

Los objetivos de este estudio fueron, conocer la evolución ocupacional en las personas con enfermedad mental, así como la figura del Terapeuta Ocupacional a lo largo de la historia. Otro objetivo que nos planteamos fue identificar cuáles son las principales limitaciones de las personas con TMG y comprobar si la intervención ocupacional tiene algún efecto ayudando a superar o mejorar dichas limitaciones. Por último, conocer si existe estigma hacia las personas con trastorno mental por parte de los profesionales que les atienden y cuáles son los principales factores que influyen en ello.

Metodología

Para lograr los objetivos propuestos, se diseñaron por un lado un estudio descriptivo y otro cuasiexperimental, con una muestra formada por 103 sujetos. Se evaluó el antes y después de la intervención. La herramienta empleada ha sido

el cuestionario WHODAS incluido en el DSM 5, analizado mediante estadísticos como la t de Student y ANOVA y correlación de Pearson.

Otro instrumento empleado fue el listado de intereses, perteneciente al Modelo de Ocupación Humana realizado por Kielhofner; el cual aporta información sobre aquellas actividades que resultan de interés para el usuario. Con las puntuaciones se realizó un sumatorio de frecuencias para cada uno de los cuatro tiempos. El listado fue administrado una vez que el usuario estaba adaptado en la unidad, aproximadamente una semana tras su ingreso, y cuando se producía el alta. Finalmente se recogieron datos sociodemográficos que complementan las anteriores escalas como el sexo, la edad, el número de ingresos en el hospital, el estado civil, los estudios, la situación laboral y la situación familiar.

El método empleado para conocer el estigma de los profesionales de salud mental es un estudio cuantitativo, observacional y descriptivo, se analizó el nivel de estigma que presentan los profesionales mediante el cuestionario de atribución 27, resultando el número final de la muestra de 59 sujetos. Por último, se recogieron las percepciones experimentadas por personas con trastorno mental mediante un grupo de discusión.

Resultados

Dentro de la programación de actividades de la unidad, las que tuvieron una mayor continuidad de participación fueron; la estimulación cognitiva, el taller de cocina, las salidas terapéuticas, la relajación y las actividades creativas. Tras administrar la escala WHODAS, los resultados mostraron que tanto los pacientes como los profesionales indicaban que la Comprensión y Comunicación, la Participación en Sociedad y las Actividades de la Vida Diaria eran las principales limitaciones percibidas. Una vez producida el alta tanto los pacientes como los profesionales valoraron de forma positiva la evolución del ingreso. Con la información aportada por el listado de intereses hemos podido observar como el número de actividades que realizaban ha ido reduciéndose en la actualidad, aunque en el futuro esperan volver a retomar actividades a un nivel similar al de hace 10 años.

Con respecto al estigma, los resultados obtenidos ponen de manifiesto la existencia de actitudes y comportamientos estigmatizadores por parte de los profesionales, predominando los factores de ayuda, piedad, coacción y evitación.

En cuanto a las variables sociodemográficos de la muestra, cabe destacar que el mayor nivel de formación de los profesionales disminuye las actitudes y comportamientos relacionados con el estigma.

Conclusiones

Los programas e intervenciones realizadas desde Terapia Ocupacional junto con los demás aspectos del tratamiento del TMG, han colaborado en mejorar el desempeño y los intereses ocupacionales de los usuarios, favoreciendo una evolución positiva durante el ingreso. No obstante, existen factores, como es el estigma de los profesionales hacia los usuarios que dificulta su recuperación, e impiden tener las mismas oportunidades de recuperación que pacientes con otras patologías.

Palabras Clave

Terapia Ocupacional, Trastorno mental grave, intervención, recuperación, estigma.

Evolution and application of occupation in Mental Health in the Region of Murcia

Summary

Introduction

Throughout history an evolution in the focus and treatment of people with any mental disorder has occurred. Nowadays, more and more resources are aimed at the community environment, as are assertive community treatment teams (ETAC), trying with it minimize hospital entry as well as hospital entry as it happened years back.

The establishment of occupational routines and the promotion of autonomy and Independence are essential parts of the treatment that receive people with any mental disorder, and the Occupational Therapist is the person responsible of their acquisition and training. To this end, it is necessary to know the needs of the users and aims in their lives, thereby establishing a therapeutic alliance. In this alliance interventions have to have a holistic point of view, taking into account the factors that may influence the achievement of the proposed goals.

Aims

This study has several aims. On one hand, we wanted to know the occupational evolution of people with mental disease as well as the figure of the Occupational Therapist throughout history. Another aim was to identify the main limitations of people with severe mental disorders (SMD) and to verify if occupational intervention has any effect helping them to overcome or ameliorate those limitations. Finally, we aimed to know if stigmatization towards people with SMD by mental health professionals takes place in the case of patients they take care of, and which are the main factors that main influence it.

Methodology

To achieve the proposed objectives, a descriptive study and a quasi-experimental study were designed on the one hand, with a sample made up of number was 103 individuals. Parameters were evaluated before and after the intervention. The toll we used was the WHODAS questionnaire included in the

DSM 5, using Student t and ANOVA, single-variant and multi-parametric variants tests as well as linear correlations.

The second tool being used was the whole list of interests belonging to the Model of Human Occupation created by Kielhofner. This model provides with information to the user, being a tool in the Model of Human Occupation as well in Therapeutic Occupation. With these scores we established frequencies for every one of the time points established. The list was administered once adapted to the unit to the patients one week after their entry and, after their release, they were asked if they had carried out any activity interesting to them that they had performed during their stay at the unit. Finally, sociodemographic data were collected complementing the last models such as sex, age, number of entries to the hospital, marital status, level of studies, work situation and family situation.

The method used to know the stigma of mental health professionals is a quantitative, observational and descriptive study, the level of stigma presented by professionals was analyzed through the attribution questionnaire 27, resulting in the final number of the sample of 59 subjects. Finally, the perceptions experienced by people with mental disorders were collected through a discussion group.

Results

Among the different activities programmed in the Unit, those having the most participation continuity were: cognitive stimulation, cooking workshop, therapeutic walks, relaxation and creative activities. After using the WHODAS scale, our results showed that both, patients and professionals indicated that all, Comprehension and Communication, Participation in Society and Daily Life Activities were perceived as the most limiting factors for the patients. Once the release of the patients occurred, both, patients and professionals valued in a positive way the evolution experienced ever since the entry. With the information provided by the interests listing we have been able to observe that the number of activities has been being reduced nowadays, though in the future we expect to retake the activities carried out at a level similar to that happening 10 years ago.

As far as stigmatization is concerned, the results we obtained manifested the existence of stigmatizing attitudes and behavior patterns exhibited by professionals, predominating factors such as help, piety, coercion and avoidance. When the social demographic data of the sample were taken into account we have

to remark that the higher the formation level of professionals, the lower the attitudes and behaviors associated to stigmatization they exhibited.

Conclusions

Programs and interventions carried out according to Occupational Therapy along with the rest aspects within the treatment of SMD, have collaborated to a better performance and occupational interests of the users, promoting a positive evolution from their entry. However, there are factors, such as the stigmatization by mental health professionals towards the users that hinder their recovery and prevent them from the same opportunities of recovery than patients suffering from other pathologies.

Keywords

Occupational Therapy, Severe mental disorder, intervention, recovery, stigmatization.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera empezar dando las gracias a los usuarios y profesionales del Hospital Psiquiátrico Román Alberca por su colaboración, así como a su dirección. Sin ellos este trabajo no hubiera sido posible.

Agradecer a mis directores de tesis Agustín J. Simonelli Muñoz y José J. García Arenas. Gracias por vuestra paciencia, por esas llamadas para desahogarnos, por ese volver a intentarlo y no desistir. Pero sobre todo quería agradecer el esfuerzo, la sabiduría, la experiencia y la dedicación para que este trabajo pudiera salir adelante, gracias Agustín. Echando un vistazo atrás uno se da cuenta de la evolución, de los errores cometidos en los inicios y de la necesidad de volver a corregir para poder avanzar.

Gracias a todos a esos compañeros/as de profesión. Gracias a esos Terapeutas Ocupacionales que de un modo u otro han colaborado en la realización de este trabajo. Quisiera tener una especial mención para mis compañeras Laura e Ilda, mi más sincera gratitud por vuestra ayuda.

Agradecer a Juanjo, Miguel, Araceli y Roberto por su experiencia como doctores y sus consejos. Me habéis acompañado a gestionar esta extraña mezcla de sentimientos que se genera cuando uno inicia una tesis.

A todos esos amigos, a Pilar, M^a José, Trini, Fabián, José Antonio Garrido, M^a Jesús Yáñez, Carmen Heredia, Silvia, Bibi y a todas las Anas...Gracias por esos distendidos ratos de tertulia tan terapéuticos.

A ese pequeño amigo que cada día se hace mas grande, gracias Alberto por todos esos días de juegos que hacen que uno se traslade de nuevo a su infancia y como no, a sus padres, por todos esos ratos acompañados de una amplia y variada gastronomía.

Dar la gracias a ese Ángel de la guarda que de un modo u otro siempre me acompaña. Por esos: ¿te importa leer esto que he escrito?, por esos ¿me revisas la ortografía de este apartado?, por aquellos, estoy pensando que....

Agradecerte Cristina tu ayuda con las traducciones, quien lo diría prima, con lo trasto que era de pequeño con los estudios, que llegaría un día en el que publicaría una tesis.

Gracias a mi familia; todos esos momentos vividos terminan formando parte de lo que uno alcanza.

Y para finalizar, a Canelita, esa perra ladrona de amor; la cual llegó para unos días y finalmente terminó quedándose. Por todos esos días haciéndome compañía como solo ella sabe hacer. Por esos paseos jugando con tu pelota una y otra vez, que resultaron uno de los mejores remedios para liberar tensiones.

“Todos los grandes logros requieren tiempo” (Maya Angelou)

ARTÍCULOS PUBLICADOS

El contenido de esta Tesis Doctoral ha sido parcialmente publicado en los siguientes trabajos:

- Efrén Valverde-Bolívar, José J. García-Arenas, Ilda López Pelegrin, Laura Pérez-Gómez, Manuel Muñoz López, Agustín J. Simonelli-Muñoz (2021). **El estigma de los profesionales de salud mental hacia los usuarios con trastorno mental.** Actas españolas de Psiquiatría. Aceptado, pendiente de publicación.
- Efrén Valverde-Bolívar, Agustín J. Simonelli-Muñoz, José Miguel Rivera-Caravaca, Juana Inés Gallego-Gómez, María Teresa Rodríguez González-Moro, José J. García-Arenas. **La Terapia Ocupacional en el proceso de recuperación del Trastorno Mental Grave. En prensa.**
- Efrén Valverde-Bolívar, Agustín J. Simonelli-Muñoz, Roberto Muelas Lobato, Ilda López Pelegrin, Laura Pérez-Gómez, José J. García-Arenas. **Intervenciones en Salud Mental desde el prisma de la Terapia Ocupacional. En prensa.**

ÍNDICE

AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES.....	5
AGRADECIMIENTOS.....	14
SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	23
I. INTRODUCCIÓN.....	26
II. MARCO TEÓRICO.....	32
2.1 Evolución de la ocupación en salud mental.....	33
2.2 Modelo de Ocupación Humana.....	36
2.3 La Salud Mental en España.....	41
2.4 La Salud Mental en la Región de Murcia.....	43
2.5 El Estigma en Salud Mental.....	46
2.6 La Terapia Ocupacional en Salud Mental.....	49
III. JUSTIFICACIÓN.....	56
IV. OBJETIVOS.....	63
V. ESTUDIOS.....	67
5.1. ESTUDIO I.....	69
5.1.1 Introducción.....	71
5.1.2 Método.....	72
5.1.3 Resultados	78
5.1.4 Discusión	82
5.2. ESTUDIO II.....	85
5.2.1 Introducción.....	87
5.2.2. Método	88
5.2.3. Resultados	91
5.2.4. Discusión	96
5.3. ESTUDIO III.....	98
5.3.1 Introducción.....	100
5.3.2 Método.....	102
5.3.3 Resultados.....	104
5.3.4 Discusión.....	111

VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	115
VII. LIMITACIONES.....	125
VIII. LÍNEAS FUTURAS.....	132
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
ANEXOS.....	162

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Descripción de las intervenciones y objetivos.....	75
Tabla 2. Participación de los sujetos en las intervenciones ocupacionales durante la estancia en el centro.....	78
Tabla 3. Efectos simples del tiempo en los diferentes factores del WHODAS según la autoevaluación de los pacientes.....	79
Tabla 4. Efectos simples del tiempo en los diferentes factores del WHODAS según la evaluación del profesional.....	80
Tabla 5. Interacción entre el tiempo y el evaluador en los diferentes factores del WHODAS.....	80
Tabla 6. Descripción de las intervenciones y objetivos.....	89
Tabla 7. Variables descriptivas.....	92
Tabla 8. Correlaciones bivariadas de Pearson entre la edad, los ingresos previos, los estudios y el listado de intereses.....	93
Tabla 9. Correlaciones bivariadas de Pearson entre los factores del WHODAS en el ingreso, en el alta y las actividades	95
Tabla 10. Factores de Atribución (AQ27).....	104
Tabla 11. Datos Sociodemográficos Profesionales.....	105

Figura 1. Modelo de Ocupación Humana.....	39
Figura 2. Factores del estigma entre los profesionales.....	106
Figura 3. Factores del estigma según género.....	106
Figura 4. Factores del estigma según la edad.....	107
Figura 5. Factores del estigma según categoría profesional.....	108
Figura 6. Factores del estigma según tiempo trabajado.....	109
Figura 7. Factores del estigma según recursos.....	110

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I. Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.....	162
Anexo II. Presentación del estudio y la hoja de datos sociodemográficos (estigma profesionales).....	163
Anexo III. Cuestionario de Atribución 27 (Corrigan et al. 2003).....	164
Anexo IV. Hoja de información al paciente.....	167
Anexo V. Declaración de consentimiento informado	169
Anexo VI. Datos Socio-Demográficos.....	170
Anexo VII. Listado de intereses adaptado Kielhofner,. (1983).....	171
Anexo VII. Cuestionario WHODAS 2.0.....	173
Anexo IX. Grupo de discusión.....	176
Anexo X. Traducción al inglés del estudio I, (En prensa).....	183
Anexo XI. Traducción al inglés del estudio III, adaptado a la revista Actas de Psiquiatría.....	196

SIGLAS

AQ27: cuestionario de Atribución-27
AUX: Auxiliar de enfermería
AVD: Actividades de la Vida Diaria
BOE: Boletín Oficial del Estado
CC: Comprensión y Comunicación
CARM: Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
CMA: Capacidad para Moverse a su Alrededor
CP: Cuidado Personal
CRSM: Centro de Rehabilitación de Salud Mental
DT: Desviación Típica
DUE: Enfermería
ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España
ETAC: Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario
HD: Hospital de Día
HPRA: Hospital Psiquiátrico Román Alberca
ISOL: Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial
LOPS: Ley Ordenación de las Profesiones Sanitarias
M: Media
MOHO: Modelo de Ocupación Humana
OMS: Organización Mundial de la Salud
PIR: Plan Individual de Recuperación
PPT: Programa de Pisos Terapéuticos
PQ: Psiquiatra
PS: Psicólogo
PS: Participación en la Sociedad
RP: Relación con otras Personas
SMS: Servicio Murciano de Salud
SM: Salud Mental
SPSS: Programa estadístico empleado para el análisis de datos
TAC: Tratamiento Asertivo Comunitario

TAD: Trabajo y Actividades Diarias

TMG: Trastorno Mental Grave

TO: Terapeuta Ocupacional

TS: Trabajo Social

UCE: Unidad de Corta Estancia

UDIF-SM: Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental

ULE: Unidad de Larga Estancia

URME: Unidad Regional de Media Estancia

WHODAS: Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud

I - INTRODUCCIÓN

I - INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se ha estructurado en tres partes que se irán desarrollando a lo largo de la tesis.

En la primera se realizó un recorrido histórico, donde se analizó la evolución de la salud mental y con ella, el tratamiento desde un punto de vista ocupacional. Trataremos los principios del modelo de Ocupación Humana, del cual hemos extraído el cuestionario “listado de intereses” para nuestra investigación. Realizaremos un recorrido sobre la evolución de la salud mental en España, haciendo una especial mención a la Región de Murcia. Trataremos el estigma que padecen aquellas personas con algún problema de salud mental, siendo este un factor a trabajar por los diferentes profesionales. Por último, nos centraremos en la situación de la Terapia Ocupacional en España y el papel desempeñado en el ámbito de la salud mental.

Para la siguiente parte del trabajo, se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental en el que intervinieron tres factores: Un factor intrasujetos, el tiempo (evaluación antes vs. después de la intervención), otro entresujetos (autoevaluación del paciente vs. evaluación del profesional y viceversa) y otro factor intra y entresujetos, sus circunstancias sociodemográficas (en las que se evalúan tiempo (ingreso vs. alta) y autoevaluación del paciente y del profesional). La variable dependiente fue el desempeño ocupacional de las personas con algún Trastorno Mental Grave (TMG), ingresadas en la Unidad Regional de Media Estancia (URME) del Hospital Psiquiátrico Román Alberca (HPRA). Durante el desarrollo de este trabajo se recogieron las actividades de interés para los usuarios.

La última parte del estudio se realizó con los profesionales de la salud mental de los diferentes recursos asistenciales del HPRA, con el objetivo de conocer sus actitudes y pensamientos hacia las personas con trastorno mental. Este estudio estaba constituido por una ficha de datos sociodemográficos, un cuestionario sobre los factores del estigma y un grupo de discusión, que se realizó con personas diagnosticadas con alguna enfermedad mental y que habían recibido tratamiento en los diferentes recursos de salud mental. De este grupo de discusión, se recogieron percepciones y experiencias vividas por los usuarios

referentes a los factores del estigma que presentaban los profesionales de salud mental que les atendieron durante el tratamiento. Finalmente se establecerá una comparativa entre los datos obtenidos del cuestionario administrado a los profesionales y las vivencias de los usuarios.

Para finalizar se desarrolla la discusión, conclusiones, limitaciones de los trabajos realizados y posibles futuras líneas de investigación.

II – MARCO TEÓRICO

2.1 - EVOLUCIÓN DE LA OCUPACIÓN EN SALUD MENTAL.

La visión de la salud mental ha ido modificándose a lo largo de los años; para tratar de comprender y abordar los problemas asociados es necesario profundizar en los cambios que se han ido produciendo. Remontándonos a la Edad Media, las personas recurrían a brujas, magos o curanderos con la finalidad de intentar dar respuesta a problemas de distinta índole. Destacar que la mayoría de las personas acusadas de brujería solían ser mujeres, las cuales posiblemente eran ancianas con alguna enfermedad neurológica como demencia, epilepsia o problemas de salud mental. La Edad Media fue una época de pobreza y hambruna, donde las enfermedades castigaron duramente a la población, vinculándose la pobreza con la locura (Pileño et al., 2003). Debido a las carencias que presentaba la población de entonces nacen los “hospitales medievales”. A través de este tipo de hospitales, se llevaban a cabo unos cuidados básicos donde se intenta cubrir unas necesidades de higiene y alimentación. Para dar respuesta a los enfermos que presentaban problemas de salud mental se crea en Valencia en el año 1400 el primer hospital psiquiátrico, que recibe el nombre de “Hospital de inocentes” (López, 2008), el religioso Fray Juan Gilabert Jofre se volcó con la atención a las personas desfavorecidas, entre ellos los que padecían problemas mentales. En esta institución, se consideraba que el trabajo era parte de su tratamiento, por lo que se evitaba que los enfermos estuvieran inactivos. Existían tareas destinadas a los hombres y otras diferentes para las mujeres. Posteriormente, se fueron creando otros centros hospitalarios similares en Zaragoza, Sevilla, Toledo, y Valladolid.

Durante el siglo XVIII (Pileño et al., 2003), se comienzan a producir cambios en este tipo de hospitales medievales, hasta entonces era el responsable de la congregación religiosa quien decidía el ingreso y el alta, pero es a partir de esta época empieza a ser el médico quien certificaba el ingreso o salida de los enfermos y la locura se asocia con alteraciones morales, factores de vida, relaciones familiares, etc. Se proponen medidas para mejorar las condiciones higiénicas de la población y prevenir enfermedades. Pero será a finales de este siglo cuando se comienza a tener un trato más cercano y humano, consiguiéndose mejorar las condiciones de estos pacientes. Se comienzan a introducir nuevas técnicas de tratamiento que darán lugar al paradigma del “tratamiento moral”. Entre sus precursores (González, 1998) encontramos:

- Vincenzo Chiarugi (1759-1820), en su obra narra una serie de pautas para la intervención con los pacientes, cuyas terapias deben ser basadas en la comprensión y en el tacto.
- William Tuke (1732-1822), creó una “casa-hogar” donde los enfermos mentales eran tratados con delicadeza y ocupaban su tiempo en actividades lúdicas y creativas.
- Philippe Pinel (1745-1826), se caracteriza por eliminar las cadenas de los manicomios e introducir la comunicación, las relaciones sociales, entretenimiento y la ocupación como partes del tratamiento.

Los principios del tratamiento moral (P. Ryan. 1981) se basan en:

- Eliminación de las contenciones físicas, reduciéndolas a casos puntuales donde existiera riesgo de daño para el paciente o para otros.
- Reducción del estigma, fomentado para ello la interacción entre el personal y los pacientes, con un trato más cercano y familiar.
- La actividad como terapia, se busca que los pacientes se sientan útiles mediante la realización de actividades de carácter creativo.
- Fomento de hábitos saludables, manteniendo rutinas de higiene y limpieza que debían seguir los pacientes.

Podríamos decir que las bases del tratamiento moral eran ofrecer mejores condiciones para los enfermos mentales, facilitar la interacción social y la utilización de actividades creativas como terapia. Esto supuso un importante avance con respecto a los tratamientos y terapias empleadas hasta entonces, con los nuevos planteamientos de intervención, se observó que aquellos enfermos que participaban en los talleres y trabajos tenían una mejor evolución que aquellos pacientes que permanecían inactivos (Licht S, 1948). La época socio-histórica en la que comienza a formarse este paradigma, se vincula con la Segunda revolución industrial, comprendida entre los años 1850 y 1914. Siendo la ocupación el eje central de la disciplina, consolidándose en 1917 con la fundación de la National Society for the Promotion of Occupational Therapy (Quiroga, 1995). Estos cambios filosóficos y los principios éticos del tratamiento moral, sirvieron a Adolf Meyer para escribir las bases de la Terapia Ocupacional (Morrison et al., 2011); considerando que las personas que padecían un deterioro físico como consecuencia padecían también un deterioro mental y a la inversa.

William Rush Dunton, es considerado el padre de la profesión por la enorme influencia y gran difusión que proporcionó a la Terapia Ocupacional (T.O), la cual define como una disciplina con un enfoque humanista, cuya base está formada por actividades cotidianas, con ocupaciones creativas y recreativas con la finalidad de restablecer la salud mental. (Dunton, 1917).

El papel de la mujer en esta época (S.XX) es fundamental, recayendo sobre ellas el ejercicio de la profesión. Una de las fundadoras de la disciplina fue *Eleanor Clarke Salgle*, quien trabajó a favor de la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad (Sanz, R et Rubio, C. 2011). Otra figura relevante fue Susan Tracy, quien escribió el primer documento de T.O y comenzó a formar a profesionales aplicando el “Tratamiento Ocupacional” a enfermos hospitalizados (Morrison, R et Vidal, D. 2011). Las aportaciones de *Mary Reilly* fueron también de gran relevancia, formulando la teoría “*Comportamiento ocupacional*”, donde nos invita a reflexionar sobre el desempeño y el modo de comprender a los usuarios (Schell et al., 2003). *Jean Ayres*, continuó desarrollando estas ideas y las aportaciones de ambas son consideradas como las primeras teorías que se centran en la ocupación, empleadas por los terapeutas ocupacionales (Morrison J. et al. 2011). Basándose en las teorías de *Reilly* y teniendo en cuenta las aportaciones de *Nelson; Kielhofner y Burke* formulan el *Modelo de Ocupación Humana*, considerando que la T.O tiene un papel como ciencia aplicada (Kielhofner, 2006). Siguiendo este modelo, las intervenciones no se centran únicamente en “aspectos individuales” o “aislados” de la persona, sino que se tienen en cuenta todos aquellos elementos que influyen a nivel ocupacional. Por tanto, se tienen en cuenta factores culturales, económicos, sociales, políticos, sanitarios, etc. (Kielhofner, 2004).

2.2 MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA

El Modelo de Ocupación Humana (MOHO) es un modelo centrado en el cliente; cada cliente es un individuo único cuyas características determinan el argumento y naturaleza de los objetivos y estrategias de la terapia ve lo que cada cliente hace, piensa y siente como el mecanismo central del cambio, (Kielhofner, 2002). Visualiza a los seres humanos como sistemas dinámicos, auto-organizados; de modo que siempre evolucionan y cambian en el tiempo. Los seres humanos al participar en tareas de trabajo, tiempo libre, y de la vida diaria, mantienen, reafirman, forman y cambian sus capacidades y creencias.

La participación ocupacional surge de la relación entre la persona con las condiciones del ambiente, siendo la ocupación parte de la condición humana, además de todos aquellos aspectos que caracterizan al ser humano (Kielhofner, 2004).

El MOHO fue el primer modelo conceptual de terapia ocupacional que incorpora ideas de la teoría de sistemas, entendiendo al ser humano como un sistema abierto, en donde la persona se compone de 3 subsistemas: de volición, habituación, y capacidad de desempeño. Cada uno de estos subsistemas tiene su propia estructura e interactúa con los otros.

La **volición** se refiere al proceso por el cual las ocupaciones son motivadas y elegidas. Las elecciones que la persona realiza para actuar son vistas como el resultado de la propia volición. Dentro del subsistema de volición se incluyen los valores, la causalidad personal, y los intereses. Estos se relacionan con lo que uno considera importante y juntos constituyen el contenido de nuestros sentimientos, pensamientos y decisiones acerca de la participación en las ocupaciones (Forsyth & Kielhofner, 2003; Willard & Spackman, 2011).

- La causalidad personal se refiere al propio sentido de competencia y experiencia, lo que las personas creen sobre su propia efectividad. Incluye el propio conocimiento de capacidad, reconocimiento y actitud en relación a las capacidades actuales y potenciales o futuras. Dentro de la causalidad personal encontramos el sentido de eficacia, formado por la percepción de control de su propio desempeño y el logro de los resultados de desempeño esperados.

Estos sentimientos de eficacia y logro van a influir en las ocupaciones que se eligen, tendiendo a seleccionar aquellas que se adapten a nuestras capacidades y evitando las no conocidas o aquellas en las que no se posean las habilidades requeridas. Cada ser realiza una autoevaluación en base a sus capacidades para seleccionar unas u otras actividades (Forsyth & Kielhofner, 2003; Kielhofner, 2004).

- Los valores, se refieren a lo que uno considera que es lo correcto, influyendo estos en la elección de las ocupaciones que se realizan. Según el tipo de vida que la persona está construyendo, se buscan unos valores u otros. Los valores producen emociones referentes a cómo debe ser la vida y, por tanto, a cómo uno debe comportarse. Estos están relacionados con el contexto, la cultura y la sociedad, siendo aprendidos desde la infancia y evolucionando a lo largo del desarrollo personal (Forsyth & Kielhofner, 2003; Kielhofner, 2004).

- Los intereses, reflejan aquello con lo que la persona disfruta independientemente de la índole de la actividad. Los intereses van a depender de las oportunidades que ofrezca nuestro entorno, facilitando o limitando determinadas ocupaciones. Conforme vamos acumulando experiencias, vamos conformando también nuestros intereses (Forsyth & Kielhofner, 2003; Kielhofner, 2004).

La causalidad personal, los valores y los intereses expresan una confluencia de pensamiento y sentimiento acerca de cómo actuamos, con lo que disfrutamos y la importancia de lo que hacemos. Deseamos ser competentes con aquellas cosas que realizamos y que valoramos. Tendemos a disfrutar con aquellas cosas que hacemos bien y, por el contrario, nos genera malestar cuando no conseguimos o alcanzamos aquellas que consideramos son importantes (Forsyth & Kielhofner, 2003; Kielhofner, 2004).

La **habituación** es el siguiente subsistema, este se refiere a la adquisición y ejecución de ciertos patrones constantes de desempeño ocupacional en ambientes o situaciones similares. Estas rutinas son reguladas por los hábitos y roles.

- Los hábitos permiten que el desempeño ocupacional evolucione en un modo automático. Para la formación de los hábitos, hemos de repetir la acción aprendida y el ambiente debe mantener unas características similares. La mayor parte de las acciones que realizamos a lo largo del día, son hábitos que hemos creado (Forsyth & Kielhofner, 2003; Kielhofner, 2004).

- Los roles, conforman una posición social definida, conllevando un conjunto de actitudes y comportamientos. Los comportamientos van a estar ligados al rol asumido y es a través de la socialización el modo en que logramos interiorizar los roles. Cada uno puede desempeñar diferentes roles, como hijo, padre, trabajador, deportista, etc (Forsyth & Kielhofner, 2003; Kielhofner, 2004).

Los hábitos y los roles, nos permiten reconocer características y situaciones en el ambiente y responder de un modo automático a ellas. Nuestra participación ocupacional pertenece a un patrón conocido de la vida diaria.

Las **capacidades de desempeño**, este subsistema trata del desempeño humano; está formado por estructuras biológicas y habilidades cognitivas que permiten la organización de habilidades y puesta en marcha de comportamientos con un propósito. El modelo clasifica estas habilidades en 3 tipos:

- Las habilidades perceptivo-motoras; su función es la de seleccionar e interpretar la información sensorial y llevar a cabo movimientos coordinados dirigidos.

- Las habilidades de procesamiento; interactúan con los hechos que suceden en el entorno, mediante las funciones que sirven para la planificación o resolución de problemas.

- Las habilidades de comunicación e interacción; se refieren a aquellas habilidades que se emplean para relacionarse e interactuar con la gente (Kielhofner & Nicol, 1989; Willard & Spackman, 2011).

El desempeño ocupacional es el resultado de la interacción de la persona con el ambiente (Dunning, 1972). No podemos entender la intervención centrada en el cliente sin comprender el contexto donde la persona se desenvuelve. El ambiente en el cual uno desempeña ocupaciones es una combinación de aspectos físicos y sociales. Estos contextos ocupacionales están compuestos por espacios, objetos, formas ocupacionales y/o grupos sociales que constituyen un contexto significativo para el desempeño. Según Kielhofner (2004) el ambiente puede definirse como "las características físicas y sociales particulares del contexto específico en el cual realiza una acción, que tiene impacto sobre lo que se hace y sobre el modo en que se hace". A continuación, en el siguiente gráfico se representan los subsistemas del modelo y su interacción entre ellos.

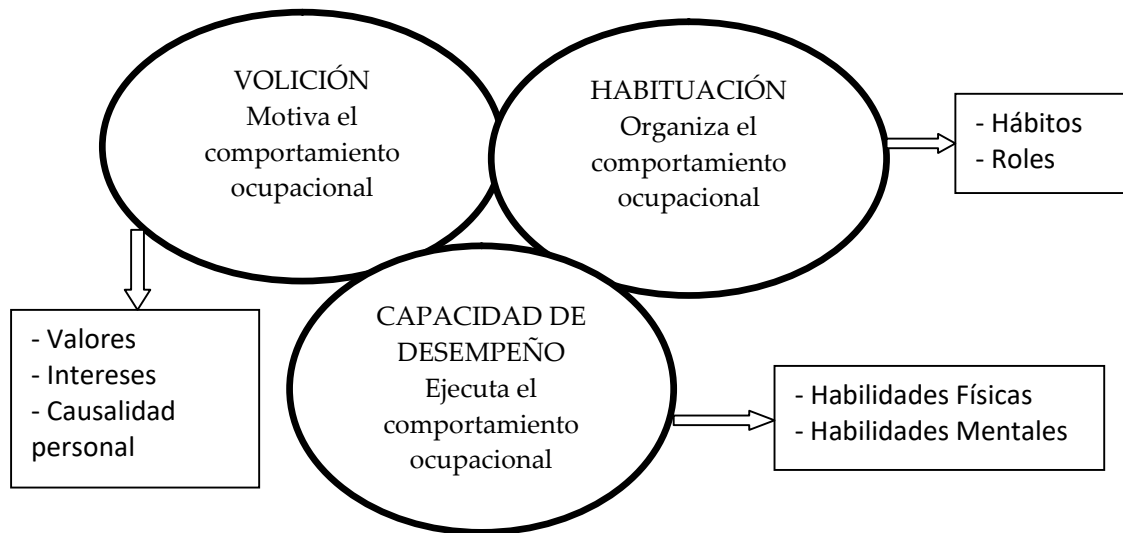


Figura 1. Modelo de Ocupación Humana (Willard & Spackman, 2011)

Para este modelo, el ambiente está constituido por 3 elementos que son la cultura, el ambiente físico y los grupos sociales.

- La cultura incluye costumbres y creencias, patrones de la actividad, conductas aceptadas y aquellas inapropiadas, así como las expectativas creadas por la sociedad en las que se integra la persona.

- El ambiente físico está formado por espacios naturales, espacios construidos y por los objetos que en ellos se encuentran. Nuestras ocupaciones están vinculadas al ambiente y sus objetos, como ocurre en la universidad, el supermercado, la cocina de nuestra casa, etc. A cada uno de estos ambientes se le puede ligar una ocupación diferente.

- El ambiente social lo conforman los grupos de personas con las que interactuamos y las ocupaciones que realizamos con los integrantes de dichos grupos. Dentro de los grupos, cada integrante desempeña un rol que sigue unas normas dependiendo del ambiente del grupo (ej.: núcleo familiar). Las ocupaciones que se establecen en el grupo deben ser coherentes con la dinámica de funcionamiento establecida (Forsyth & Kielhofner, 2003; Kielhofner, 2004).

El MOHO entiende la persona como un sistema dinámico y en continuo cambio en el que interactúan la volición, la habituación y la capacidad de desempeño. Donde existe una interacción constante con los diferentes ambientes

que demandan y/o brindan oportunidades de participación ocupacional a las personas y grupos.

Los instrumentos de evaluación que emplean este modelo para recabar información son los siguientes (Kielhofner & Igi, 1980):

- Entrevista Histórica del Funcionamiento Ocupacional (OPHI I y II).
- Gráfico de vida.
- Autoevaluación del funcionamiento Ocupacional (OSA).
- Cuestionario Volicional.
- Escala Volicional.
- Listado de Intereses.
- Listado de roles.
- Esquema de Habitación.
- Evaluación de Habilidades Motoras y de Procesamiento (AMPS).
- Evaluación de Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS).
- Entrevista del Rol del Trabajador.
- Escala del Perfil Laboral.

2.3 LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA

La asistencia psiquiátrica a través de la historia se ha ido modificando y evolucionando dependiendo fundamentalmente de los cambios que se han producido a nivel legislativo, que a su vez se han visto transformadas con los cambios políticos que se han ido sucediendo en los períodos que nos ocupan (Rangel, 2012). Las Guerras Civiles y las Dictaduras supusieron un importante freno en dicha evolución, tanto en el terreno de la asistencia como en la concepción de la enfermedad mental (Amarante, 1995). La Reforma Psiquiátrica supuso una época de lucha en contra de los manicomios, un marco histórico y político que apunta cambios de paradigmas en la asistencia y en la formación de los recursos humanos en psiquiatría (Amarante, 1995; Oliveira 2003), sobre todo en la forma de entender la rehabilitación psicosocial, alejándola de aquellos principios ligados al manicomio (Assumpta, 2010). Este nuevo enfoque se instauró en España en la década de los 80 con la Ley General de Sanidad de 1986 (Ministerio de Sanidad y Consumo).

Los variados y acelerados cambios en la organización social ocurridos en las últimas tres décadas, invitaron a una redefinición interna de la práctica profesional hacia una perspectiva más humanística (Horwitz, 2004). Entendiendo la necesidad de iniciar el proceso desde la prevención, a partir del diagnóstico, que permita prever las necesidades futuras de la persona y desarrollar los recursos necesarios para su inclusión en la sociedad, evitando el deterioro en las distintas áreas de su vida (Assumpta, 2010).

En España, se han ido desarrollando de manera creciente los diferentes recursos necesarios, aunque continúan siendo insuficientes. La intención era buscar romper la marginación de la asistencia a las personas con algún trastorno mental, integrando todos los servicios de salud mental en el sistema sanitario general como atención especializada, en conexión con la atención primaria y coordinada con los servicios locales de atención social. La organización de la sanidad en Áreas Sanitarias va a permitir incorporar en una sola red los recursos que permitían el trabajo comunitario (Desviat, 2011).

Los servicios de psiquiatría pasaron a llamarse servicios de salud mental. La nueva organización priorizó desarrollar una red de recursos sanitarios,

preparando a los usuarios para vivir en la comunidad, con énfasis en la rehabilitación psicosocial. Se desarrollaron unidades y programas de hospitalización parcial, atención ambulatoria, atención domiciliaria, rehabilitación psiquiátrica y alternativas residenciales a la larga estancia psiquiátrica (pisos supervisados, miniresidencias, residencias de salud mental). Además, se crearon unidades en los hospitales generales y se procuró la disminución de camas y el progresivo cierre de los hospitales psiquiátricos (Assumpta, 2010).

Después de más de dos décadas de desarrollo, no cabe duda de la mejora de la atención psiquiátrica en España, con el logro de derechos como la vivienda, el trabajo, el empoderamiento y también la elaboración del concepto de recuperación. El desarrollo de la reforma se ha producido de un modo desigual debido a las características del Estado de las Autonomías y a las propias del subsistema de salud mental (Desviat, 2011; Assumpta, 2010).

2.4 LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE MURCIA

La historia de la Salud Mental en la Región de Murcia (Servicio Murciano de Salud [SMS], 2006), comienza en 1820 con la aprobación de la 1ª Ley de Beneficencia (Asistencia Psiquiátrica depende de las Juntas Municipales). La asistencia se centra en la primera institución Psiquiátrica llamada “Casa de Recogidas”.

En 1849 coincidiendo con la 2ª Ley de Beneficencia se construye el “Departamento de Dementes”. Durante este periodo no hay constancia de la existencia de consultas o de tratamiento ambulatorio.

A finales del siglo XIX se traspasan las competencias de la asistencia psiquiátrica a las provincias/Diputaciones y se crea el primer Manicomio Provincial. Desde entonces y hasta el inicio de la Reforma Psiquiátrica en Murcia, la asistencia psiquiátrica estuvo centrada en el Hospital Psiquiátrico Provincial.

En los sesenta, el antiguo INSALUD inicia la asistencia ambulatoria psiquiátrica. En el año 1966 se inaugura el Manicomio Provincial (nuevo Hospital Psiquiátrico). Se incorporan nuevas técnicas terapéuticas y se aproxima al modelo de institución terapéutica y rehabilitadora. Se inicia el tratamiento ambulatorio con los llamados “Dispensarios de Higiene Mental” y se pasa consulta en dependencias de Sanidad y Cruz Roja.

En la primera mitad de los ochenta se inicia el proceso de transformación de la asistencia a la salud mental en Murcia con el desarrollo de una red comunitaria de centros de salud mental formada por equipos multidisciplinares (SMS, 2010). Se abren unidades de salud mental extrahospitalarias y las primeras unidades psiquiátricas hospitalarias en hospitales generales.

Entre los años 1986 y 1987 se produce la división del Hospital Psiquiátrico en dos áreas, una denominada Hospital Psiquiátrico “Román Alberca” dependiente de la Consejería de Sanidad y otra denominada Residencia “Luis Valenciano” dependiente de Servicios Sociales.

En 1988 se publica las “Bases para un Plan de Transformación de la Asistencia Psiquiátrica y Atención a la Salud Mental de la Región de Murcia” (SMS, 2006/2010). En los años noventa se crea el Servicio Murciano de Salud, produciéndose el mayor desarrollo de los programas asistenciales. Otro hito importante es que se sectoriza la asistencia psiquiátrica; esto permite que los Centros de Salud Mental atiendan a toda la población, y que la demanda se canalice a través de Atención Primaria.

Siguiendo directrices del programa de acción para el impulso y mejora de la salud mental en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) para el periodo comprendido entre 2019-2022, la Región está dividida en la actualidad en nueve Áreas sanitarias territoriales, las cuales están delimitadas por criterios exclusivamente geográficos, presentando desigualdad de recursos entre Áreas. Actualmente, está planteándose como línea de trabajo, el subsanar estas carencias desde el principio de equidad.

Basándose en anteriores Planes de Salud y con la finalidad de dar respuesta a las necesidades referentes a la Salud Mental (SM), este programa de acción tiene como misión: “organizar la asistencia en Salud Mental en torno a un modelo que reconozca todos los derechos y responsabilidades de ciudadano a las personas que presentan un trastorno mental, con actuaciones dirigidas a la normalización e integración plena en la sociedad, evitando su exclusión y considerando al paciente el centro del sistema” (Programa de acción para el impulso y mejora de la salud mental en la CARM, 2019-2022).

Para dar respuesta a estas necesidades se proponen los siguientes objetivos y líneas de trabajo:

- Entender la organización de la asistencia sanitaria en la SM bajo la influencia de una creciente conciencia de ciudadanía y de sensibilidad hacia el respeto a los derechos humanos.
- Integrar la promoción y prevención de los trastornos mentales, así como el tratamiento, y coordinación entre instituciones y dentro de las mismas, fomentando la recuperación, inserción social y laboral de las personas con trastornos mentales. Acercar y adecuar los recursos sanitarios a las necesidades de la población en cada una de las Áreas de Salud.
- Establecer un marco director del desarrollo de la atención sanitaria a la SM a corto y medio plazo que haga factible el diseño de un Plan de SM para la CARM.

Las Líneas Estratégicas consideradas son:

1. Promoción de la SM y Prevención del trastorno mental.
2. Mejora de las Prestaciones
3. Asegurar la Continuidad de Cuidados.
4. Avanzar en la participación de la Ciudadanía: *luchar contra el estigma* y velar por los derechos de las personas para las que trabajamos.
5. Reforzar la Gestión del conocimiento.

Una de las estrategias prioritaria para lograr estos objetivos es a través de la Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM) cuya finalidad está enfocada a introducir cambios y mejorar la calidad asistencial en la organización sanitaria al servicio de los ciudadanos.

2.5 EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL

El estigma es un atributo profundamente desacreditante para quien lo posee, lo que lleva a que la persona sea considerada como casi inhumana (Goffman, 1963). En su trabajo, Goffman identificó tres tipos de estigma:

1. Las abominaciones corpóreas
2. Las manchas del carácter
3. Las asociaciones tribales

Las primeras se encuentran asociadas a formas de deformidad física de una persona. Las segundas se refieren a la voluntad de la persona o a su forma de ser. Las terceras, están relacionadas al linaje o al grupo de pertenencia de la persona. De estas tres categorías del estigma, los problemas de salud mental han estado generalmente asociados a las manchas del carácter.

La representación del estigma y el rol del estigmatizado, tal y como se concibe hoy en día, es un producto social que se ha ido construyendo a lo largo de la historia. De hecho, en cada sociedad y período histórico se encuentran problemas que simbolizan esa construcción de lo marginal que acaban convirtiéndose en un reflejo de esa sociedad (Marichal y Quiles, 2000).

Aunque utilizamos únicamente el término “estigma”, parece claro que con él hacemos referencia a un complejo conjunto de aspectos interrelacionados pero diferenciables, tanto por sus efectos como por sus posibilidades de intervención (López et al., 2009). Así, con esa palabra de origen griego y que hace referencia a una “marca” o “señal” que identifica a determinados grupos y personas concretas que son objeto habitualmente de un cierto “descrédito” social (Goffman, 1963), hacemos referencia al menos a tres tipos de fenómenos (López et al., 2009):

a) Un conjunto de actitudes sociales negativas hacia el grupo y las personas que lo integran y que, con distintas intensidades y matices, podemos detectar en una parte importante de la población; actitudes que, a su vez, incorporan una triple dimensión cognitiva, afectiva y conductual o conativa que resumimos respectivamente con los términos “estereotipo”, “prejuicio” y “discriminación”, si bien a este último aspecto preferimos denominarlo “propensión a la discriminación”, para diferenciarlo del aspecto siguiente.

b) Una serie de consecuencias objetivas, directas e indirectas, que tienen también formas de anclaje institucional y determinan en conjunto distintos tipos de discriminación hacia dichas personas.

c) Y una serie de repercusiones subjetivas que el proceso tiene sobre quienes lo padecen, que englobamos bajo el término “autoestigma” y que incluyen la interiorización de las imágenes sociales negativas, la disminución de su autoestima y diversos mecanismos de defensa frente a la discriminación.

En el estigma asociado a la enfermedad mental se han diferenciado tres niveles que interactúan entre sí: estructural, social e internalizado (Corrigan, 2000; Corrigan y Watson, 2004; Muñoz, 2011).

El estigma estructural o institucional se refiere a las discriminaciones existentes a nivel estructural en leyes e instituciones (Corrigan, Roe y Tsang, 2011).

Por otra parte, el estigma social o público se refiere al estigma de la población general respecto a distintos grupos o características de las personas. Desde esta perspectiva se han estudiado los efectos del estigma en distintos grupos y situaciones: entre los familiares de las personas con enfermedad mental (Angell, 2005), los profesionales de la salud mental (Gray, 2002; Lauber, 2004), el ámbito laboral (Marwaha y Johnson, 2004), los medios de comunicación (Angermeyer y Matschinger, 2003) o la población general (Crespo et al, 2007). Finalmente, el estigma internalizado se refiere al estigma que asume cada persona (Corrigan, Larson y Kuwabara, 2008; Livingston, 2010).

La literatura sobre el estigma indica que los profesionales que ofrecen tratamiento a personas con trastorno mental también manifiestan actitudes y comportamientos estigmatizantes que pueden afectar los servicios que brindan, suponiendo un obstáculo en la búsqueda y adherencia al tratamiento y en la recuperación de sus pacientes (Polanco et al., 2013; Ebrahimi, 2012).

A pesar de existir una mayor conciencia sobre la naturaleza médica de las enfermedades psiquiátricas, un número importante de profesionales de la salud siguen sintiendo que los pacientes psiquiátricos son inferiores a los demás y considerando la reclusión psiquiátrica como una forma de castigo, llegando a dejar de cuestionarse el bienestar emocional del paciente (Pande, 2011). Esto es consecuencia del desconocimiento sobre las causas y características de este trastorno y las ideas erróneas o estereotipadas que muchos profesionales comparten con la población general sobre la peligrosidad e incurabilidad (Magliano et al., 2012). Sin embargo, el nivel de estigma en los profesionales

sanitarios disminuye en cuanto aumenta el grado de cercanía; los profesionales que tienen parentesco o conviven con una persona con trastorno mental, tienen menos prejuicios y discriminación contra los usuarios. Cuando se aumenta el contacto con las personas con trastornos mentales, se tiene un mayor éxito en el tratamiento (Ebrahimi, 2012). También existen variaciones en cuanto al nivel de estigma según el tipo de profesión (Polanco et al., 2013).

El estigma de los profesionales sanitarios hacia los enfermos mentales se pone de manifiesto en las percepciones de sus pacientes, que refieren con frecuencia sentirse etiquetados y marginados por los profesionales de la salud (Liggins y Hatcher, 2005), siendo habitualmente objeto de falta de respeto y mala atención en los servicios sanitarios generales (Magliano et al., 2012). De hecho, a menudo reportan dificultades respecto a cómo el personal de atención sanitaria los trata en cuanto a sus actitudes negativas, percibiendo rechazo por su parte o un trato inadecuado (Struch, 2008), así como un menor nivel de atención. Estos procesos regidos por lógicas institucionales acaban resultando en la mayoría de los casos la principal causa generadora de estigma (Velasco, 2103).

Las estrategias más utilizadas en la lucha contra el estigma son: la protesta, la educación y el contacto social. La primera tiene una efectividad inicial, pero suele disminuir con el paso del tiempo. Las otras dos restantes y especialmente el contacto social es la que tiene mayor y mejores resultados debido a que permite romper con ideas erróneas y se mantienen durante más tiempo (López, 2008).

2.6 LA TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL

Anteriormente, se ha señalado la importancia que tuvo el paradigma del tratamiento moral para la gestación de la terapia ocupacional. En la actualidad esta disciplina conserva esos mismos principios (Meyer, 1922), donde el individuo forma parte activa de su tratamiento, teniendo una perspectiva holística de él. Se busca alcanzar la mayor autonomía y calidad de vida, empleando para ello la ocupación (Pérez de Heredia et al., 2007). No obstante, las necesidades de la población se han ido modificando a lo largo del tiempo y la visión del enfermo mental está empezando a cambiar. Los nuevos tratamientos y la creación de dispositivos adaptados a las actuales demandas permiten un mayor nivel de recuperación (Harrow, 2014), permitiendo por tanto conservar una mayor autonomía en las diferentes esferas de su vida (Desisto, 1995). Realizando una mirada retrospectiva vemos que en la actualidad hay un importante avance en el campo de la salud mental, pero aun sigue siendo insuficiente. En los datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad (2012), se estima que el 8,5% de la población tiene alguna discapacidad y en un 20% de los hogares reside al menos una persona con alguna discapacidad. Centrándonos en los problemas relacionados con la salud mental, según los resultados de la ENSE (2017), el 10,8% de la población de más de 15 años refieren haber sido diagnosticadas de algún trastorno mental; siendo las mujeres las que presentan problemas de salud mental con mayor frecuencia (14,1%) frente a los hombres (7,2%). La ocupación es un factor que influye en la prevalencia de enfermedades mentales como es la depresión, siendo 2,5 veces más frecuente entre quienes se encuentran en situación de desempleo (7,9%) que en quienes trabajan (3,1%), y alcanza el 30% entre las personas incapacitadas para trabajar. Los problemas cognitivos son otro de los problemas limitantes entre las personas mayores de 65 años, afectando al 31,3%, siendo las mujeres las que declaran mayor frecuencia (34,5%) que los hombres (27,2%).

Para mejorar estos datos y siguiendo las directrices del plan de acción de la OMS sobre SM 2013-2020, se establece que la prestación de servicios comunitarios de salud mental ha de tener un enfoque basado en la recuperación. Esta recuperación está enfocada tanto a retomar una ocupación en la sociedad, como a recuperarse de los efectos de haber sido diagnosticado de la enfermedad mental (discriminación, indefensión, efectos negativos del

desempleo...) así como la del propio trastorno en sí (Farkas, 2007). La OMS en su Plan de Acción (2013-2020) pretende priorizar la atención a los trastornos mentales, mejorando su calidad de vida. Para ello, establece cuatro objetivos que son:

1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la SM.
2. Proporcionar, en el ámbito comunitario, servicios de asistencia social y de SM completos, integrados y con capacidad de respuesta.
3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental
4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Como hemos comentado, la OMS deja clara la importancia que tiene la ocupación en la recuperación en las personas y en concreto en aquellas que padecen un problema mental. Es por ello, que la figura del terapeuta ocupacional se hace fundamental. Siguiendo la definición de la American Occupational Therapy Association (AOTA) de 1986, "la terapia ocupacional es el uso terapéutico de las actividades de cuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad; puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y para aumentar la calidad de vida."

Según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia ocupacional: Dominio y Proceso (AOTA, 2014): "los terapeutas ocupacionales dirigen su conocimiento a las múltiples áreas de ocupación y actividades humanas en las que están involucradas la vida de las personas. Los terapeutas ocupacionales promueven que las personas se involucren en ocupaciones y en actividades de la vida diaria (AVD), necesitando y utilizando, para ello, diversas destrezas de ejecución".

Desde sus orígenes, la TO ha estado presente en la atención de aquellas personas con afectación mental (Pérez & Otros, 2017), varios estudios destacan la importancia de la participación en ocupaciones significativas de personas con problemas de salud mental que viven en la comunidad (Legault y Rebeiro, 2001; Mee y Sumsion, 2001). La T.O incluye la promoción de estilos de vida saludables y facilitar la participación en actividades significativas que influyan en una mejora de su salud, ofreciendo una perspectiva particular con respecto a cómo los factores ocupacionales pueden impactar en la salud y el bienestar,

abordando una variedad de problemas de salud tanto a nivel individual como comunitario o poblacional (Tucker et al., 2014; Moll et al., 2015). En el estudio realizado por Ikiugu et al. (2017), se muestra la efectividad de las intervenciones de terapia ocupacional en el desempeño de las AVD y el bienestar entre adultos con un diagnóstico con algún problema de salud mental.

Siguiendo el Marco de trabajo para la práctica de la TO (2014) y el libro blanco de TO de Castilla-La Mancha (2018), las funciones generales son:

- Valoración de los aspectos relevantes de la persona, ocupación y contextos, obteniendo información sobre las áreas ocupacionales de la persona (actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, sueño y descanso, educación, trabajo, juego, ocio y tiempo libre y participación social) y en que modo influyen en la persona.
- Elaborar el diagnóstico ocupacional.
- Planificación de la intervención con la persona y el entorno: definiendo objetivos y estrategias de intervención.
- Implementación de la intervención con la persona y el entorno. Tras la recopilación de datos, se selecciona en el modelo práctico e intervenciones mas adecuadas.

Los enfoques de intervención son (Marco de trabajo para la práctica: dominio y proceso 2ª edición, 2008): promover entornos y experiencias que mejoren el desempeño de la persona, adquirir habilidades o recuperarlas, mantener capacidades, adaptar ambientes o características de la actividad y prevenir la discapacidad. Para ello se establecen:

- Programación, desarrollo y ejecución de intervenciones grupales o individuales
- Analisis de la intervención con la persona y el entorno: incluyedo la reevaluacion y revisión del plan de intervención, su eficacia y progreso hacia los resultados.
- Realización de analiza la actividad, siendo un proceso que “trata las demandas típicas que supone una actividad, la gama de habilidades involucradas en su ejecución, y los distintos significados culturales que pueden atribuirse a ella” (Crepeau, 2003)
- Colaborar con las personas en la planificación de horarios y organización del tiempo para conseguir un equilibrio ocupacional.
- Participación en el proceso de preparación, apoyo y seguimiento al alta para facilitar la generalización ocupacional adquirida tras finalizar el tratamiento.

- Desarrollar intervenciones ocupacionales en el núcleo familiar y/o asesoramiento sobre el tratamiento ocupacional.
- Recomendaciones al equipo interdisciplinar sobre el funcionamiento ocupacional, técnicas y metodología utilizada con las personas con trastorno mental.
- Realización de adaptaciones en el entorno físico de la persona.
- Asesorar a la institución y/ o recursos sanitarios o comunitarios, sobre métodos de prevención y tratamientos de Terapia Ocupacional permitiendo la integración y mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, según la Sociedad Científica de Terapia Ocupacional (SOCINTO, 2019), la T.O es la disciplina socio-sanitaria dedicada a abordar los problemas de salud que afectan al desempeño ocupacional de las personas, esto es, las situaciones de dependencia que provocan alteración en la ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD). Siendo la ocupación uno de los principales métodos de los/as T.O para mejorar la autonomía y calidad de vida de las personas con problemas de salud mental. La ocupación es una herramienta que se puede emplear como método de tratamiento e intervención, esta puede enfocarse con distintas finalidades; como fin en sí misma, como medio para el desarrollo y recuperación, o como agente para la salud y la prevención de la enfermedad (Moruno, 2012). Siguiendo la definición de rehabilitación psicosocial de Abelardo Rodríguez (2002): *“aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible.”* Esta definición proyecta nuestra aportación como profesionales que colaboran en la recuperación de aquellos usuarios con algún problema de S.M (Miralles & Valverde, 2011).

El colegio de Terapeutas Ocupacionales de Inglaterra en su trabajo titulado *“Recovering Ordinary Lives”* (2006) recoge las estrategias que se deben seguir en los próximos años en el ámbito de la S.M., siendo la ocupación el modo en que manifestamos quiénes somos, ante los demás y ante nosotros mismos. El que una persona realice aquellas ocupaciones que le resulten significativas, mantenga una rutina de actividades de autocuidado, productivas, educativas, lúdicas o de ocio, permite preservar sus capacidades y autonomía, facilitando de este modo su integración en la comunidad, la inclusión social y la participación como ciudadano; permitiéndole a su vez establecer vínculos sociales y culturales (Moruno, 2012).

Esta participación y equilibrio ocupacional permite la construcción de su propia identidad. Promoviendo el desarrollo personal, sensación de bienestar y por tanto, mejorando la calidad de vida (Eklund, 2011). Desde una perspectiva centrada en las necesidades del usuario/a, las intervenciones deben estar enfocadas a colaborar en el desarrollo de ocupaciones significativas (Urlic, 2010). Es fundamental conocer lo que los usuarios con problemas de salud mental perciben como importante, entender cuáles son sus prioridades e identificar aquellos factores de importancia para su recuperación (Eklund, 2011).

Dentro del marco legislativo nos encontramos que la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) (Boletín Oficial del Estado, 2003). En el artículo 7 se establecen como funciones de los terapeutas ocupacionales “la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones”. En el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, se recoge la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (BOE, 2006), determina que los T.O forma parte de la cartera de servicios comunes de atención especializada en la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable: “Comprende los procedimientos de diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de pacientes con déficit funcional, encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de reintegrarlo en su medio habitual.”

Por ultimo en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE, 2006) recoge en su artículo 21 (Prevención de las situaciones de dependencia): “Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.” No debemos olvidar que esta Ley fue creada para proteger a las personas dependientes, entre ellas aquellas que tienen alguna enfermedad mental.

Por lo tanto, y basándonos en lo comentado anteriormente, el/la terapeuta ocupacional es uno de los profesionales más cualificados para la valoración e intervención en las actividades de carácter ocupacional realizadas en los diferentes contextos de la persona (educativos, laborales, de ocio y participación social), existiendo un marco legislativo que respalda nuestras funciones y la necesidad de esta figura profesional dentro de los diferentes equipos formados en los dispositivos de salud mental.

III- JUSTIFICACIÓN

III - JUSTIFICACIÓN

Los estilos de vida de nuestra sociedad actual están dando lugar a un incremento de los problemas relacionados con la salud mental, siendo la administración de psicofármacos la solución planteada para una mejora de esta salud. Según la OMS (2011), la salud mental es “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

A lo largo de la historia, se ha empleado la ocupación como estrategia para calmar el malestar de la persona ya que la actividad puede producir una serie de efectos somáticos y psíquicos en el individuo. El propio desarrollo humano está vinculado con la ocupación (Reed & Sanderson, 1999); la realización de ciertas ocupaciones a lo largo del desarrollo de un individuo influye en la maduración sensorial, física y psicológica. Siguiendo esta línea, Kielhofner (1995) considera que el establecimiento de rutinas ocupacionales favorece la organización de las estructuras físicas y mentales de los seres humanos. Esto permite cambios en las capacidades y creencias de los individuos. Por ello, es esencial la creación de un equilibrio ocupacional, el cual es definido históricamente como “el equilibrio del tiempo entre trabajo, juego, ocio y descanso en la vida humana” (Meyer, 1922); con esto se refiere a un concepto temporal: un equilibrio en la distribución del tiempo en cuanto a las diferentes áreas de ocupación (trabajo, autocuidado o recreativas) y la repercusión de esta sobre la salud de la persona. Es este equilibrio el que se suele ver alterado en las personas con algún problema de salud mental (Christ et al., 2000).

Las áreas consideradas a la hora de elaborar este equilibrio de clasificación según el Marco de Trabajo de la American Occupational Therapy Association (AOTA) (Ávila et al., 2008) son:

Actividades de la Vida Diaria (AVD): actividades destinadas al cuidado del propio cuerpo.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): actividades que requieren de un nivel de ejecución más complejo que el utilizado en las actividades de auto-cuidado.

Descanso: actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador, apoyando la participación activa en otras áreas de ocupación.

Educación: incluye las actividades precisas para el aprendizaje y la participación en el ambiente.

Trabajo: actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o bien en actividades de voluntariado.

Ocio y Tiempo libre: actividades no obligatorias, motivadoras para la persona y en la cuales se participa durante un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias como pueden ser el trabajo, cuidado propio o dormir.

Juego: cualquier actividad organizada o espontánea que proporcione disfrute, entretenimiento o diversión.

Participación Social: son patrones de comportamientos organizados, característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social (participación familiar, participación en la comunidad, participación con amigos).

La creación y establecimiento de rutinas siguiendo las áreas del marco de trabajo que acabamos de citar, permiten un correcto equilibrio ocupacional ya que este se suele ver afectado en personas con enfermedad mental, influyendo en su calidad de vida (Harvey, 1993). Desde esta perspectiva se fomenta el establecimiento de ideas erróneas presentes en la sociedad y a su discriminación en la comunidad (World Health Organization, 2002). El que este perfil de usuarios participe en los programas de terapia ocupacional hace que colabe en su autonomía, en la creación o mantenimiento de rutinas y en un posible restablecimiento de su rol previo a la enfermedad (Poon, Siu & Ming, 2010).

Debemos tener en cuenta los factores que limitan o favorecen su recuperación, por lo tanto, no debemos olvidar los aspectos culturales y contextuales que pueden estar influyendo en el propio empoderamiento de los pacientes. Debido a los movimientos migratorios es cada vez más común tratar con pacientes de diferentes nacionalidades, algo que estamos viviendo en la clínica actual. Es importante evitar un pensamiento etnocentrista hacia aquellas culturas que desconocemos, intentando aprender de la riqueza que supone la diversidad cultural (Zango, 2010).

Con la finalidad de adaptar nuestras intervenciones y conseguir una mayor recuperación de aquellas funciones que se hubieran podido ver mermadas, se decidió que una de las partes del estudio se enfocara a recoger la percepción de

los usuarios, evaluándose diferentes aspectos de su autonomía e intereses ocupacionales (Katz & Keren 2011). Por ello, se hace necesario un reentrenamiento de las actividades cotidianas que estimulen nuevamente habilidades que han quedado afectadas por la sintomatología de la propia enfermedad (Tatsumi et al., 2011).

Los grupos e intervenciones ocupacionales con los que hemos trabajado en la unidad han sido realizados desde una perspectiva rehabilitadora, empleando actividades de la vida diaria con la finalidad de favorecer la participación, adaptándolas a sus necesidades y características, intentando en la medida de lo posible emplear los recursos disponibles en la comunidad, con la finalidad de normalizar comportamientos y situaciones (Miralles & Valverde, 2011). Es fundamental, que las pautas que se han trabajado en el recurso hospitalario puedan continuar siendo entrenadas en el domicilio y en la comunidad, permitiendo interactuar ante situaciones que ocurren en un entorno normalizado (Foruzandeh & Parvin, 2013).

Debemos enfocar nuestra labor a las necesidades de los usuarios y, por tanto, cubrir también la parte ocupacional. De poco nos vale entrenar una habilidad si luego no va a poder ser generalizada o no se adapta a los recursos disponibles por parte del paciente. Para ello, debemos conocer sus intereses y motivaciones, el entorno familiar y los recursos comunitarios (Tanaka et al., 2014). Estas pautas además de basarse en el criterio profesional, deben tener el respaldo de la evidencia científica y de aquellas guías clínicas elaboradas para su tratamiento (Guía Práctica Clínica sobre Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009), donde encontraremos recomendaciones sobre las intervenciones psicosociales que deben realizarse teniendo en cuenta al paciente, su situación clínica, sus necesidades, sus capacidades, preferencias y los recursos existentes. Basándonos en la guía clínica, las intervenciones deben ser realizadas por profesionales formados y experimentados, apoyando sus intervenciones en la práctica basada en la evidencia. El/la terapeuta ocupacional es capaz de identificar la necesidad, e investigar aquellos temas relacionados con la ocupación, realizando para ello un análisis crítico, permitiendo mejorar en su intervención clínica y respaldando su ámbito de actuación (Eguidazu, 2015).

Siguiendo estas recomendaciones, hemos querido conocer la influencia que ejerce la ocupación como parte del proceso de recuperación en los usuarios con trastorno mental grave ingresados en la unidad y de este modo, basar nuestra práctica en la evidencia clínica. Además, quisimos conocer aquellos factores que

podían interferir en la recuperación, por lo que se analizó el posible estigma que los profesionales de la salud mental pudieran tener durante el ejercicio de su puesto de trabajo.

IV - OBJETIVOS

IV - OBJETIVOS

1º- Identificar las limitaciones en el desempeño ocupacional de las personas con Trastorno Mental Grave y comprobar si la intervención ocupacional tiene algún efecto ayudando a superar o mejorar dichas limitaciones.

2º Conocer las intervenciones socioocupacionales realizadas desde Terapia Ocupacional, así como los intereses mostrados por los usuarios durante su ingreso y como estas rutinas ocupacionales pueden influir en la recuperación

3º Conocer si existe estigma hacia las personas con trastorno mental por parte de los profesionales que les atienden.

V - ESTUDIOS

ESTUDIO I

5.1 LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE

Resumen

Introducción. El trastorno mental grave produce una importante limitación funcional que afecta el desempeño de las actividades diarias. Esta limitación es donde interviene el terapeuta ocupacional buscando una mayor autonomía de estos pacientes a través de actividades específicas. Este estudio tiene como objetivo identificar las principales limitaciones de las personas con SMD y ver si una intervención ocupacional tiene algún efecto para ayudar a superar o mejorar estas limitaciones.

Método. Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental antes-después, con una muestra formada por 103 sujetos. Se evaluó el antes y después de la intervención. La herramienta empleada ha sido el cuestionario WHODAS incluido en el DSM 5.

Resultados. Los resultados mostraron que tanto los pacientes como los profesionales indicaban que la Comprensión y Comunicación, la Participación en Sociedad y las Actividades de la Vida Diaria eran las principales limitaciones percibidas. Una vez al alta tanto los pacientes como los profesionales valoraron de forma positiva la evolución del ingreso.

Conclusión. Los programas de intervención realizados desde Terapia Ocupacional, junto con los demás aspectos del tratamiento de los pacientes con TMG, han colaborado en mejorar el desempeño y los intereses ocupacionales de los usuarios.

Descriptor: Trastorno Mental Grave; Terapia Ocupacional; Actividad; Intervención; Recuperación; Percepción.

Overview

Background

Severe mental disorder (SMD) produces a significant functional limitation that affects the performance of daily activities. This limitation is where the occupational therapist intervenes by seeking greater autonomy of these patients through specific activities. This study aims to identify the main limitations of people with SMD and see whether an occupational intervention has any effect in helping to overcome or ameliorate these limitations.

Method

A quasi-experimental before-after study was carried out with a sample of 103 subjects. Before and after the intervention was evaluated. The tool used was the WHODAS questionnaire included in DSM 5.

Results

Within the programming of activities, those with a higher attendance rating during cognitive stimulation, cooking workshop, therapeutic walks, relaxation, and creative

activities were mainly men. The results showed that both patients and professionals indicated that *Understanding and Communicating, Participation in Society, and Activities of Daily Living* were the main perceived limitations. Upon discharge, both patients and professionals saw positive outcomes.

Conclusion

The intervention programs carried out by Occupational Therapy, along with the other aspects of the treatment that the patients with SMI have received, have played a part in improving the performance and occupational interests of the patients.

Keywords:

Severe Mental Disorder, Occupational Therapy, Activity, Intervention, Perception.

5.1.1 INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha venido trabajando en las aproximaciones terapéuticas realizadas en salud mental. Uno de los campos donde más se está trabajando hoy en día es en el Trastorno Mental Grave (TMG) (American Psychiatric Association, 2000). El TMG engloba una serie de trastornos como son: trastornos esquizofrénicos, trastorno esquizotípico, trastornos delirantes persistentes, trastornos delirantes inducidos, trastornos esquizoafectivos, otros trastornos psicóticos no orgánicos, trastorno bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, trastornos depresivos graves recurrentes y trastorno obsesivo compulsivo (CIE-10, 2003). Su diagnóstico incluye, al menos, dos de los siguientes criterios (IMSERSO, 2007): 1) Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre; 2) Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda; 3) Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal; 4) Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica; 5) Conducta social inapropiada que determina la asistencia psiquiátrica o del sistema judicial.

Estos trastornos, entre otras, producen una importante limitación funcional en la realización de actividades cotidianas. Por ello, la intervención de cara a mejorar el desempeño de los individuos con TMG es uno de los principales retos. A este respecto, a fin de adaptarse a las necesidades de estos individuos, dichas intervenciones deben estar enfocadas hacia una relación de colaboración entre los profesionales, los pacientes y sus familiares (Patiño, et al., 2012). Por tanto, el enfoque terapéutico debe cambiar hacia equipos interdisciplinarios, apoyados por el tratamiento farmacológico, entre otros. Con esta perspectiva, se trata a la persona desde un punto de vista holístico, donde se tienen en cuenta las distintas dimensiones humana, biológica, psicología, familiar y social (Kurzban et al., 2010).

La Terapia Ocupacional, tiene un importante papel dentro del tratamiento, favoreciendo el pronóstico (Eberhard & Torrico, 2013; Durante & Noya, 2002). Se describe como “la profesión que se encarga de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación y cuyo objetivo es trabajar con las personas y las comunidades, para mejorar sus habilidades y emplearse en la ocupación que quieran, necesiten o se espere por sus condiciones, o modificando la ocupación o el ambiente para mejorar su participación” (Statement on occupational therapy, 2011). Entre las funciones está el buscar la mayor autonomía y, en el campo de la salud mental, la de trabajar la reintegración del paciente utilizando la comunidad como elemento de trabajo, basando las intervenciones en el modelo de ocupación humana (Kielhofner, 2002).

5.1.2 MÉTODO

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental antes-después en el que intervinieron tres factores: Un factor intrasujetos, el tiempo (evaluación antes vs. después de la intervención), y otro entresujetos (autoevaluación del paciente vs. evaluación del profesional y viceversa) y otro factor intra y entresujetos, sus circunstancias sociodemográficas (en las que se evalúan tiempo (ingreso vs. alta) y autoevaluación del paciente y del profesional). La variable dependiente fue el desempeño ocupacional de las personas con algún TMG, que consistía en la habilidad de llevar a cabo actividades tales como: actividades de la vida diaria (AVD), educación, trabajo, juego y participación social.

Muestra

La población de estudio estaba formada por aquellos usuarios ingresados en la Unidad Regional de Media Estancia (URME) de Murcia (España), durante los meses de septiembre de 2016 hasta diciembre de 2017 diagnosticados de TMG. El perfil de usuario es, pacientes que requieren de un ingreso mas prologando para su recuperación, los cuales acuden derivados de otros recursos de Salud Mental y tras la aprobación de la comisión, se procede a la acogida e ingreso en la Unidad.

Criterios de selección

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, estar en tratamiento en la Unidad, no presentar sintomatología activa (ideas delirantes, alucinaciones, agitación psicomotriz, etc.) que impidiera participar en la intervención y aceptar formar parte de los diferentes programas llevados a cabo por los terapeutas ocupacionales. Una vez que el investigador explicaba el objetivo y procedimientos del estudio, se excluyeron a aquellos pacientes que no firmaron el consentimiento informado (2 usuarios).

Definición de la muestra

La muestra final estuvo compuesta por 103 sujetos (Browner et al., 1997). De ellos, 89 fueron reevaluados siendo 14 los que decidieron no seguir con el estudio. Aunque se pudo acceder al total de la muestra, se persiguió un tamaño de muestra aproximada de 100 individuos en el estudio para obtener la suficiente potencia estadística requerida en estos estudios según diversos autores (Daniel W, 1994; Siegel S, 1994).

Recolección de datos y variables

Con la recogida de datos, se evaluó la respuesta a la intervención llevada a cabo desde Terapia Ocupacional. Se realizaron dos evaluaciones, tras el análisis sociodemográfico de la población de individuos, una al ingreso de los pacientes y otra

después de la intervención, justo antes de que se les diera el alta. Además, dichas evaluaciones fueron realizadas tanto por los propios pacientes como por seis profesionales sanitarios.

Inicialmente, se recogieron datos sociodemográficos como el sexo, la edad, el nivel de estudios, la situación familiar y el número de ingresos en el hospital, entre otros.

El instrumento empleado para recoger información sobre desempeño ocupacional ha sido el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (Chisolm et al., 2005) (WHODAS 2.0, por sus siglas en inglés). La escala WHODAS es un instrumento de evaluación que es utilizado frecuentemente, proporcionando información acerca de la discapacidad en diferentes poblaciones, entre ellas la esquizofrenia (Chisolm & Abrams, 2005), siendo traducida y validada en diferentes idiomas, entre ellos el español (Paniagua G, 2017).

Esta herramienta consta de 7 factores que mostraron índices de fiabilidad aceptables en cada una de las mediciones: Comprensión y Comunicación (CC; $0.751 < \alpha < 0.879$); Capacidad para Moverse a su Alrededor (CMA; $0.833 < \alpha < 0.913$); Cuidado Personal (CP; $0.796 < \alpha < 0.815$); Relación con otras Personas (RP; $0.719 < \alpha < 0.771$); Actividades de la Vida Diaria (AVD; $0.963 < \alpha < 0.986$); Trabajo y Actividades Diarias (TAD; $0.921 < \alpha < .966$); y Participación en la Sociedad (PS; $0.590 < \alpha < 0.803$). El factor TAD, aunque incluido en esta escala, no se tuvo en cuenta al analizar los resultados debido a que solo un bajo número de los participantes trabajada ($N = 18$). Las opciones de respuestas fueron una escala tipo Likert cualitativa de cinco puntos, normalizándola a un valor cuantitativo, de 1 (Ninguna) a 5 (Extrema), en este caso; mayores puntuaciones indicaban una peor evaluación de su discapacidad.

Intervención

Una vez los pacientes ingresaban en la unidad, se realizaba una acogida donde se les explicaba la dinámica de funcionamiento y las actividades programadas. Posteriormente, tras una semana de adaptación y tras observar su participación, se realizó la evaluación inicial. Con los datos obtenidos y teniendo en cuenta las metas que el paciente quería trabajar, se procedió a realizar el Plan Individual de Recuperación (PIR). El PIR consistía en una reunión del equipo multidisciplinar (Enfermería, Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y Terapia Ocupacional) para proponer las actividades de recuperación de los pacientes, siendo el terapeuta ocupacional el encargado de trabajar el desempeño ocupacional. Desde Terapia Ocupacional se realizó una programación con aquellos grupos y actividades de modo que se diera respuesta a las necesidades planteadas dentro del PIR. Las diferentes actividades, su descripción, así como sus objetivos, se encuentran registrados en la Tabla 1. Finalmente, se volvió a reevaluar a los pacientes antes del alta. Los profesionales fueron evaluados por los usuarios mediante una encuesta de satisfacción una vez finalizado su ingreso.

Análisis y tratamiento de los datos

Los datos obtenidos se procesaron a través del programa estadístico SPSS, versión 25.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA), utilizando el test t de Student comparando dos variables, análisis multi-paramétrico de variantes ANOVA y correlaciones lineales. Todos los datos obtenidos de análisis multivariante se expresan como $M \pm DT$ o $t \pm DT$.

En primer lugar, se calcularon los parámetros descriptivos de la participación de los usuarios en las intervenciones ocupacionales.

En segundo lugar, se realizaron diversos análisis de diferencias de medias a fin de comprobar las variaciones de los factores del WHODAS al ingreso y al alta del paciente y entre la autoevaluación del paciente y la evaluación del profesional (a la vez de la evaluación del paciente al personal). Finalmente, se analizaron las diferencias de medias atendiendo a algunas de las características sociodemográficas de los usuarios, que se incluyen al principio de los resultados, ya que incluyen parámetros de ambos grupos de las otras medias. Finalmente, se calcularon los estadísticos de las variables sociodemográficas previamente recopilados, para pasar a analizarse posteriormente.

Aspectos éticos

Previamente, a los usuarios/as se les explicó la finalidad del estudio y se firmó el consentimiento informado. Se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos, respetando los acuerdos de la declaración de Helsinki. El estudio fue aprobado por los Comités de Bioética del Hospital Virgen de la Arrixaca de la Región de Murcia y de la Comunidad Autónoma de Murcia (2016).

Tabla 1. Descripción de las intervenciones y objetivos.

Intervención	Objetivo	Descripción
Estimulación Cognitiva	Recuperar, mantener o retrasar este deterioro.	Un grave problema que encontramos en las personas institucionalizadas es el deterioro de las funciones cognitivas. Por lo que se realizó un entrenamiento mediante diferentes ejercicios, desarrollándose intervenciones según sus capacidades, siendo en algunos casos individuales (fichas y juegos) y en otros de forma grupal. Se aplicaron ejercicios cognitivos a situaciones cotidianas, como puede ser hacer la compra, ejercicios de reminiscencia, tareas en la comunidad, etc.
Actividades de ocio	Establece rutinas ocupacionales normalizadas empleando el ocio como medio de recuperación.	Se llevaron a cabo un conjunto de actividades de entretenimiento consistentes en diferentes juegos, dinámicas, actividades creativas y salidas, con las que se pretendió extrapolar a contextos comunitarios la experiencia de utilización del ocio de manera satisfactoria y como un medio de inclusión.
Cine fórum	Fomentar el dialogo y la diversidad de opiniones.	Este programa o actividad consistió en la proyección de una película y la posterior realización de una serie de ejercicios relacionados con la misma, donde se tratan diferentes temáticas según los intereses de los usuarios.
Cuidados de la imagen personal	Mejorar los autocuidados e imagen personal de los usuarios.	Este programa consistió en dar una serie de indicaciones, así como de material necesario, para mejorar la imagen personal de los pacientes y su apariencia externa. Se le facilito material de estética, pautas para el vestido, etc.
Actividades deportivas	Movilizar las articulaciones, así como mejorar el tono muscular, la resistencia, etc.	Se realizaron sesiones en la unidad, para ello se utilizaron las instalaciones del gimnasio que disponemos en el centro y aquellos que mostraron interés, se les buscó recursos en la comunidad para su continuidad. Entre las actividades deportivas estaban: Gimnasia,

		senderismo, natación y deportes varios (fútbol, pingpong, natación, etc.)
Relajación	Reducir los niveles de ansiedad mediante técnicas de relajación	Los estados de nerviosismo y tensión son frecuentes entre los enfermos mentales debido a la ansiedad que provoca el mismo aislamiento o su patología. Por este motivo, se realizaron técnicas de relajación, mediante seguimientos de instrucciones acompañadas con música que facilitaran establecer un estado calmado, aportando el restablecimiento de la serenidad y el control de su tensión tras las sesiones.
Entrenamiento en AVD¹	Incrementar la autonomía e independencia de los usuarios	Desde el área de Terapia Ocupacional se les motivó y se les hizo especial hincapié en las actividades de la vida diaria (AVD), desde aquellas básicas como son el vestido, alimentación a otras más complejas como son la realización de la comida, compras, gestiones en la comunidad, etc. Permitiendo mantener la independencia del usuario/a en su medio habitual.
Salidas Terapéuticas	Incidir en la autonomía e independencia en el desempeño de las AIVD ² .	El ingreso de este tipo de pacientes en centros de salud mental, puede provocar síndrome de institucionalización, conllevando aislamiento social y mermándose las habilidades sociales. Se promovieron salidas terapéuticas para incidir en los déficits, como el manejo del dinero, realización de compras, coger el autobús, etc.
Intervenciones individualizadas	Atender y cubrir las necesidades de cada uno de los usuarios	Tras la evaluación y según las necesidades individuales se realizaron intervenciones específicas, como acompañamiento a su domicilio, uso de transporte público, uso de sistemas de comunicación (teléfono móvil), gestiones en la comunidad, etc. Con la finalidad de conseguir la mayor autonomía.
Habilidades Sociales.	Estimular la interacción social y ofreciéndoles la	Se establecieron diferentes pautas y ejercicios, como actuación ante situaciones cotidianas, tipo role-playing, donde ellos expusieran situaciones

oportunidad de viviendas y se propusieron alternativas para enfrentarse y solventar el problema, se iniciaron en la unidad resolver problemas para posteriormente generalizarlos en la cotidianos comunidad y en situaciones reales.

5.1.3 RESULTADOS

A fin de analizar los datos, se analizan las diferencias en las puntuaciones del WHODAS atendiendo a la autoevaluación de los pacientes y a la evaluación de los profesionales, las cuales se comparan posteriormente. A continuación, se presentan los análisis y los resultados en el orden indicado anteriormente.

De los datos sociodemográficos recogidos y estudiados posteriormente en su evaluación estadística destacar que, de los 103 sujetos, el 49.8% eran mujeres, con edades comprendidas entre los 19 y los 59 años ($M = 41.38$; $DT = 10.22$). En cuanto al nivel de estudios, el 5.8% no tenían estudios, el 46.6% habían realizado estudios primarios, el 35.9% estudios secundarios y el 11.7% estudios universitarios. Respecto a su situación familiar, el 25.2% vivían solos mientras que el 74.8% vivían acompañados. Del total de la muestra se pudo reevaluar a 89 usuarios, a los 14 restantes solo se les pudo realizar la evaluación inicial. En total, los pacientes estuvieron ingresados una media de 119 días \pm 56.07. En segundo lugar, se comprobó el número de veces que los pacientes participaban en las intervenciones ocupacionales. Como se puede ver en la Tabla 2, la estimulación cognitiva, el taller de cocina, las salidas terapéuticas, la relajación y las actividades creativas fueron las actividades en las que más pacientes se involucraron.

Tabla 2 – Participación de los sujetos en las intervenciones ocupacionales durante la estancia en la Unidad – Murcia, España, 2016-2017

	M ^a	DT ^b
Natación	1.27	2.24
Estimulación Cognit	9.42	7.82
Habilidades Sociales	5.20	4.05
Taller de Cocina	10.29	9.48
Prensa	7.49	8.16
Salidas Terapéuticas	10.63	8.59
Gimnasio	8.58	9.08
Relajación	9.87	9.88
Musicoterapia	5.71	4.66
Huerto	2.70	3.87
Taller de Estética	3.95	4.57
Taller Creativo	8.69	14.25
Cineforum	1.33	1.81

^aM: media; ^bDT; desviación típica

En tercer lugar, se realizó un análisis para comprobar las diferencias en los distintos factores del WHODAS antes y después de la intervención según la autoevaluación de los pacientes. Como se puede ver en la Tabla 3, se encontraron diferencias significativas en todos los factores. Concretamente, la autoevaluación en cada uno de los factores fue más positiva (inferior) cuando se les daba el alta que cuando ingresaban mostrando una mejora en la autopercepción que los pacientes tenían respecto a sus limitaciones. Los dos factores en los que el cambio fue mayor fueron la Comprensión y Comunicación y la Participación en Sociedad, dos de los factores en los que los pacientes encontraban más dificultades junto con las Actividades de la Vida Diaria.

Tabla 3 – Efectos simples del tiempo en los diferentes factores del WHODAS según la autoevaluación de los pacientes– Murcia, España, 2016-2017

	Ingreso M ^a (DT ^b)	Alta M ^a (DT ^b)	T	p	Cohen's d
CC ^c	2.25 (.80)	1.60 (.61)	6.943	0.000	1.07
CMA ^d	1.56 (.78)	1.32 (.62)	3.427	0.001	0.34
CP ^e	1.39 (.68)	1.23 (.47)	2.355	0.021	0.27
RP ^f	2.16 (.80)	1.79 (.70)	4.023	0.000	0.49
AVD ^g	2.24 (1.06)	1.63 (.82)	5.077	0.000	0.64
PS ^h	2.42 (.72)	1.83 (.52)	2.742	0.023	0.94

^aM: media; ^bDT; desviación típica t: t de Student p: significación estadística ^cCC; Comprensión y Comunicación ^dCMA; Capacidad para moverse en su alrededor ^eCP; Cuidado Personal ^fRP; Relacionarse con otras Personas ^gAVD; Actividades de la Vida Diaria ^hPS; Participación en Sociedad

En cuarto lugar, los mismos análisis fueron realizados, pero, en este caso, usando la evaluación de los profesionales sobre los pacientes. Como se puede ver en la Tabla 4, existían diferencias significativas en todos los factores del WHODAS. Al igual que en el caso de las autoevaluaciones de los pacientes, los profesionales valoraban de forma más positiva a los pacientes cuando se les daba el alta que cuando ingresaban, por lo que las mejoras eran compartidas tanto por los usuarios como por los profesionales. Al igual que en la autoevaluación de los pacientes, los dos factores en los que había un mayor cambio eran la Comprensión y Comunicación y la Participación en Sociedad. Estos dos factores también eran los que peor evaluación recibían por parte de los profesionales junto con las Actividades de la Vida Diaria y las Relaciones con otras Personas, factor este último que los pacientes no valoraban como un gran problema.

Tabla 4 – Efectos simples del tiempo en los diferentes factores del WHODAS según la evaluación del profesional – Murcia, España, 2016-2017

	Ingreso M ^a (DT ^b)	Alta M ^a (DT ^b)	T	p	Cohen's d
CC ^c	2.47 (0.64)	1.77 (0.56)	12.277	0.000	1.16
CMA ^d	1.50 (0.67)	1.29 (0.56)	3.170	0.002	0.34
CP ^e	1.60 (0.63)	1.34 (0.49)	5.095	0.000	0.46
RP ^f	2.56 (0.69)	2.03 (0.60)	8.102	0.000	0.82
AVD ^g	2.78 (0.87)	1.99 (0.80)	9.300	0.000	0.95
PS ^h	2.50 (0.62)	1.87 (0.47)	8.812	0.000	1.15

^aM: media; ^bDT; desviación típica t: t de Student p: significación estadística ^cCC; Compresión y Comunicación ^dCMA; Capacidad para moverse en su alrededor ^eCP; Cuidado Personal ^fRP; Relacionarse con otras Personas ^gAVD; Actividades de la Vida Diaria ^hPS; Participación en Sociedad

En quinto lugar, a fin de comprobar si existían diferencias entre la autoevaluación de los pacientes y la que realizaron los profesionales, así como en el tiempo en el que se tomaba la medida, se realizó un análisis de medidas repetidas con un factor intrasujetos (tiempo: Ingreso vs. Alta) y un factor entresujetos (evaluador: Paciente vs. Experto). Los resultados solo mostraron una interacción significativa en Relacionarse con otras Personas (RP) (Tabla 5). En concreto, la evaluación del paciente en la RP era inferior en el alta que al inicio y, cuando el paciente era el evaluador, aun menor que cuando era el profesional. En los demás factores no se encontraron diferencias significativas por lo que podemos afirmar que tanto la autoevaluación del paciente como la evaluación del profesional eran similares cuando el paciente ingresaba y cuando se le daba el alta.

Tabla 5 – Interacción entre el tiempo y el evaluador en los diferentes factores del WHODAS – Murcia, España, 2016-2017

	Paciente		Experto		F	P	η ² _p
	Ingreso M ^a (DT ^b)	Alta M ^a (DT ^b)	Ingreso M ^a (DT ^b)	Alta M ^a (DT ^b)			
CC ^c	2.25 (0.80)	1.60 (0.61)	2.47 (0.64)	1.77 (0.56)	0.759	0.386	0.008
CMA ^d	1.56 (0.78)	1.32 (0.62)	1.50 (0.67)	1.29 (0.56)	0.344	0.559	0.004
CP ^e	1.39 (0.68)	1.23 (0.47)	1.60 (0.63)	1.34 (0.49)	2.683	0.105	0.029
RP ^f	2.16 (0.80)	1.79 (0.70)	2.56 (0.69)	2.03 (0.60)	5.313	0.023	0.056
AVD ^g	2.24 (1.06)	1.63 (0.82)	2.78 (0.87)	1.99 (0.80)	3.080	0.083	0.033
PS ^h	2.42 (0.72)	1.83 (0.52)	2.50 (0.62)	1.87 (0.47)	1.159	0.285	0.013

^aM: media; ^bDT; desviación típica ^cCC; Compresión y Comunicación ^dCMA; Capacidad para moverse en su alrededor ^eCP; Cuidado Personal ^fRP; Relacionarse con otras Personas ^gAVD; Actividades de la Vida Diaria ^hPS; Participación en Sociedad.

Por último, se realizaron diferentes análisis para comprobar si existían diferencias en los distintos factores del WHODAS atendiendo a algunas variables sociodemográficas y en otros casos si existía correlación entre ambos. En concreto, se presentan los resultados relacionados con el sexo, la edad, el nivel de estudios, la situación familiar y el número de ingresos previos. Dado el gran alto número de análisis para cada factor en cada una de las evaluaciones del WHODAS, se mencionan solo aquellos en los que se encontraron diferencias significativas. En el caso del sexo, en la autoevaluación de los pacientes realizada a su ingreso se encontraron diferencias en el factor PS ($t = 3.060, p = 0.003$). Concretamente, las mujeres (2.70 ± 0.81) presentaban una autovaloración superior a los hombres (2.26 ± 0.66). Por su parte, en la autoevaluación que realizaban cuando se les daba el alta, se encuentran diferencias en los factores CMA ($t = 2.408, p = 0.020$), CP ($t = 2.026, p = 0.049$) y PS ($t = 2.176, p = 0.032$). En los tres casos, las mujeres (CMA: 1.53 ± 0.80 ; CP: 1.37 ± 0.67 ; PS: 1.97 ± 0.54) presentaban autoevaluaciones más elevadas que los hombres (CMA: 1.18 ± 0.42 ; CP: 1.13 ± 0.24 ; PS: 1.73 ± 0.49). Respecto a las evaluaciones que hacían los profesionales, en referencia al ingreso de los pacientes se encontraron diferencias en los factores CMA ($t = 2.520, p = 0.014$), AVD ($t = 4.187, p < 0.001$) y PS ($t = 2.872, p = 0.005$). De nuevo, las mujeres (CMA: 1.71 ± 0.81 ; PS: $M = 2.73, DT = 0.72$) obtuvieron valoraciones superiores que los hombres (CMA: 1.36 ± 0.47 ; PS: 2.36 ± 0.50) en CMA y PS; sin embargo, los hombres (3.07 ± 0.58) fueron peor evaluados que las mujeres (2.36 ± 0.99) en AVD. En referencia al alta, se encontraron diferencias en CMA ($t = 2.402, p = 0.020$) y AVD ($t = 2.052, p = 0.044$). En concreto, en CMA las mujeres (1.48 ± 0.71) fueron peor valoradas que los hombres (1.17 ± 0.40) y en AVD los hombres (2.13 ± 0.72) fueron peor valorados que las mujeres (1.77 ± 0.88).

En el caso de la edad, en la autoevaluación de los pacientes a su ingreso, solo se encontró una correlación negativa entre la edad y la ICC ($r = -0.246, p = 0.012$), mientras que en la autoevaluación realizada cuando se les daba el alta no se encontró ninguna correlación. Cuando la evaluación la realizaban los profesionales, en el ingreso la edad se correlacionaba positivamente con CMA ($r = 0.307, p = 0.002$) y CP ($r = 0.240, p = 0.014$), mientras que en el alta solo se encontró una relación positiva con CP ($r = 0.304, p = 0.003$).

En el caso del número de ingresos previos en el hospital, también se realizaron correlaciones. En la autoevaluación al ingreso se encontró una relación positiva significativa con la CC ($r = 0.202, p = 0.04$) mientras que en el alta no se encontró ninguna correlación significativa. Cuando el evaluador era el profesional, la misma relación positiva entre el número de ingresos previos y la CC fue significativa ($r = 0.203, p = 0.039$) y de nuevo en el alta no se encontró ninguna relación significativa.

En el caso de los estudios, en las autoevaluaciones de los pacientes, no se encontró ninguna diferencia significativa ($p = 0.094$) ni en el alta ni el ingreso. Sin

embargo, en la evaluación de los profesionales sí se encontraron diferencias significativas. En el ingreso, aparecieron diferencias significativas en la CC ($F = 3.120, p = 0.029$). Un análisis posthoc por el método Tukey reveló que las diferencias se encontraban entre quienes tenían estudios primarios (2.62 ± 0.59) y universitarios (2.06 ± 0.67), siendo los primeros los que más problemas presentaban. En el alta, se encontraron diferencias significativas en CC ($F = 3.404, p = 0.021$) y AVD ($F = 2.758, p = 0.047$). En el caso de CC, los que tenían estudios primarios presentaban un peor pronóstico ($M = 1.93, DT = 0.56$) que los que tenían estudios secundarios (1.60 ± 0.48) o universitarios (1.46 ± 0.40); mientras que en el caso de AVD, aquellos que contaban con estudios primarios (2.21 ± 0.75) presentaban peor pronóstico que quienes tenían estudios secundarios ($M = 1.71 \pm 0.75$). Por último, en el caso de la situación familiar, en la autoevaluación en el ingreso, aparecieron diferencias significativas en CMA ($t = 2.708, p = 0.008$). Los que vivían en familia (1.64 ± 0.85) presentaban un peor pronóstico que quienes vivían solos (1.32 ± 0.34). En el alta no aparecieron diferencias significativas. Por otra parte, respecto a la evaluación de los profesionales, no se encontraron diferencias significativas ni en el ingreso ni en el alta.

5.1.4 DISCUSIÓN

Los objetivos del presente estudio fueron identificar cuáles son las principales limitaciones de las personas con TMG y comprobar si la intervención ocupacional tiene algún efecto ayudando a superar o mejorar dichas limitaciones. Para ello se evaluó a diferentes pacientes con TMG tras su ingreso y justo antes de darles el alta, incluido un estudio de sus parámetros sociodemográficos de tanta relevancia en el estudio. Dado que las autoevaluaciones realizadas por los pacientes podrán presentar sesgos debidos a la cognición social (Ruiz et al., 2006), dicha evaluación fue realizada tanto por los pacientes como por los profesionales. Durante su ingreso, los pacientes participaron en varias intervenciones realizadas desde terapia ocupacional a la espera de que esta mejorara las evaluaciones en su desempeño ocupacional. Los resultados mostraron que tanto los pacientes como los profesionales indicaban que la Comprensión y Comunicación, la Participación en Sociedad y las Actividades de la Vida Diaria eran las principales limitaciones que encontraban (Berrueta & Bellido, 2013). No obstante, solo los profesionales indicaron las Relaciones con otras Personas como una problemática. Debemos tener en cuenta que la mayor parte de la muestra de estudio no se encuentra dentro de los primeros episodios de la enfermedad, lo que influye en su nivel de funcionalidad (Boden et al., 2009).

Por otra parte, respecto a la evaluación, esta fue más positiva tras la participación en las tareas ocupacionales. Concretamente, la mejora se producía, sobre todo en la Comprensión y Comunicación y en la Participación en Sociedad. Al comparar las evaluaciones realizadas por los pacientes y los profesionales solo se encontraron diferencias en las Relaciones con otras Personas. Este resultado nos muestra que los

pacientes sobreestimaban sus habilidades para relacionarse con otras personas. Una posibilidad es que los pacientes no fueran conscientes de su enfermedad. A este respecto, al realizar las evaluaciones, se observó que ciertos pacientes no eran capaces de ver la situación real en la que se encontraban cuando ingresaron. Sin embargo, el transcurso del tiempo en la Unidad, unido al tratamiento psicofarmacológico y al establecimiento de una rutina socio-ocupacional (Valencia CM, 1999), permitió que el paciente adquiriese una mayor consciencia de su situación. Por tanto, es posible que el mismo haya adquirido una capacidad de insight (Rossell et al., 2003), permitiendo tener una visión más cercana a su situación actual (Wilder et al., 2002). No obstante, el hecho de que no se encontraran diferencias significativas en los demás factores nos lleva a interpretar que la autoevaluación de los pacientes era similar a la evaluación de los profesionales. Por tanto, no se encontraron evidencias de que la evolución de la enfermedad y el deterioro asociado a nivel cognitivo (Nuechterlein et al., 2004) estuvieran afectando al funcionamiento psicosocial (Green, 1996). Es más, las autoevaluaciones indican que los pacientes tomaron consciencia de su enfermedad.

Finalmente, también se encontraron algunas diferencias atendiendo a las características sociodemográficas. Según el sexo, las mujeres presentaban peores autoevaluaciones, sobre todo en la Capacidad para Moverse a su Alrededor, el Cuidado Personal y la Participación en la Sociedad. Sin embargo, la evaluación de los profesionales solo valoraba peor a las mujeres en la Capacidad para Moverse a su Alrededor y a los hombres en Actividades de la Vida Diaria. En el caso de la edad, estaba relacionada con una peor valoración en el Cuidado Personal. Asimismo, un mayor número de ingresos se relacionaba con una peor valoración en Comprensión y Comunicación mientras que aquellos que contaban con menos estudios presentaban peor Comprensión y Comunicación y Actividades de la Vida Diaria. Por otro lado, los que vivían con su familia presentaban mejores valoraciones en la Capacidad para Moverse a su Alrededor, aunque solo lo percibían los pacientes.

En definitiva, el TMG causa una importante discapacidad (GTR-AEN, 2002) en aquellas personas que lo sufren. Esta enfermedad se asocia a problemas funcionales, que incluyen el funcionamiento social y ocupacional (Kleinman et al., 2009). Por ello, la adherencia a una rutina socio-ocupacional en las personas con TMG es compleja. Una posible explicación se basa en la afectación funcional de una población tan diversa (Aubin et al., 2009).

No obstante, y siguiendo el modelo de ocupación humana (Kielhofner, 2009), debemos además tener en cuenta el ambiente (Maciver et al., 2015) y la cultura donde se desempeñan las ocupaciones debido a que estos factores pueden influir en la realización de la actividad.

Hay algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. Las características sociodemográficas indicaban algunas relaciones, aunque no se encontraron patrones que fueran consistentes entre las autoevaluaciones y la evaluación de los profesionales, por lo que serían necesarios más estudios para poder establecer dichas relaciones. Por otro lado, al tratarse de un estudio cuasiexperimental, sería necesario desarrollar otra investigación en la que existiera un grupo experimental y otro grupo control.

ESTUDIO II

5.2. INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL DESDE EL PRISMA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

Resumen

Introducción: A lo largo de la historia se ha hecho uso de la actividad con fines terapéuticos, siendo esta una herramienta empleada en el tratamiento de aquellas personas con algún problema de salud mental.

Objetivo: Conocer las intervenciones socioocupacionales realizadas desde Terapia Ocupacional, así como los intereses mostrados por los usuarios durante su ingreso y como estas rutinas ocupacionales pueden influir en la recuperación.

Métodos: Se realizó un estudio cuasi-experimental en la unidad regional de media estancia de Murcia durante 2016/2017. La muestra estaba formada por 103 sujetos, con edades comprendidas entre los 19 y 59 años de edad. Las herramientas empleadas han sido la escala "WHODAS" incluida en el DSM 5 y el listado de intereses perteneciente al Modelo de Ocupación Humana.

Resultados: Tras administrar el listado de intereses se observó como el número de actividad que realizaban los usuarios se ha ido reduciendo hasta la actualidad, aunque en el futuro esperan volver a retomar actividades a un nivel similar al de hace 10 años. Se encontró que el número de ingresos previos presentaba una relación negativa con el número de actividades que realizaban en el pasado y las que tenían previsto realizar en el futuro. Los resultados mostraron que la realización de distintas actividades estaba relacionada como una menor puntuación en el WHODAS.

Conclusiones: La recuperación en los pacientes con un Trastorno Mental Grave, es un proceso variable en el que influyen una gran variedad de factores, entre los que se encuentra la ocupación. En este perfil de pacientes y debido a la sintomatología de la propia enfermedad, el establecimiento de una rutina de actividad se convierte en un aspecto necesario a trabajar.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Trastorno mental grave, intervención socio-ocupacional, recuperación.

Abstract

Introduction: Throughout history the activity has been used for therapeutic purposes, this being a tool used in the treatment of people with a mental health problem.

Objective: To know the socio-occupational interventions carried out by Occupational Therapy, as well as the interests shown by the users during their admission and how these occupational routines can influence recovery.

Methods: A quasi-experimental study was carried out in the regional medium stay unit of Murcia during 2016/2017. The sample consisted of 103 subjects, aged between 19 and 59 years old. The tools used have been the "WHODAS" scale included in the DSM 5 and the list of interests belonging to the Human Occupation Model.

Results: After managing the list of interests, we have been able to observe how the number of activities carried out has been decreasing at present, although in the future they hope to resume activities at a level similar to that of 10 years ago. It was found that the number of previous admissions had a negative relationship with the number of activities they carried out in the past and those they planned to carry out in the future. The results showed that the performance of different activities was related to a lower score on the WHODAS.

Conclusions: Recovery in patients with a Serious Mental Disorder is a variable process influenced by a great variety of factors, including occupation. In this profile of patients and due to the symptoms of the disease itself, the establishment of a routine of activity becomes a necessary aspect to work on.

Keywords: Occupational Therapy, Severe mental disorder, socio-occupational intervention, recovery.

5.2.1 INTRODUCCIÓN

Durante el siglo XVIII (Pileño et al., 2003), la locura se asocia con alteraciones morales, factores de vida, relaciones familiares, etc. Para intentar paliar este problema de salud se propusieron medidas que mejorasen las condiciones higiénicas de la población y, por tanto, prevenir enfermedades. Es a finales de este siglo cuando se comienza a tener un trato más cercano y humano, consiguiéndose mejorar las condiciones de los pacientes. Se comienzan a introducir nuevas técnicas de intervención como es el “tratamiento moral” (Espinosa, 1987). Estos principios éticos, sirvieron a Adof Meyer para escribir las bases de la Terapia Ocupacional (Morrison et al., 2011). Consideraba que las personas que sufren un deterioro físico, como consecuencia padecían un deterioro mental y a la inversa (Salgado & Espinosa, 2013). Con el uso de ocupación como parte del tratamiento surge la figura del Terapeuta Ocupacional (TO). Estos profesionales emplean la ocupación como método de trabajo y la entienden como un modo de dar respuesta a las necesidades vitales de cada persona, permitiéndola la adaptación a las demandas sociales de su comunidad, lo que a su vez permite crear una identidad personal, social y cultural, que da sentido a la existencia. La ocupación puede crear un vehículo o un modo de dar sentido y significado a la existencia, permitiendo el bienestar psicológico (Moruno & Romero, 2001).

Cuando existe un deterioro ocupacional en aquellas personas que sufren un problema de salud mental, las actividades que primero se suelen ver afectadas son las relacionadas con los hábitos básicos de la vida diaria, formadas por aquellas actividades como son el cuidado personal (higiene y aseo), vestimenta, nutrición, manejo de la medicación, ejercicio físico, manejo del dinero y del tiempo, etc. (Romero & Moruno, 2003).

La TO se basa en la creencia de que existe una relación entre la ocupación, la salud y el bienestar (Creek & Hughes, 2008). Desde esta filosofía se abordan diferentes problemas y limitaciones que la persona encuentra, empleando para ello técnicas y estrategias que permitan capacitar a los usuarios/as de la mayor autonomía en su proceso de recuperación (Durante & Noya, 1998). Entendemos que la ocupación puede tener diversos efectos beneficiosos sobre las personas, por lo que se concibe como agente para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Moruno & Romero, 2004). Existiendo para ello un amplio abanico de actividades empleadas durante el ingreso en las unidades de psiquiatría, entre ellas encontramos las actividades creativas y las actividades de ocio o con una finalidad recreativa. Este tipo de actividades tienen diferentes efectos, entre los que se promueven la autoexpresión, la autoestima y la reducción del estrés (Schmid, 2005). El ocio terapéutico, así como

todas aquellas actividades que resulten motivantes para personas, promueve cambios deseables en diferentes ámbitos como pueden ser el físico, emocional o social. Estos cambios terminan repercutiendo de un modo que favorece el desarrollo personal. La misión que se pretende con este tipo de actividades aplicadas a la salud mental es la de ayudar a mejorar su calidad de vida.

5.2.2 MÉTODO

Este trabajo pretende recabar información sobre las áreas de desempeño ocupacional que pueden verse alteradas en aquellas personas con algún Trastorno Mental Grave y sus intereses asociados. Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y prospectivo.

La población de estudio han sido aquellos usuarios ingresados en la Unidad Regional de Media Estancia (URME) del Hospital Psiquiátrico Román Alberca, durante los meses de septiembre de 2016 hasta diciembre de 2017 diagnosticados de Trastorno Mental Grave (TMG). Previamente se les explicó la finalidad del estudio garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos y respetando los acuerdos de la declaración de Helsinki. Una vez que se explicaron los objetivos y procedimientos del estudio, se procedió a la firma del consentimiento informado de los participantes. El presente estudio fue aprobado por el comité de bioética de la Región de Murcia.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión; personas mayores de 18 años de ambos sexos, estar en tratamiento en la unidad, encontrarse estabilizado psicopatológicamente y participar en los diferentes programas llevados a cabo desde Terapia Ocupacional. Quedaron excluidos aquellos que no han dado su consentimiento.

Instrumentos

La herramienta empleada para recoger información sobre desempeño ocupacional ha sido la escala "WHODAS" incluida en el DSM 5, la cual ha demostrado adecuados índices de validez y fiabilidad en distintas culturas, proporcionando información acerca de la discapacidad en diferentes poblaciones, entre ellas la esquizofrenia (Üstün, 2010). Esta herramienta consta de 7 factores: comprensión y comunicación (CC; $\alpha = .802/.7511$), capacidad para moverse a su alrededor (CMA; $\alpha = .833/.887$), cuidado personal (CP; $\alpha = .815/.800$), relación con otras personas (RP; $\alpha = .734/.771$), actividades de la vida diaria (AVD; $\alpha = .963/.979$), trabajo y actividades diarias (TAD; $\alpha = .965/.921$) y participación en la sociedad (PS; $\alpha = .803/.628$). Las opciones de respuestas eran una escala tipo Likert de cinco puntos, de "ninguna" a

“extrema”; mayores puntuaciones indicaban una peor evaluación de su discapacidad. La escala se administró a los pacientes en el ingreso y, posteriormente, cuando se les daba el alta.

El siguiente instrumento empleado es el **listado de intereses**, pertenece al Modelo de Ocupación Humana realizado por Kielhofner (2002), nos aporta información sobre aquellas actividades que resultan de interés para el usuario. En este listado aparecen 67 actividades (ej., practicar jardinería, limpiar la casa, cantar, cocinar) a las que los participantes responden si las realizaban o no en cuatro períodos diferentes: hace 10 años, hace un año, en la actualidad y si les gustaría realizarlas en el futuro. Con las puntuaciones se realizó un sumatorio de frecuencias para cada uno de los cuatro tiempos. Se recogieron datos sociodemográficos que complementan las anteriores escalas como el sexo, la edad, el número de ingresos en el hospital, el estado civil, los estudios, la situación laboral y la situación familiar.

Durante el ingreso se tuvo en cuenta la participación, realizándose un registro en la asistencia en los grupos programados y en las salidas terapéuticas realizadas con los usuarios (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Descripción de las intervenciones y objetivos.

Intervención	Objetivo	Descripción
Estimulación Cognitiva	Recuperar, mantener o retrasar este deterioro.	Un grave problema que encontramos en las personas institucionalizadas es el deterioro de las funciones cognoscitivas. Por lo que se realizó un entrenamiento mediante diferentes ejercicios, desarrollándose intervenciones según sus capacidades, siendo en algunos casos individuales (fichas y juegos) y en otros de forma grupal. Se aplicaron ejercicios cognitivos a situaciones cotidianas, como puede ser hacer la compra, ejercicios de reminiscencia, tareas en la comunidad, etc.
Actividades de ocio	Establece rutinas ocupacionales normalizadas empleando el ocio como medio de recuperación.	Se llevaron a cabo un conjunto de actividades de entretenimiento consistentes en diferentes juegos, dinámicas, actividades creativas y salidas, con las que se pretendió extrapolar a contextos comunitarios la experiencia de utilización del ocio de manera satisfactoria y como un medio de inclusión.
Cine fórum	Fomentar el dialogo	Este programa o actividad consistió en la

	y la diversidad de opiniones.		proyección de una película y la posterior realización de una serie de ejercicios relacionados con la misma, donde se tratan diferentes temáticas según los intereses de los usuarios.
Cuidados de la imagen personal	Mejorar los autocuidados e imagen personal de los usuarios.		Este programa consistió en dar una serie de indicaciones, así como de material necesario, para mejorar la imagen personal de los pacientes y su apariencia externa. Se le facilitó material de estética, pautas para el vestido, etc.
Actividades deportivas	Movilizar las articulaciones, así como mejorar el tono muscular, la resistencia, etc.		Se realizaron sesiones en la unidad, para ello se utilizaron las instalaciones del gimnasio que disponemos en el centro y aquellos que mostraron interés, se les buscó recursos en la comunidad para su continuidad. Entre las actividades deportivas estaban: Gimnasia, senderismo, natación y deportes varios (fútbol, pingpong, natación, etc.)
Relajación	Reducir los niveles de ansiedad mediante técnicas de relajación		Los estados de nerviosismo y tensión son frecuentes entre los enfermos mentales debido a la ansiedad que provoca el mismo aislamiento o su patología. Por este motivo, se realizaron técnicas de relajación, mediante seguimientos de instrucciones acompañadas con música que facilitaran establecer un estado calmado, aportando el restablecimiento de la serenidad y el control de su tensión tras las sesiones.
Entrenamiento en AVD¹	Incrementar la autonomía e independencia de los usuarios		Desde el área de Terapia Ocupacional se les motivó y se les hizo especial hincapié en las actividades de la vida diaria (AVD), desde aquellas básicas como son el vestido, alimentación a otras más complejas como son la realización de la comida, compras, gestiones en la comunidad, etc. Permitiendo mantener la independencia del usuario/a en su medio habitual.
Salidas	Incidir en la		El ingreso de este tipo de pacientes en centros

Terapéuticas	autonomía o independencia en el desempeño de las AIVD ² .	de salud mental, puede provocar síndrome de institucionalización, conllevando aislamiento social y mermándose las habilidades sociales. Se promovieron salidas terapéuticas para incidir en los déficits, como el manejo del dinero, realización de compras, coger el autobús, etc.
Intervenciones individualizadas	Atender y cubrir las necesidades de cada uno de los usuarios	Tras la evaluación y según las necesidades individuales se realizaron intervenciones específicas, como acompañamiento a su domicilio, uso de transporte público, uso de sistemas de comunicación (teléfono móvil), gestiones en la comunidad, etc. Con la finalidad de conseguir la mayor autonomía.
Habilidades Sociales.	Estimular la interacción social y ofreciéndoles oportunidad de enfrentarse y resolver problemas cotidianos	Se establecieron diferentes pautas y ejercicios, como actuación ante situaciones cotidianas, tipo role-playing, donde ellos expusieran situaciones vividas y se propusieron alternativas para solventar el problema, se iniciaron en la unidad para posteriormente generalizarlos en la comunidad y en situaciones reales.

¹AVD: Actividades de la Vida Diaria ²AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Los datos obtenidos se procesaron a través del programa estadístico SPSS para Windows, versión 21.0. realizándose una depuración de errores de transcripción, de forma manual y estadística. Para el análisis bivariado se realizaron correlaciones de Pearson y la t de Student, al seguir las variables cuantitativas una distribución normal. El nivel de significación para los resultados obtenidos en el contraste de hipótesis fue $p < 0,05$.

5.2.3 RESULTADOS

Características sociodemográficas de los usuarios con TMG

La muestra estuvo compuesta por 103 usuarios, siendo 59.2% hombres, con un rango de edad entre 19 y 59 años y una edad media de 41.38. La media de ingresos en el hospital por parte de estos usuarios fue de 3.69 ± 3.45 en las distintas unidades del hospital (UCE, URME). En cuanto al estado civil, el 69.9% estaban solteros, el 12.6%

estaban casados o vivían en pareja, el 16.5% estaban separados y el 1% eran viudos. Respecto a los estudios, el 5.8% no tenían estudios, el 46.6% habían alcanzado estudios primarios, el 35.9% estudios secundarios y simplemente el 11.7% llegan a cursar estudios universitarios. Teniendo en cuenta su situación laboral, el 6.8% trabajaba fuera del hogar, el 2.9% lo hacía en el hogar, el 63.1% estaban jubilados por enfermedad, el 24.3% en paro y el 2.9% cursando estudios. Antes del inicio de la enfermedad, el 87.4% habían llevado a cabo diferentes trabajos predominando el sector servicios. Finalmente, en cuanto a su situación familiar, el 25.2% vivían solo mientras que el 74.8% lo hacía en compañía. A continuación, en la Tabla 7 se representan los datos de las variables descriptivas.

Tabla 7. Variables descriptivas

	Muestra
Muestra	103 usuarios
Sexo	59.2% hombres (fr ¹ = 61) 40.8% mujeres (n = 42)
Rango de edad	19 y 59 años
Edad media	41.38 años
Media de ingresos hospital (URME,UCE)	3.69 (DT = 3.45)
Estado civil	69.9% solteros/as (n = 72) 12.6% casados/ pareja (n = 13) 16.5% separados (n = 17) 1% viudos/as (n = 1)
Nivel de estudios	5.8% sin estudios (n = 6) 46.6% estudios primarios (n = 48) 35.9% estudios secundarios (n = 37) 11.7% estudios universitarios (n = 12)
Situación laboral	6.8% trabajaba fuera del hogar (n = 7) 2.9% lo hacía en el hogar (n = 3) 63.1% jubilados por enfermedad (n = 65) 24.3% desempleados (n = 25) 2.9% cursando estudios (n = 3) 87.4% trabajaban (n = 90)
Antes de la enfermedad	
Situación familiar	25.2% vivían solos (n = 26) 74.8% viven en compañía (n = 77)
Datos descriptivos de los expertos	
Nº de evaluadores	6

Sexo	4 mujeres 2 hombres
Rango de edad	21 y 37 años
Nivel Formación	Enfermería y Terapia Ocupacional (2) Terapia Ocupacional (4)

¹n: numero²DT: Desviación Típica

Relación de los datos sociodemográficos con el listado de intereses

Se analizaron los datos sociodemográficos con el listado de intereses y la frecuencia de la realización de actividades en los diferentes períodos para comprobar si existía una asociación.

En la Tabla 8 se pueden encontrar las correlaciones entre los intereses y el sexo y la situación familiar. En concreto, se encontró que el número de ingresos previos presentaba una relación negativa con el número de actividades que realizaban en el pasado y las que tenían previsto realizar en el futuro.

Respecto a las diferencias en el listado de intereses atendiendo al sexo y a la situación familiar, no se encontraron diferencias significativas ($p > 0.365$).

Tabla 8. Correlaciones bivariadas de Pearson entre la edad, los ingresos previos, los estudios y el listado de intereses

	1	2	3	4	5	6	M	DT
1. Edad							20.44	9.07
2. Ingresos	.147						15.17	8.16
3. Estudios	.003	-.146					13.81	7.97
4. Actividades 10 años	.013	-.200*	.106				18.78	8.94
5. Actividades 1 año	-	-.211*	.129	.820***			41.38	10.22
	.122							
6. Actividades actualidad	-	-.171	.120	.715***	.914***		3.69	3.45
	.161							
7. Actividades futuro	-	-	.120	.737***	.806***	.734***	1.53	.78
	.085	.262**						

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; M = Media; DT = Desviación Típica.

Realización de actividades del listado de intereses en los distintos períodos

Posteriormente, se realizó un análisis de medidas repetidas con la frecuencia total de las actividades realizadas atendiendo al período en el que las realizaban o tenían pensado realizarlas. Esto es, hace 10 años, hace un año, en la actualidad y en el futuro.

El test de Mauchly indicó que la asunción de la esfericidad se violaba, $\chi^2(5) = 66.870$, $p < 0.001$, por tanto, se reporta el test corregido de Greenhouse-Geisser ($\epsilon = 0.79$). Los resultados mostraron que la época en que se realizaban las actividades era un indicador del número de actividades que realizaban, $V = 0.571$, $F(3, 100) = 44.446$, $p < 0.001$, $\eta^2_p = 0.571$. Concretamente, se daba una función cuadrática, esto es, si bien hace 10 años

realizaban muchas actividades, el número de esta ha ido reduciéndose hasta la actualidad, aunque en el futuro esperan poder volver a realizar el mismo nivel de actividades que hace 10 años.

Relación entre la realización de las actividades del listado intereses y el WHODAS

Con el fin de conocer si la realización de más o menos actividades estaba relacionada con los distintos factores del WHODAS, se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson (véase Tabla 9). Los resultados mostraron que la realización de distintas actividades estaba relacionada como una menor puntuación en el WHODAS, esto es, con una mejor situación en los factores evaluados por este cuestionario. Concretamente, el realizar más actividades hace 10 años se relacionaba con menores puntuaciones en CC tanto en el ingreso como en el alta, así como en el RP y el PS al alta del paciente; realizar más actividades un año antes del ingreso estaba relacionado con puntuaciones más favorables en CC, CMA, CP, RP y AVD al ingreso, y CC, AVD y TAE en el alta; por su parte, realizar más actividades en la actualidad se relacionaba con puntuaciones más bajas en CC, CMA, CP, AVD y PS en el ingreso, y en CMA, CP, RP, AVD y PS en el alta; finalmente, tener previsto realizar más actividades en el futuro se relacionaba con mejores puntuaciones en CC, CP, RP y AVD en el ingreso, y en CC, CMA, AVD y PS en el alta.

Tabla 9. Correlaciones bivariadas de Pearson entre los factores del WHODAS en el ingreso, en el alta y las actividades

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	M	DT
1. CC ingreso																		2.27	.79
2.CMA ingreso	.403***																	1.56	.77
3. CP ingreso	.405***	.611***																1.39	.71
4. RP ingreso	.531***	.411***	.566***															2.22	.82
5. AVD ingreso	.496***	.449***	.480***	.542***														2.22	1.07
6. TAE ingreso	.655***	.739***	.386	.241	.492*													2.06	1.12
7. PS ingreso	.497***	.638***	.661***	.626***	.479***	.545***												2.44	.75
8. CC alta	.229*	.226*	.301**	.169	.174	.181	.233*											1.60	.61
9. CMA alta	.252*	.571***	.447***	.244*	.327**	.789***	.481***	.484***										1.32	.62
10. CP alta	.107	.452***	.403***	.208*	.377***	.516*	.386***	.379***	.681***									1.23	.47
11. RP alta	.100	.210*	.184	.310**	.108	.311	.221*	.683***	.354**	.247*								1.79	.70
12.AVD alta	-.006	.321**	.187	.117	.287**	.667**	.155	.585***	.624***	.570***	.525***							1.63	.82
13. TAE alta	.282	.351	.087	.087	.348	.648*	.273	.705**	.256	.259	.783***	.615**						1.35	.56
14. PS alta	.199	.253*	.158	.198	.096	.424	.299**	.620***	.420***	.286***	.702***	.563***	.785***					1.83	.52
15. Acts 10 años	-.241*	-.059	-.111	-.085	-.136	-.324	-.015	-.303**	-.180	-.100	-.281**	-.197	-.343	-.318**				20.44	9.07
16. Acts 1 año	-.310**	-.223*	-.225*	-.202*	-.258**	-.131	-.159	-.213*	-.187	-.149	-.261*	-.180	-.505*	-.298**	.820***			15.17	8.16
17. Acts actualidad	-.304**	-.288**	-.265**	-.192	-.285**	-.164	-.235*	-.173	-.255*	-.210*	-.288*	-.206*	-.399	-.254*	.715***	.914***		13.81	7.97
18. Acts futuro	-.318**	-.178	-.203*	-.200*	-.224*	-.379	-.176	-.227*	-.224*	-.122	-.185	-.212*	-.391	-.265*	.737***	.806***	.743***	18.78	8.94

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; M = Media; DT = Desviación Típica.

5.2.4 DISCUSIÓN

El TMG afecta a las diferentes esferas de la vida de la persona que padece la enfermedad, la repercusión suele ser mayor en aquellos casos donde no se siguen las pautas del tratamiento indicado, lo que conlleva una descompensación del paciente y un posible ingreso hospitalario. Conforme se producen un mayor número de ingresos el deterioro suele ser mayor. Un factor preventivo para evitar los ingresos es el establecer rutinas ocupacionales unidas al tratamiento psicofarmacológico (Avila et al., 2010). En los resultados obtenidos, hemos podido apreciar como aquellos usuarios con un mayor número de ingreso, presentaban una relación negativa con el número de actividades que realizaban o que les gustaría realizar. Esta reducción ocupacional se puede asociar a un mayor deterioro de la enfermedad. En el metaanálisis "The positive and negative syndormna scale (PANSS) for schizophrnia" (Kay et al., 1987) pone de manifiesto la importancia de la historia clínica, asociada a una disminución de las capacidades del desempeño ocupacional.

Se ha comprobado que una implicación en actividades que resulten estimulantes para la persona, se traduce en niveles de bienestar subjetivo más alto (Brown et al., 1991), disminución del sentimiento de soledad, incremento del estado de ánimo (Lee & Ishii, 1987). La ocupación puede actuar como factor determinante de la salud cognitiva, psicosocial y emocional, pudiendo prevenir del deterioro cognitivo (Clark et al., 2012). Por el contrario, y como se ha mencionado, la desocupación puede llevar a una limitación funcional y, por tanto, a un empeoramiento del estado de salud (Adams et al., 2011).

Dentro de la programación de actividades propuesta en la unidad, se intento que el mayor número se realizaran en la comunidad, llevándose a cabo diferentes salidas terapéuticas donde se trabajaban pautas ensayadas previamente en la unidad (Santolaya et al., 2004).

Según los resultados, aquellos pacientes que manifestaban una mayor realización de actividades presentaban mejores datos en la escala WHODAS. Lo que significa que presentaban un nivel funcional más alto. No obstante, seguimos encontrando importantes carencias en el ámbito laboral y educativo, repercutiendo estas áreas en la social, lo que obliga a un gran número de usuarios a tener una dependencia familiar (Endicott et al., 1976).

En la recogida de datos se aprecia que la mayoría de usuarios se encuentran cobrando alguna prestación económica por enfermedad, no obstante, la mayoría de ellos habían tenido experiencia laboral de forma ocasional. En la actualidad sus percepciones de incorporación al mercado laboral son muy reducidas por diferentes motivos entre los que están la falta de preparación, dificultad para mantener una rutina ocupacional o el recibir alguna prestación económica incompatible con el trabajo remunerado (García et al., 2000).

Al administrar el listado de interés, apreciamos la dificultad que presentaban los usuarios para discernir entre actividades que realizaban de forma ocasional con aquellas que eran de su interés, tendiendo a marcar todas aquellas actividades fueran o no de su agrado y realizando un mayor número de actividades en el pasado, pero que en la actualidad se había reducido. Otro aspecto que nos llamó la atención fue la carencia que presentaban para identificar actividades de ocio. Se observó cómo a pesar de describir un gran número de actividades, a lo largo del día tendían a permanecer inactivos. (Moreira, 2013).

Un gran número de usuarios/as tienen a tener un ocio insatisfecho, este a su vez es rasgo de la propia enfermedad. Las veces que participan en alguna actividad lúdica era motivado por la invitación de los propios profesionales, pero no de un modo espontáneo (Cendoya et al., 2007).

Al finalizar el ingreso, se les preguntaba por sus preferencias ocupacionales, por aquellas actividades que habían retomando durante su ingreso o que habían sido de su interés. La mayoría de ellos indicaron las actividades creativas o con un carácter más lúdico como aquellas actividades con las que más habían mantenido la continuidad y las cuales pensaban seguir realizando al alta. Este tipo de actividades pretenden tener una serie de efectos terapéuticos, ayudando a los pacientes a conseguir aquellos cambios deseados (Jiménez, 2005).

Se pudo apreciar como las actividades con un carácter más lúdico y con un nivel de requerimiento de habilidad no muy alto, sirvieron como enganche para posteriormente incrementar la participación en grupos o actividades con una mayor complejidad (Van, 2000). Esto conllevaba a una mayor implicación ocupacional, que a su vez influía en su estado emocional y en su recuperación (Trainor et al., 2010).

ESTUDIO III

5.3 EL ESTIGMA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL HACIA LOS USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL

Resumen

Introducción: Las personas con trastornos mentales padecen el etiquetado que provoca el estigma y éste a su vez les genera una desventaja con el resto de los componentes de una sociedad, limitando su participación como ciudadanos activos en la misma y mermando su calidad de vida. Los profesionales no están a salvo de interiorizar estos estereotipos y prejuicios asumidos por su entorno reflejándose en sus actitudes y comportamientos hacia los usuarios en los diferentes servicios de salud mental.

Metodología: El diseño empleado en este estudio para conocer el estigma de los profesionales de salud mental es un estudio cuantitativo, analizando el nivel de estigma que presentan los profesionales mediante el cuestionario de Atribución-27 (AQ27). La muestra resultó de 59 profesionales.

Resultados: Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la existencia de actitudes y comportamientos estigmatizadores por parte de los profesionales analizados. Dentro de los datos sociodemográficos de la muestra cabe destacar que el mayor nivel de formación de los profesionales disminuye las actitudes y comportamientos relacionados con el estigma.

Conclusiones: Se ha podido constatar la existencia de diferentes factores del estigma como son la ayuda, la coacción, la piedad y la evitación que afectan a los profesionales de la salud mental.

THE STIGMA OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS TOWARDS USERS WITH A
MENTAL DISORDER

Abstract

Introduction: Individuals with mental disorders are labeled in such a way that produces the stigmatization. This generates a disadvantage as regards the rest of the members of the society, limiting their participation as active members of it and being, deleterious, at the same time, to their way of life. Mental health professionals are not safe of internalizing these stereotypes and prejudices assumed from their environment, therefore reflecting stigmatizing attitudes and behaviors towards the users in the different mental health resources.

Methodology: The design used in this study to determine the stigma of mental health professionals is a quantitative study, analysing the level of stigma presented by professionals using the Attribution Questionnaire-27 (AQ27). The sample consisted of 59 professionals.

Results: The results obtained show the existence of stigmatising attitudes and behaviours on the part of the professionals analysed. Within the sociodemographic data of the sample, it should be noted that the higher level of education of the professionals decreases attitudes and behaviours related to stigma.

Conclusions: It has been possible to confirm the existence of different stigma factors such as help, coercion, pity and avoidance that affect mental health professionals.

Palabras clave: estigma, profesionales, salud mental, recuperación.

Keywords: stigma, professionals, mental health, recovery.

5.3.1 INTRODUCCIÓN

El estigma puede ser considerado como una marca o atributo que vincula a la persona con características indeseables (Jones et al., 1984). Se han desarrollado varios enfoques teóricos sobre el estigma relacionados con la salud mental, entre los que se incluyen modelos cognitivos sociales que dan importancia a los estereotipos (creencias negativas sobre un grupo), el prejuicio (acuerdo con las creencias estereotipadas, o las reacciones emocionales negativas como el miedo o la ira, o ambos), y la discriminación (consecuencia conductual de los prejuicios, como la exclusión de las oportunidades sociales y económicas) (Corrigan, 2000).

En general, el desarrollo del estigma sobre la enfermedad mental proviene de la percepción hacia estas personas como extrañas, temibles, impredecibles, agresivas y carentes de autocontrol (Crisp et al., 2000). El papel que juegan los medios de comunicación también influye negativamente en el desarrollo del estigma de estas personas. En este contexto, los profesionales sanitarios están influenciados por las ideas y la cultura del sistema sanitario en el que trabajan. Según Kassam et al., (2012), se espera que los profesionales sanitarios promuevan actitudes positivas, compasivas y de apoyo hacia las personas con enfermedades mentales. Sin embargo, algunos profesionales de la salud a menudo transmiten percepciones menos solidarias de la posibilidad de éxito y recuperación de las personas con enfermedades mentales (Rüsch et al., 2005).

En el estigma asociado a la enfermedad mental se han diferenciado tres niveles que interactúan entre sí: estructural, social e internalizado (Corrigan, 2000).

El estigma estructural o institucional se refiere a las discriminaciones existentes a nivel estructural en leyes e instituciones (Corrigan et al., 2011).

El estigma social o público hace referencia al estigma de la población general respecto a distintos grupos o características de las personas. Se trata de ideas o juicios creados por uno mismo hacia un contexto o sector de la población (Tirado, 2018). En el caso de las personas con enfermedad mental, además de las ideas preconcebidas de la enfermedad se le añade el condicionante de que muchos de ellos/as han tenido o tienen problemas de adicciones (Pascual & Pascual, 2017), incrementando los estereotipos creados y dificultando el acceso a aquellos tratamientos más adecuados (Torrens et al., 2017; Vega et al., 2015). Desde la perspectiva del estigma social, se han estudiado los efectos en distintos

grupos y situaciones como son los familiares de las personas con enfermedad mental (Angell et al., 2005; FEAFES, 2014), los profesionales de la salud mental (Gray, 2002) el ámbito laboral, los medios de comunicación o la población general.

Finalmente nos encontramos con el estigma internalizado, refiriéndose al estigma que asume cada persona (Corrigan et al., 2008); autoestigma (Björk et al., 2018; Knaak et al., 2017). En él se generan pensamientos negativos, que a su vez van a reducir su autoeficacia, creando un comportamiento autodiscriminatorio (Loubat et al., 2017; Rodríguez et al., 2016).

Los profesionales que ofrecen tratamiento a personas con trastorno mental también manifiestan actitudes y comportamientos estigmatizantes que pueden afectar a las intervenciones que realizan, suponiendo un obstáculo en la búsqueda y adherencia al tratamiento y en la recuperación de sus pacientes (Polanco et al., 2013). Incluso, en ocasiones, las enfermedades o molestias físicas de este perfil de usuarios son consideradas como sintomatología psiquiátrica, obviando la causa orgánica que la puede estar provocando (Happell & Ewart, 2016).

A pesar de existir una mayor conciencia sobre la naturaleza médica de las enfermedades psiquiátricas, un número importante de profesionales de la salud siguen percibiendo que los pacientes psiquiátricos son inferiores a los demás (Ebrahimi et al., 2012), incluso violentos e impredecibles (Giandinoto et al., 2018; Winter et al., 2016) y considerando la reclusión psiquiátrica como una forma de castigo, llegando a dejar de cuestionarse el bienestar emocional del paciente (Pande et al., 2011). En una revisión sistemática que analiza el estigma en profesionales de la salud, los autores llegan a la conclusión de que, en los diferentes estudios analizados, tanto en España como a nivel internacional, las actitudes discriminatorias varían en función de las condiciones y de la patología de los pacientes, sin diferir demasiado su opinión de la población general. Además, indican la necesidad de profundizar en la estigmatización que presentan los profesionales de la salud hacia la enfermedad mental (Navarro & Trigueros, 2019).

5.3.2 MÉTODO

Para esta investigación se diseñó un estudio cuantitativo, observacional y descriptivo. La población de estudio fueron los profesionales de salud mental de los diferentes recursos asistenciales del Hospital Psiquiátrico Román Alberca de Murcia, con el objetivo de conocer sus actitudes y pensamientos hacia las personas con trastorno mental. Los recursos donde trabajan los profesionales de salud mental del estudio eran el Hospital General, la Unidad de Larga Estancia (ULE), la Unidad Regional de Media Estancia (URME), la Unidad de Corta Estancia (UCE), los Centros de Rehabilitación de Salud Mental (CRSM), Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), el Hospital de Día (HD) y el Programa de Pisos Terapéuticos (PPT).

Previamente al comienzo de la investigación, se informó a la dirección del Hospital Psiquiátrico Román Alberca de Murcia, y se les explicó los contenidos y objetivos del estudio. Se aseguró desde un primer momento la confidencialidad de los datos proporcionados por los participantes. La entrega de la documentación a rellenar por parte de los profesionales se hizo personalmente, y la recogida mediante una urna con la finalidad de no romper el anonimato.

Todos los participantes en el estudio firmaron el consentimiento informado. El estudio obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

Los criterios de inclusión para el estudio fueron ser profesionales con al menos un año de experiencia laboral en salud mental que quisieran participar en el estudio. Se excluyó del estudio al personal no sanitario de los diferentes recursos asistenciales integrados en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca, como celadores, administrativos, personal de limpieza, cocina, etc.

Muestra

De los 118 profesionales de salud mental de la plantilla de los diferentes centros, 80 quisieron formar parte del estudio. Todos eran profesionales de salud mental, de diferentes categorías, pertenecientes a los recursos asistenciales integrados dentro del Hospital Psiquiátrico Román Alberca de Murcia. Se les hizo entrega de la entrada informativa, hoja de datos sociodemográficos y cuestionario de Atribución-27 (AQ27). Se recogieron 62 documentos,

considerándose 3 inválidos y resultando el número final de la muestra de 59 sujetos.

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL ESTUDIO

Para obtener las variables del estudio, como hemos comentado anteriormente, se les facilitó una ficha de datos sociodemográficos y el cuestionario de Atribución-27 (AQ27) de Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan y Kubiak (2003). En la literatura científica, el estigma de la enfermedad mental se ha analizado a través de diferentes estrategias e instrumentos de evaluación (Link et al., 2004). Uno de estos instrumentos es el cuestionario de Atribución-27 (AQ27) que fue diseñado con el fin de medir la actitud estigmatizante y las creencias hacia personas con enfermedad mental, evaluando constructos que explican estereotipos, creencias y conductas frente a estos pacientes (Corrigan et al., 2003). Es un instrumento que ha sido validado y ampliamente utilizado a nivel internacional (Akyurek et al., 2019; Pingani et al., 2012). Las poblaciones donde se ha utilizado son muy variadas. Entre otras, en familiares de personas diagnosticadas de esquizofrenia (Sousa et al., 2012), policías (Wainwright & Mojtahedi, 2020) y estudiantes y profesionales de medicina (Oliveira et al., 2020). En España ha sido validado por Muñoz et al., (2015), en una muestra de población general de 439 personas. Además, ha sido utilizado en un estudio en profesionales que trabajaban en salud mental de España, Portugal e Italia, donde se observó actitudes positivas y negativas por parte de estos profesionales hacia las enfermedades mentales (Del Olmo et al., 2019). Los factores (Tabla 10) de este cuestionario constituyen las variables dependientes del estudio. Las situaciones planteadas incluyen varias posibilidades: descripción neutra o sin peligro, peligro, peligro sin control de causa, y peligro con control de causa. Consta de 27 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 1 a 9. La puntuación total de estigma oscila entre 27 y 243 puntos.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos obtenidos, se procesó a través del programa estadístico SPSS v.21.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes. Las variables continuas se presentaron como media \pm desviación estándar (DE), analizando todos los factores del cuestionario AQ27 (Tabla 10).

Tabla 10. Factores de Atribución (AQ27)

FACTORES DEL ESTIGMA	DESCRIPCIÓN
Responsabilidad sobre la enfermedad mental	Considerar al enfermo culpable de su situación.
Piedad	Tener pena, compasión, preocuparse en exceso, considerar que lo comprenden.
Ira	Sentirse enfadado, violentado, irritado.
Peligrosidad	Considerar a la persona con trastorno mental peligrosa e impredecible, sentirse inseguro y amenazado.
Miedo	Sentirse aterrorizado, asustado.
Ayuda	Querer ayudar en exceso, considerar incapaz, facilitarle las tareas, sobreprotección, paternalismo.
Coacción	Obligar a la persona con trastorno mental a seguir un tratamiento.
Segregación	Considerar que el tratamiento más adecuado es apartarlo de la sociedad mediante la reclusión en un hospital psiquiátrico.
Evitación	No querer vivir situaciones normalizadas con personas con trastorno mental, como tomarse algo, compartir coche, trabajar juntos

5.3.3 RESULTADOS

En la tabla 11, se describen los datos sociodemográficos de los profesionales estudiados en la presente investigación.

Tabla 11. Datos Sociodemográficos Profesionales

Género	18 hombres (30,5%) 41 mujeres (69,5%)
Edad	entre 24 y 63 años media de 43 ± 11,3 años
Profesión	2 trabajadores sociales (3,4%) 4 psicólogos (6,8%) 4 terapeutas ocupacionales (6,8%) 5 psiquiatras (8,5%) 16 enfermeros (27,1%) 28 auxiliares de enfermería (47,5%)
Tiempo trabajado en salud mental	entre 1 año y 36 años media de 12 ± 9,1 años
Tipo de recurso en el que trabaja	- Recursos hospitalarios 46 sujetos (78%) Compuesto por 3 psiquiatras, 3 psicólogos, 1 trabajador social, 2 terapeutas ocupacionales, 10 enfermeros y 27 auxiliares de enfermería. - Recursos comunitarios 13 sujetos (22%) Compuesto por 2 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 trabajador social, 2 terapeutas ocupacionales, 6 enfermeros y un auxiliar de enfermería.

A continuación, tras analizar el cuestionario AQ27 que se facilitó a los profesionales, se describen los resultados obtenidos. El nivel de estigma medio de la muestra fue de $105,03 \pm 24,81$, lo que corresponde a un nivel bajo-medio, siendo el factor de la ayuda el que obtiene la mayor puntuación con $22,88 \pm 4,38$ de media, lo que se considera una puntuación alta (Figura 2).

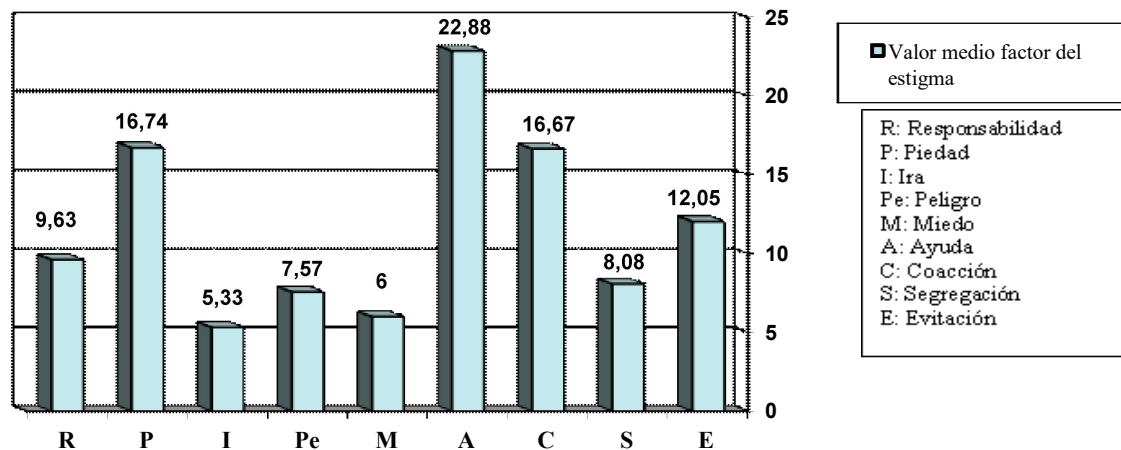


Figura 2. Factores del estigma entre los profesionales

Le siguen los factores de piedad con $16,74 \pm 4,45$, coacción con $16,67 \pm 4,45$ y evitación con $12,05 \pm 6,78$, que obtienen puntuaciones medias. Los factores de responsabilidad con $9,63 \pm 3,4$ y de segregación con $8,08 \pm 5,1$ obtienen puntuaciones bajas. El factor con menos puntuación ha sido el de ira con $5,33 \pm 3,42$, seguido por miedo con $6 \pm 4,26$, puntuaciones que se consideran muy bajas (Figura 2).

Al analizar el cuestionario por ítems, se observa que obtuvieron mayor puntuación de media los pertenecientes al factor de ayuda: el AQ20 (probabilidad de ayudar) con $7,83 \pm 1,49$; el AQ8 (estar dispuesto a hablar de su problema) con $7,76 \pm 1,99$ y el AQ21 (certeza con la que cree que lo ayudaría) con $7,29 \pm 1,63$. Por el contrario, los ítems con menor puntuación han sido el AQ3 (me aterraría) con $1,44 \pm 1,18$; el AQ10 (es su culpa su situación actual) con $1,47 \pm 1,05$ y el AQ4 (me sentiría enfadado) con $1,51 \pm 1,26$.

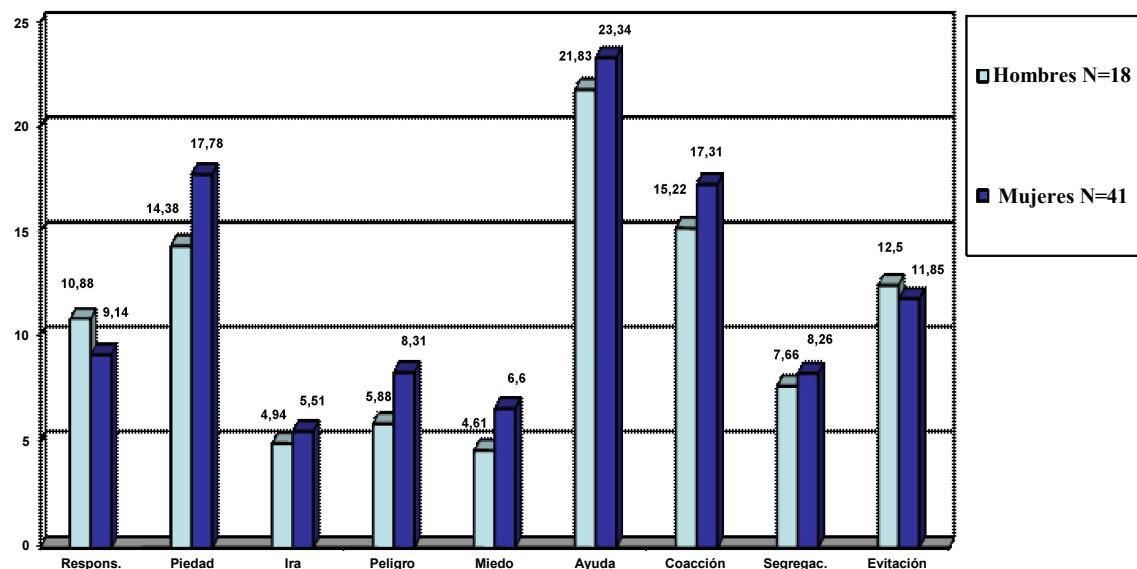


Figura 3. Factores del estigma según género

Tras estudiar los datos y teniendo como variable el género (Figura 3), el nivel de estigma general es ligeramente superior en mujeres con $108,14 \pm 26,19$ de media que, en hombres, con $97,94 \pm 20,22$ de media. Esta diferencia también se aprecia en los factores del estigma, siendo los factores de piedad con $17,78 \pm 4,15$ en mujeres y $14,38 \pm 4,29$ en hombres, y peligrosidad con $8,31 \pm 4,52$ en mujeres y $5,88 \pm 2,44$ en hombres los factores en los que existe mayor diferencia. En los factores de responsabilidad y evitación se invierten las cantidades, obteniendo los hombres mayores puntuaciones, con $10,88 \pm 3,37$ en hombres y $9,14 \pm 3,32$ en mujeres, y $12,50 \pm 8,76$ en hombres y $11,85 \pm 5,82$ en mujeres respectivamente.

A continuación, se analizó la variable independiente de la edad (Figura 4), siendo los intervalos de 60 a 63 años con $118 \pm 49,49$ de media, y de 51 a 60 años con $113,84 \pm 28,5$ los que obtienen cantidades superiores, y el intervalo de 24 a 30 años con $92,50 \pm 13,54$ el que obtiene el nivel de estigma inferior, seguido por el intervalo de 41 a 50 años con $99,70 \pm 19,63$ y por el de 31 a 40 años con $107,68 \pm 26,7$ (Figura 3). La mayoría de los factores del estigma presentan cantidades superiores en los intervalos de mayor edad, apreciándose la mayor diferencia en el factor de coacción, con valores de $21,5 \pm 3,53$ en el intervalo de 61 a 63 años, y de $20,3 \pm 7$ en el de 51 a 60 años frente a $11,62 \pm 4,43$ en el intervalo de 24 a 30 años. Sin embargo, el factor de responsabilidad obtiene su valor inferior en el intervalo de 51 a 60 años, con $7,84 \pm 3,43$ de media.

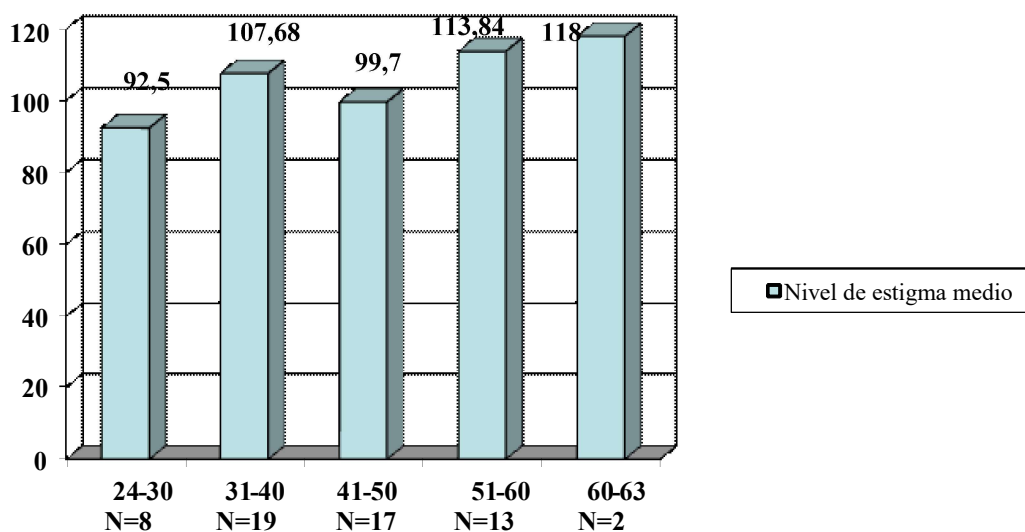


Figura 4. Factores del estigma según la edad

Por profesiones (Figura 5) son bastante manifiestas las diferencias en los niveles de estigma general, siendo los auxiliares de enfermería los que presentan un nivel bastante superior al resto, con $121,53 \pm 24,23$ de media frente a los niveles de los siguientes grupos, que son los psicólogos con $98,75 \pm 16,52$, y los trabajadores sociales con $98,5 \pm 10,6$ de media. Los niveles inferiores de estigma los presentan los terapeutas ocupacionales con $83,75 \pm 13,09$ de media seguidos por los psiquiatras con $87,8 \pm 17,36$ y los enfermeros con $89,25 \pm 11,68$ (Figura 5). Por factores, las puntuaciones más altas las obtienen los enfermeros en el factor de ayuda con $25,25 \pm 2,01$ de media, los auxiliares el de coacción con $20,5 \pm 5,13$, los psicólogos en el de piedad con $18,25 \pm 1,70$, los trabajadores sociales en evitación con $17,5 \pm 9,19$, los auxiliares en segregación con $11,85 \pm 4,81$ y los psiquiatras en responsabilidad con $11,8 \pm 2,58$. Los valores máximos de coacción y segregación pertenecientes al grupo de los auxiliares son los que distan más respecto al segundo valor de estos factores: $20,5 \pm 5,13$ y $11,85 \pm 4,81$ frente a $15,50 \pm 6,36$ en trabajadores sociales y $6 \pm 2,58$ en terapeutas ocupacionales, respectivamente.

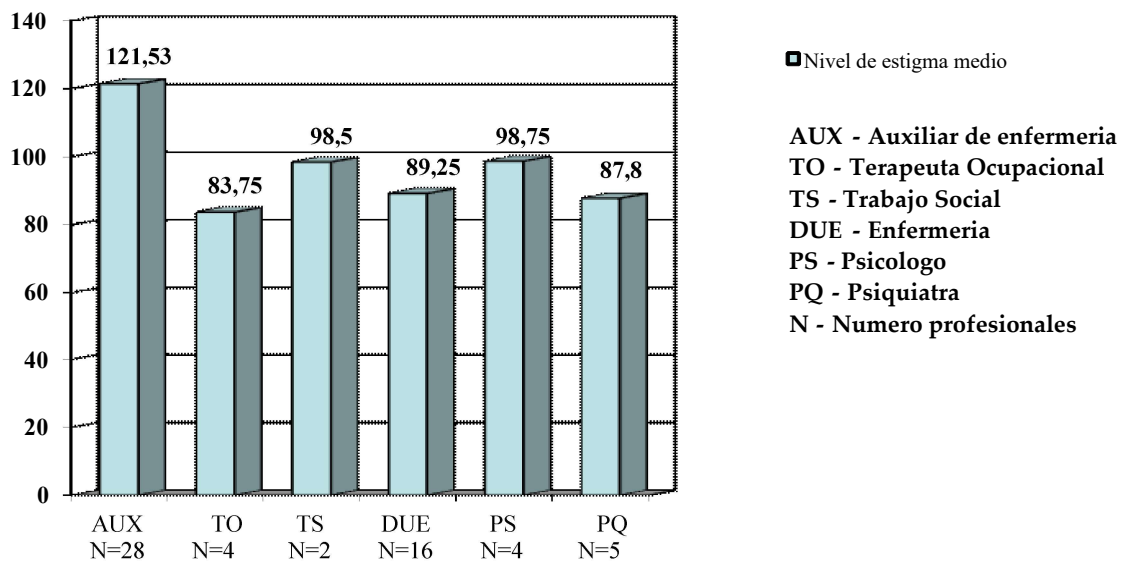


Figura 5. Factores del estigma según categoría profesional

Al analizar los datos teniendo en cuenta el tiempo trabajado en salud mental (Figura 6), los niveles superiores de estigma lo obtienen los intervalos de 31 a 36 años trabajados con $131,33 \pm 41,94$ de media, seguido por el de 16 a 20 años con $110 \pm 13,94$ y el de 21 a 25 años con $109,5 \pm 43,24$. Los niveles inferiores de estigma corresponden a los intervalos de 11 a 15 años con $96,88 \pm 19,69$ de media, seguido por el de 1 a 5 años con $100,33 \pm 23,71$ (Figura 6).

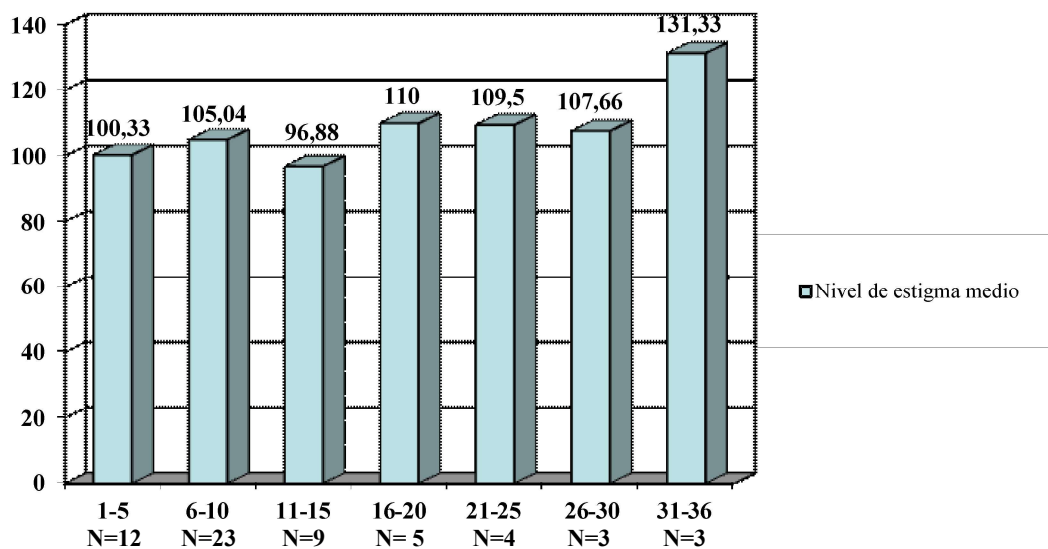


Figura 6 . Factores del estigma según tiempo trabajado

Por factores es también el intervalo de 31 a 36 años trabajados el que obtiene las mayores puntuaciones en la mayoría de los factores del estigma: en responsabilidad 12 ± 1 de media, en piedad $17,66 \pm 5,77$, en peligrosidad 11 ± 7 , en miedo $12,33 \pm 8,14$, en ayuda 26 ± 1 , en coacción $22,66 \pm 3,21$, en segregación $12 \pm 8,18$ y en evitación $14,66 \pm 10,4$. El factor de ira obtiene el valor más alto en el intervalo de 16 a 20 años trabajados, con $6,8 \pm 4,38$ de media (Figura 6).

Se diferenció el tipo de recurso (Figura 7) en el que los profesionales desarrollaban sus funciones entre hospitalario (Unidad Regional de Media Estancia y Unidad de Corta Estancia) y comunitario (Hospital de Día, Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario y Pisos Terapéuticos). Siendo el nivel de

estigma superior en los profesionales de los recursos hospitalarios, con $111,36 \pm 23,69$ de media, frente a $82,61 \pm 13,13$ de los profesionales de los recursos comunitarios. En los factores del estigma, obtuvieron puntuaciones superiores los profesionales de los recursos hospitalarios, a excepción del factor de ayuda, en el que obtienen puntuaciones superiores los profesionales de los recursos comunitarios.

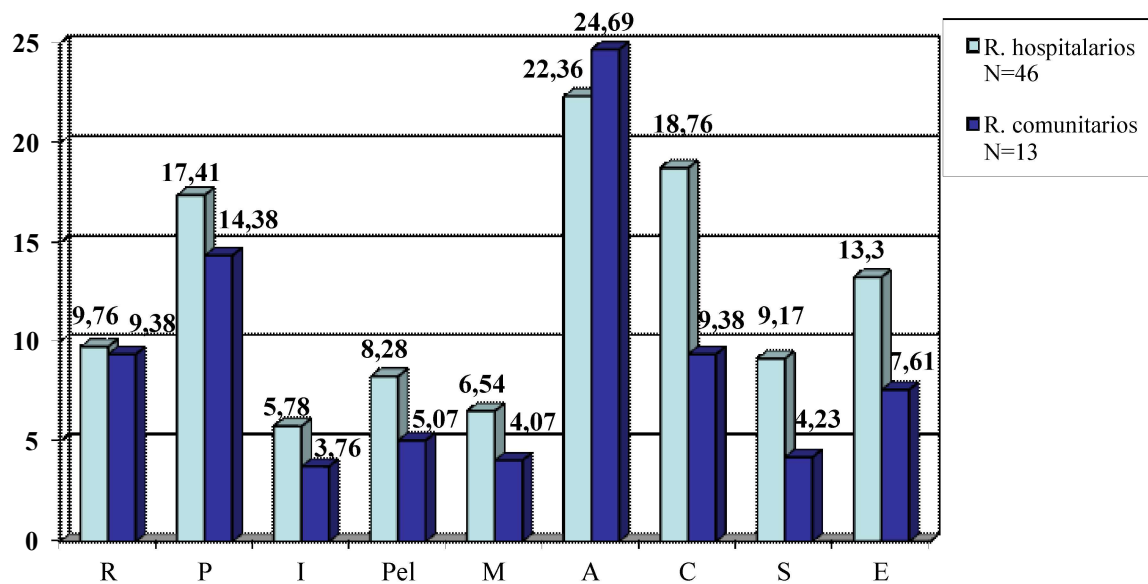


Figura 7. Factores del estigma según recursos

5.3.4 DISCUSIÓN

La asistencia ofrecida por la institución hospitalaria, hace que la ratio de personal se incline claramente hacia los profesionales de menor cualificación (auxiliares de enfermería), destinados principalmente a proporcionar cuidados básicos a los usuarios. Siendo la proporción del resto de categoría profesional muy desigual, por lo que se optó por comparar al personal auxiliar de enfermería con el resto de profesionales. En los datos obtenidos, se pone de manifiesto el mayor nivel de estigma general del grupo de los auxiliares de enfermería que, al ser mayoría sobre el resto de profesionales, hace inclinarse el nivel de la muestra hasta bajo-medio, aunque el resto de participantes tengan un nivel de estigma menor.

En el presente estudio, se hace evidente la presencia de actitudes y comportamientos estigmatizadores hacia las personas con trastornos mentales por parte de los profesionales sanitarios dedicados a su asistencia y tratamiento, observando que los factores más relevantes del estigma, y, por tanto, las actitudes que aparecen con más frecuencia en los profesionales son la ayuda, la coacción, la piedad y la evitación (Muñoz et al., 2009) Para poder cambiar estas actitudes y comportamientos (Rüsch et al., 2005) una herramienta a emplear es el contacto directo con los usuarios (Corrigan & Matthews, 2003; Corrigan & Penn, 1999), facilitando la interacción en entornos comunitarios fuera de la institución (Estroff et al., 2004) . En los datos analizados, encontramos que la categoría profesional que presenta niveles más bajos de estigma corresponde a la de Terapia Ocupacional, quienes suelen realizar intervenciones fuera del entorno hospitalario, manteniendo un contacto directo con el usuario durante el desarrollo de las diferentes actividades de la vida diaria, permitiendo un trato más cercano y normalizado.

En cuanto a los datos sociodemográficos, existen diferencias en las actitudes y comportamientos de los profesionales sanitarios según su profesión y formación, destacando más actitudes estigmatizadoras entre los profesionales con menor formación.

Según nuestros resultados, así como los de diferentes estudios (Pande et al., 2011), el nivel de estigma disminuye al aumentar la formación de los profesionales, por lo que atribuimos la diferencia de resultados obtenidos a esta diferencia de formación de los profesionales de ambas muestras. El nivel de

estigma está inversamente relacionado con la formación (Schulze, 2007) de los profesionales: a mayor formación menos nivel de estigma (Hayward & Bright, 1997). Así Tay et al. (2004) manifiestan que la cualificación profesional y una experiencia en el ámbito psiquiátrico favorecen actitudes significativamente más positivas.

Los auxiliares de enfermería obtienen puntuaciones muy superiores al resto de profesionales con titulación universitaria (Jones et al., 2008; Angermeyer & Dietrich, 2006). Sin embargo, se reiteran las referencias a las actitudes de coacción, en cuanto imponer la toma de medicación o la derivación a recursos por parte de los profesionales de mayor formación, pudiendo surgir conductas paternalistas entre los/as psiquiatras, en las que se tiende a la sobreprotección (Angell et al., 2005).

Por tanto, sin ser conscientes de ellos, los profesionales de la salud (Filipčić et al., 2003) también presentan creencias y conductas negativas hacia las personas con enfermedad mental (Björkman et al., 2008).

Respecto al género, edad, tiempo trabajado en salud mental o el tipo de recurso, teniendo en cuenta nuestros resultados y los obtenidos en otros estudios (Ebrahimi et al., 2012), no podemos afirmar que exista una relación significativa con respecto a las actitudes estigmatizadoras en los profesionales.

Los profesionales sanitarios en el ámbito de salud mental presentan comportamientos estigmatizadores hacia las personas con trastorno mental, percibiendo éstos que estas actitudes aparecen con más frecuencia cuando acuden a los hospitales generales y son tratados por profesionales no especialistas en salud mental (Struch et al., 2008). En el trabajo realizado por el Royal College of Psychiatrists de Londres encontramos que los médicos, sin formación o experiencia en salud mental, tendían a creer que las personas con enfermedad mental eran peligrosas e impredecibles (Mukherjee et al., 2002).

Sin ser conscientes, el estigma que sufren las personas que padecen un trastorno mental dificulta su recuperación, teniendo una serie de connotaciones negativas (Ruiz et al., 2012) que impiden tener las mismas oportunidades que el resto de personas. Debemos tener en cuenta las características de la propia patología y a esto añadirle los prejuicios e ideas erróneas que existen hacia este perfil de pacientes (Angermeyer, 2002).

Todas estas connotaciones negativas que han ido apareciendo a lo largo del estudio van a repercutir en la calidad de vida de las personas con un trastorno mental (Penn & Couture, 2002). Los profesionales de la salud deben promover el empoderar al paciente con la finalidad de mejorar la asistencia sanitaria que reciben y reducir el estigma (Sartorius, 2002).

Según Lien et al. (2019), es necesario y fundamental determinar la evolución de las actitudes hacia las enfermedades mentales entre los profesionales sanitarios. En este sentido y desde esta perspectiva, los resultados de la presente investigación muestran el estigma de los trabajadores de los diferentes recursos asistenciales del Hospital Psiquiátrico Román Alberca de Murcia hacia los enfermos mentales. En definitiva, estos resultados proporcionan evidencia para que las instituciones implementen programas y acciones contra el estigma, centrados en mejorar las actitudes de los profesionales de la salud hacia la enfermedad mental, pudiendo repercutir positivamente en su recuperación y mejorar la calidad de la atención sanitaria prestada, entre otras cuestiones.

Una limitación de este estudio es que se aborda la perspectiva del profesional, siendo necesario también profundizar en la perspectiva de los pacientes. Como futura línea de investigación proponemos la necesidad de desarrollar un estudio cualitativo complementario al que presentamos, con una población suficientemente amplia y que desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud mental permita profundizar en el tema de estudio. De esta forma, se pueden comprender más las situaciones clínicas y los múltiples factores que pueden estar implicados.

VI – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

VI - DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

Cuando iniciamos este estudio nos planteamos como objetivo principal el conocer las limitaciones que presentaban los usuarios con TMG y como la Terapia Ocupacional a través de las diferentes ocupaciones podía colaborar en la recuperación. Para ello, en el primer estudio se evaluó a los usuarios tras su ingreso y antes de recibir el alta, empleándose como herramientas un registro de participación en los grupos programados, una hoja donde se recogían datos sociodemográficos y la escala WHODAS. Esta escala nos proporciona información acerca de la discapacidad en diferentes poblaciones, entre ellas las personas con esquizofrenia. Consta de 7 factores: Comprensión y Comunicación (C.C); Capacidad para Moverse a su Alrededor (CMA); Cuidado Personal (CP); Relación con otras Personas (RP); Actividades de la Vida Diaria (AVD); Trabajo y Actividades Diarias (TAD); y Participación en la Sociedad (PS).

El factor TAD, aunque incluido en esta escala, no se tuvo en cuenta al analizar los resultados debido al bajo número de usuarios que trabajaban, siendo únicamente 18 de un total 103 usuarios evaluados. Esta situación se asocia a que la mayoría se encontraban jubilados/as o cobraban alguna prestación económica, además se le suma el bajo nivel de estudios y una edad media por encima de los 40 años. Si cada vez a cualquier persona se nos hace más complicado acceder al mercado laboral, imaginemos la cantidad de limitaciones que se le presentan a una persona con una enfermedad mental (Stuart, 2006).

Las evaluaciones de los usuarios fueron contrastadas desde el punto de vista del profesional tras este observar las conductas y habilidades del usuario/a durante su participación en los grupos. Los resultados mostraron que tanto los pacientes como los profesionales indicaban que la Comprensión y Comunicación, la Participación en Sociedad y las Actividades de la Vida Diaria eran las principales limitaciones que encontraban (Berrueta, 2013). Siendo las actividades cotidianas, y en concreto las relacionadas con los hábitos saludables y de higiene, las que antes se ven afectadas cuando el paciente presenta sintomatología activa (Gómez, 2013).

Al evaluar el apartado de las RP, únicamente los profesionales indicaron puntuaciones más altas, lo que indicaba un deterioro a la hora de relacionarse con personas que no conocen, entablar nuevas amistades o mantener relaciones sexuales. Autores como Stephen Hinshaw y Andrea Stier (2008) mantienen que la falta de relaciones personales afecta a la salud psicológica y al bienestar.

Al realizar las reevaluaciones una vez producida el alta y tras participar en los diferentes grupos programados, pudimos constatar una mejoría en la CC y en la PS. Esta mejoría va acorde con las actividades que se han ido desarrollando durante el periodo del ingreso, las cuales se han intentado realizar en ambientes lo mas normalizados posibles, fomentando la interacción y comunicación.

Como ocurría al inicio, al comparar la puntuación de las RP al alta, estas diferían de la del profesional. Nos parece importante destacar que se observó que los pacientes en un inicio daban puntuaciones más bajas, lo cual podemos interpretar como que no percibían que existiera ningún problema. En cambio, una vez al alta daban puntuaciones más elevadas, detectando una limitación en sus RP. Entendemos que estas diferencias de puntuación son debidas a una mayor autoevaluación por parte del paciente, teniendo una mayor conciencia de sus limitaciones tras el ingreso en la unidad (Beck, 2004).

El resto de apartados evaluados por la escala WODHAS, las puntuaciones de las evaluaciones dadas por lo pacientes y profesionales fueron similares.

Para terminar con esta parte del estudio, encontramos diferencias con los datos sociodemográficos. Por sexo, las mujeres tienden a realizar una evaluación más negativa y los hombres mayor dificultad en las AVDs. Si tenemos en cuenta la edad, esta estaba relacionada con una peor valoración en el CP. Asimismo, un mayor número de ingresos se relacionaba con una peor valoración en CC, mientras que aquellos que contaban con menos estudios presentaban peor CC y AVDs.

La siguiente parte de los datos analizados corresponde al listado de intereses, este instrumento pertenece al Modelo de Ocupación Humana realizado por Kielhofner (Kielhofner, 2002), aportándonos información sobre aquellas actividades que resultaban de interés para el usuario/a. En este listado aparecen 67 actividades a las que los participantes debían responder si las realizaban o no en cuatro periodos diferentes: hace 10 años, hace un año, en la actualidad y si les gustaría realizarlas en el futuro.

Al administrar el listado de intereses, apreciamos la dificultad que presentaban la mayoría de usuarios/as para diferenciar entre las actividades de su interés con aquellas que realizaban sin llegar a ser motivantes; tendiendo a indicar actividades cotidianas, o realizadas de forma ocasional como de su interés. Al profundizar en la entrevista indicaban su realización, pero no su agrado, por ejemplo: muchos indicaban la realización de tareas de hogar o de cocina, pero al aclarar lo que debe ser un interés modificaban su respuesta.

Otro aspecto observado, fue la falta de realización y continuidad en aquellas actividades indicadas de su interés. Cuando se les ofrecía la posibilidad de realizarla, lo hacían de forma ocasional sin llegar a finalizarlas o no mantenían una asiduidad en su realización.

Al finalizar el ingreso, se les preguntó por aquellas actividades realizadas durante su ingreso y que habían sido de su interés, indicando la mayoría de usuarios/as que las actividades creativas habían sido sus preferidas. Este tipo de actividades creativas además de despertar intereses tienen otra serie de beneficios. Las actividades artísticas propician identidad, conllevan una estimulación cognitiva, adquisición de habilidades sociales y la canalización e integración de las emociones (Häfelin, 2008; Rico; Stuckey & Nobel, 2010). A través de este tipo de grupos se permite expresar y exteriorizar todo el mundo interior, siendo una herramienta de liberación (Aranguren & León, 2011). Este tipo de actividades presentaron una mayor continuidad en el tiempo, los usuarios/as que iniciaban la actividad tendían a mantenerse en ella hasta su finalización, durante el desarrollo del grupo se les daba la posibilidad de escoger entre diferentes materiales y estilos, de modo que se facilitase la expresión artística (Res Tous, 2006).

A través de este tipo de actividades creativas se producía un enganche ocupacional que facilitaba el establecimiento de rutinas y la creación de estrategias que pueden ser aplicadas a situaciones cotidianas (Gabbard, 2009). Para concluir, al comparar los datos del listado de interés con la escala WHODAS se constató que aquellos usuarios/as que a lo largo de los diferentes periodos habían mantenido mayores intereses presentaban puntuaciones más bajas en los factores medidos por la escala WHODAS, lo que significaba que se encontraban en una situación más favorable y por tanto, colaborando en su recuperación (Reyes, 2007). La realización de este tipo de actividades creativas otorga a su vez la oportunidad de incrementar la motivación de las personas, mejorando la

adherencia a los tratamientos tradicionales y la satisfacción con la asistencia recibida (Solli, 2013).

Para finalizar el estudio, se empleó una ficha de datos sociodemográficos y el cuestionario de Atribución- 27 de Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan y Kubiak, de 2003 (AQ27). Este cuestionario cuantifica el nivel de estigma general dependiendo de los factores que lo componen; Responsabilidad sobre la enfermedad mental, Piedad, Ira, Peligrosidad, Miedo, Ayuda, Coacción, Segregación y Evitación.

El cuestionario fue administrado a los/as profesionales del HPRA. Los datos obtenidos ponen de manifiesto el mayor nivel de estigma general del grupo de los auxiliares de enfermería, que al ser mayoría sobre el resto de profesionales hace inclinarse el nivel de estigma general de la muestra hasta bajo-medio, aunque el resto de participantes tengan un nivel de estigma menor.

Al contrastar los resultados obtenidos del AQ27 con las vivencias de los usuarios/as, se hace evidente la presencia de actitudes y comportamientos estigmatizadores hacia las personas con trastornos mentales por parte de los profesionales sanitarios. Ambas partes (profesionales y usuarios) coinciden en que las actitudes que aparecen con más frecuencia en los profesionales son la ayuda, la coacción, la piedad y la evitación (Muñoz, 2009).

Se encontraron diferencias en las actitudes estigmatizantes en función de la formación de los profesionales, apareciendo con mayor frecuencia cuando la formación era menor. Las/os auxiliares de enfermería obtuvieron puntuaciones muy superiores al resto de profesionales con titulación universitaria. Sin embargo, en el grupo de discusión se reiteran las referencias a las actitudes de coacción, en cuanto imponer la toma de medicación o la derivación a recursos por parte de los profesionales de mayor formación (psiquiatras). Para reducir el nivel de estigma existen diferentes estrategias, siendo el contacto social y la formación las más efectivas (López, 2008). Por el contrario, los profesionales que presentaron niveles más bajos de estigma fueron los Terapeutas Ocupacionales, los cuales debido a su dinámica de trabajo tienen un mayor contacto con los usuarios/as y en diferentes contextos.

Respecto al género, edad, tiempo trabajado en salud mental o el tipo de recurso, teniendo en cuenta nuestros resultados y los obtenidos en otros estudios

(Ebrahimi, 2012), no podemos afirmar que exista una relación significativa con respecto a las actitudes estigmatizadoras en los profesionales.

A nivel general y sin que seamos conscientes de ello, los profesionales de la salud también presentan creencias y conductas negativas hacia las personas con enfermedad mental (Björkman, 2008). Estas actitudes aparecen con más frecuencia cuando son tratados por profesionales no especialistas en salud mental como ocurre en los hospitales generales (Struch, 2008) y así lo señalaron los usuarios/as durante el grupo de discusión.

El estigma que sufren las personas que padecen un trastorno mental dificulta su recuperación, teniendo una serie de connotaciones negativas que impiden tener las mismas oportunidades que el resto de personas. Los profesionales tenemos un papel fundamental a la hora de reducir estas barreras (García, 2014).

CONCLUSIONES

CONCLUSIÓN ESTUDIO I

Los resultados indicaron que las principales limitaciones detectadas por los usuarios y profesiones para el desempeño ocupacional eran la comprensión y comunicación, la participación social y la realización de las actividades de la vida diaria. Una vez al alta y tras la participación de los usuarios/as en la cartera de actividades propuesta, se produjo una mejoría que se detectó especialmente en la comprensión y comunicación y en la participación social. Podemos afirmar que los programas de intervención realizados desde Terapia Ocupacional, han conseguido mejorar el desempeño y los intereses ocupacionales en el TMG, siendo percibida esta mejoría por los usuarios y por los profesionales una vez finalizado el ingreso en la Unidad.

CONCLUSIÓN ESTUDIO II

La recuperación en los pacientes con un Trastorno Mental Grave (TMG), es un proceso variable en el que influyen una gran variedad de factores, entre los que se encuentra la ocupación. Nos encontramos que los usuarios suelen tener un amplio abanico de actividades e intereses que tienden a abandonar conforme transcurre el tiempo. Entre las actividades con mayor adhesión, nos encontramos las actividades con un componente lúdico y con un nivel de ejecución no muy alto, sirviendo este tipo actividades como enganche para otras más complejas. Durante el proceso de la investigación, hemos observado lo complejo que ha resultado establecer rutinas ocupacionales en los usuarios, dependiendo estas de diferentes factores individuales y, por tanto, requiriendo de la adaptación ocupacional a cada caso. Aquellos usuarios/as que han establecido una rutina ocupacional, se aprecia una mejoría en parámetros funcionales que colaboran a su autonomía, siendo la ocupación un factor que debemos considerar en el proceso de recuperación de las personas con algún problema de salud mental.

CONCLUSIÓN ESTUDIO III

A lo largo de este estudio se ha podido constatar la existencia de diferentes factores del estigma como son la ayuda, la coacción, la piedad y la evitación que afectan a los profesionales de la salud mental. Entre las herramientas para mitigar estos factores están la formación y la interacción con los usuarios en situaciones cotidianas fuera de la institución, permitiendo romper con esta barrera que afecta a la mejora de la intervención.

VII – LIMITACIONES

VII – LIMITACIONES

Durante el desarrollo de esta investigación surgieron limitaciones de diferente índole, las cuales trataremos a continuación:

Al realizar el seguimiento de participación de los usuarios/as, resulto complicado que estos mantuvieran una continuidad en la programación de actividades debido a que aquellos pacientes que iban recuperando su autonomía recibían permisos para estar en su domicilio, siendo estos cada vez más largos, y por tanto, permaneciendo en la unidad días puntuales. Otros pacientes durante su ingreso en la unidad acudían a recursos externos, disminuyendo su participación en las actividades de nuestra unidad, lo que dificultó la continuidad en la participación y el establecimiento de una rutina ocupacional.

Sabemos que la anhedonia, la abulia, la apatía, el embotamiento afectivo, la irritabilidad, etc., son síntomas de la propia enfermedad, los cuales son difíciles de tratar en pacientes con una larga evolución de la enfermedad.

Nos encontramos con un gran número de pacientes con reingresos, los cuales se encuentran desmotivados de verse nuevamente ingresados en la unidad, y aunque continuamente se le invitaba a integrarse en la dinámica de actividades suelen rehusar participar permaneciendo largos periodos de tiempo inactivos.

Aunque la mayoría de los grupos son realizados por los Terapeutas Ocupacionales, también se realizan grupos en colaboración con otros profesionales y a su vez, estos llevan grupos e intervenciones individuales sin estar la figura del Terapeuta Ocupacional. Esto supuso que no se pudieran recoger todas las intervenciones que recibe el paciente por parte de los profesionales que le atiende y que influyen en su evolución. Como hemos mencionado, se intenta vincular a los usuarios con aquellos recursos que mejor se adapten a sus necesidades, recibiendo una serie de intervenciones que no han podido ser recogidas y evaluadas para este trabajo.

La mayor parte de los pacientes atendidos en la unidad, son pacientes crónicos, los cuales no trabajan ni estudian. La mayoría de ellos se encuentra

cobrando alguna prestación social, no pudiendo evaluar este apartado de la escala WHODAS.

Las intervenciones y grupos fueron realizados en la unidad, en la medida de lo posible se intento trabajar en la comunidad, pero no se logro realizar intervenciones en el domicilio e incorporar a la familia. Factor fundamental, para conocer la generalización de las pautas dadas en la unidad y la realización de un trabajo conjunto.

Otra dificultad encontrada, fue al hacer uso de las escalas. En algunos ítems sus preguntas eran confusas, y no eran bien entendidas por los usuarios/as. En el listado de intereses, se recoge actividades que han quedado obsoletas y en cambio, actividades que se realizan en la sociedad actual no quedan reflejadas.

Los pacientes tenían dificultad para diferenciar entre las actividades que realizaban y las que realmente eran de su interés, por lo que al administrar el listado de intereses marcaban actividades que no les motivaban pero que en habían realizado en alguna ocasión.

Se realizo un registro de los principales grupos en los que intervenían los usuarios, pero difícilmente se podían recoger aquellas intervenciones individuales que iban surgiendo en el día a día.

Cuando quisimos conocer el estigma de los profesionales surgieron otra serie de limitaciones; a la hora de dividir la muestra en subgrupos según las características sociodemográficas, existían categorías profesionales, recursos, intervalos de edad y de antigüedad dotados de escaso personal y esto hacía peligrar la representatividad y confidencialidad de los datos, así como la validez de los resultados del estudio, debiéndose más bien las diferencias obtenidas a características individuales y personales de los sujetos, que a características comunes atribuibles al subgrupo. Por este motivo se prescindió del estudio por recursos asistenciales concretos y se realizó en base a la categorización de comunitarios y hospitalarios.

El número de participantes de los recursos hospitalarios fue muy superior al de los recursos comunitarios y aunque en los últimos años se han implantado nuevos recursos de tratamiento de las personas con trastornos mentales a nivel comunitario, los recursos hospitalarios continúan teniendo el mayor peso de la asistencia. La herencia de la antigua psiquiatría hace que la ratio de personal aún

se incline claramente hacia los profesionales de menor cualificación destinados a proporcionar cuidados básicos a los usuarios, siendo la proporción de participantes de cada categoría profesional muy desigual equivaliendo a la de la plantilla total de trabajadores del Hospital Psiquiátrico, donde aproximadamente la mitad la constituyen los auxiliares de enfermería, por lo que finalmente optamos por comparar este grupo mucho más numeroso con el resto de profesionales, al no poderse obtener resultados concluyentes respecto al nivel de estigma por profesiones.

Se pone de manifiesto el mayor nivel de estigma general del grupo de los auxiliares de enfermería, que al tener gran superioridad numérica sobre el resto de profesionales hace inclinarse el nivel de estigma general de la muestra hasta bajo-medio, aunque el resto de participantes tengan un nivel de estigma menor.

A la hora de realizar el grupo de discusión surgieron ciertas limitaciones. Siguiendo los criterios de selección se escogieron aquellos usuarios con una visión más global y crítica de los recursos en los que habían sido atendidos. Se seleccionaron 8 candidatos y participando finalmente 5 de ellos. Esto se debió a la dificultad de compaginar horarios entre los distintos integrantes que se encuentran recibiendo tratamiento en unidades y recursos diferentes.

Al transcribir y analizar la conversación, nos cabe la duda de si ciertos comentarios expresados durante el grupo de discusión podrían verse distorsionados por el estado sintomático en el que se encontraba el/la usuario/a en el momento que ocurrieron los acontecimientos.

Otra limitación encontrada, algunos de los integrantes del grupo de discusión se centraban en temas personales, que poco tenían que ver con los propuestos, teniendo que intervenir los moderadores para reconducir la conversación.

Al realizar la transcripción de la conversación nos dimos cuenta que algunos de los temas que surgieron eran muy interesantes y fomentaban el diálogo entre los componentes del grupo pero no se centraban en el tema de estudio. Durante la grabación hay fragmentos de las voces que se distorsionan ligeramente, solventándose esta limitación con las anotaciones realizadas por el ayudante del grupo.

Para terminar y modo de conclusión, durante la realización de los diferentes apartados que conforman este trabajo, nos hemos encontrado con una gran variedad de limitaciones que de un modo u otro han afectado al desarrollo del trabajo. Se han intentado resolver y buscar alternativas, pero no obstante sabemos que debemos seguir trabajando en futuros nuevos estudios para mejorar los resultados de nuestra investigación. Sirviendo este trabajo como un proceso de aprendizaje del que esperamos salga nuevas líneas de investigación.

VIII. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

VIII. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Debido a la pandemia mundial que estamos sufriendo nuestras rutinas y roles han sido modificados; aspecto que podría ser de interés de estudio siguiendo las directrices del MOHO. Siendo interesante conocer los cambios que se hayan podido producir en aquellas personas con algún problema de salud mental, conocer la vivencia de un confinamiento dentro de una unidad hospitalaria o dispositivos similares y las posibles alteraciones que se hayan podido producir.

Al iniciar este trabajo, se intentó realizar una recogida de datos de diferentes dispositivos de salud mental que contasen con T.O; al no existir un formato de evaluación estandarizado, cada profesional en su dispositivo utilizó diferentes medios para recoger información. Como posible mejora del servicio de TO dentro del SMS, sería interesante unificar una herramienta de evaluación para todos los recursos de SM y contrastar los datos resultantes, aportando un mayor rigor a nuestra profesión.

Al administrar el listado de intereses podemos comprobar que se recogen actividades que han quedado obsoletas en la sociedad actual y, sin embargo, no recoge actividades que solemos realizar habitualmente. Una posible línea de investigación podría ser realizar una revisión de las actividades y su posterior actualización; recogiendo todas aquellas actividades que se realizan en la actualidad y que resulten de interés para los usuarios. Dentro del listado aparecen las actividades clasificadas en función del tiempo en que se realizan (Pasado, Presentes y Futuro) y en función de si la actividad era de “Mucho”, “Poco” o “Ningún” interés. Esta clasificación resulta algo compleja de administrar, por lo que sería más útil simplificarla, señalando únicamente en el periodo de tiempo que corresponda si se realiza la actividad.

Sería conveniente, que al igual que en este trabajo se ha recogido la percepción de usuarios y profesionales, tener la de aquellos familiares con los que conviven. Debido a la dinámica de funcionamiento de la unidad esto no ha sido posible, a lo cual hay que sumar las características personales de nuestros

usuarios. Siendo interesante recoger esta información en otras unidades donde los pacientes estén más vinculados al núcleo familiar.

Siguiendo con el punto anterior, y como mejora para posibles trabajos, se plantea la posibilidad de contrastar los resultados con otros recursos, donde la población no haya tenido tantos ingresos hospitalarios y se mantenga una mayor vinculación con la comunidad.

Otra futura línea de investigación que podría ser interesante sería la de contrastar los datos recogidos sobre el estigma. Recogiendo una mayor muestra de profesionales de diferentes recursos, con o sin formación específica en salud mental, y conocer los factores donde el estigma está más presente. De este modo se proporcionarán herramientas para su reducción.

Realizar un plan de intervención ocupacional domiciliario al alta y un seguimiento posterior, contrastando las puntuaciones dadas al inicio del ingreso, sería otra posible línea de investigación. Con aquellos pacientes, que la derivación sean recursos residenciales, analizar si mantiene los mismos niveles de autonomía que cuando estuvieron ingresados en la unidad.

Contrastar la programación ocupacional de los recursos de salud mental, conocer que se está realizando y unificar criterios basándonos en la evidencia. Una vez analizados los datos de las diferentes unidades, elaborado un dossier apoyándose en los resultados de la evidencia científica para posteriormente formular protocolos de actuación unificados.

El presente estudio cuenta con una parte cualitativa, donde se realizó un grupo de discusión con la finalidad de conocer las vivencias de los usuarios en referente al estigma. En el momento de su realización únicamente se contó con 5 participante, resultando una muestra poco representativa. No obstante, es fundamental recoger la opinión de los usuarios/as, siendo esta otra posible futura línea de trabajo.

IX - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IX – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, K. B., Restorick, A. & Cole, M. B. (2011). Changes in activity and interest in the third and fourth age: Associations with health, functioning and depressive symptoms. *Occupational Therapy International*, 18(1), p 4-17.

Akyurek G, Efe A, Kayihan H. (2019). Stigma and Discrimination Towards Mental Illness: Translation and Validation of the Turkish Version of the Attribution Questionnaire-27 (AQ-27-T). *Community Ment Health J*. Nov;55(8):1369-1376.

Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. . Rio de Janeiro: SDE/ENSP.

American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683.

American Occupational Therapy Association (2013). AOTA Forum on Interprofessional Team-Based Care: A discussion about evolving primary care delivery models: Exploring contributions from occupational therapy. Recuperado de: <http://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/Secure/Advocacy/Health-Care-Reform/forum-report.PDF>

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical 234 manual of mental disorders. 4.a ed. [tex. rev.]. Washington, DC: American Psychiatric Association. Available from: <http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-iv.pdf>

Angell, B., Cooke A. y Kovac, K. (2005). On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change. *Washington D.C: American Psychological*. 69-98.

Angermeyer M. (2002). From intuition to evidencebased anti-stigma interventions. *World Psychiatry*; 1(1): 21-227.

Angermeyer MC, Dietrich S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*; 113: 163-179.

Angermeyer, M.C. y Matschinger, H. (2003). El estigma de la enfermedad mental: efectos de etiquetado sobre las actitudes públicas hacia las personas con trastorno mental. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (4), 304-309.

AOTA. (1998). Occupational therapy in the promotion of health and the prevention of disease and disability. Rockville. American Occupational Therapy Association (AOTA).

Association American Occupational Therapy (2014). Occupational therapy practice framework: domain and process (OTPF). *Am J Occup Ther*; 68:S1-S48.

Assumpta, M.C. (2010). A reabilitação e reinserção social do doente mental em Cataluña, Espanha. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 6, 439-459.

Aubin, G. Stip, E. Gélinas, I. Rainville, C. Chapparo, Ch. (2009). Daily functioning and information-processing skills among persons with schizophrenia. *Psychiatrics Services*; 60(6): 817-822. DOI: <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.6.817>

Avila A, Canosa N, Groba B, Martínez R, Matilla R, Maxima N, Méndez B, Rives N, Talavera M, Viana I. (2010). Marco para la práctica de la terapia ocupacional: dominios y procesos.

Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. (2010). Desarrollo de una aplicación de valoración del equilibrio ocupacional Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición. Disponible en: <http://www.terapiaocupacional.com/aota2010esp.pdf>.

Beck AT., Baruch E., Balter JM., Steer RA., Warman DM. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res*; 68(2-3):319-29.

Berrueta LM, Bellido Mainar JR. (2013). Factores sociales que influyen en la salud mental. En: Sánchez Rodríguez, Oscar, Polonio López, Begoña y Pellegrini Spangenberg, Mariel. *Terapia ocupacional en salud mental teoría y técnicas para la autonomía personal*. Madrid: Panamericana, 33-44.

- Björk Brämberg E, Torgerson J, Norman Kjellström A, Welin P, Rusner M. (2018). Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Fam Pract*; 19(1):12.
- Björkman JT, Angelman T, Jönsson M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J. Caring Sci*; 22(2): 170-7.
- Boden, R. Sundström, J. Lindström, E. Lindström, L. (2009). Association between symptomatic remission and functional outcome in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res*; 107: 232-237. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.10.004>
- Boletín Oficial del Estado (2003). Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
- Boletín Oficial del Estado (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
- Boletín Oficial del Estado (2006). Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>
- Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986.
- Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory Res Pract*. 1979; 16:252-60.
- Brown, B. A., Frankel, B. G. & Fennell, M. (1991). Happiness through leisure: The impact of type of leisure activity, age, gender and leisure satisfaction on psychological wellbeing. *Journal of Applied Recreation Research*, (16), p 367-391.
- Browner WS, Black D, Newuman TB, Hulley SB. (1997). Estimación del tamaño de muestra y potencia. En: Hulley SB, Cummings SR. Editores. *Diseño de la Investigación Clínica, un enfoque epidemiológico*. España: Harcourt Brace, 153-165.

Castelao S, De Paz S. (2013). Acerca de Pinel, el Hospital de Zaragoza y la Terapia Ocupacional. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*; 33 (117), 81-94. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16589/16429>

Cendoya, M. Soledad Del Campo, M & Ruiz-Ortega, M (2007). Ocio y tiempo libre. Integración en recursos comunitarios. En A. R. Gonzalez, *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. p 248-249. Madrid: Ediciones Pirámide.

Chisolm, T. H, Abrams, H. B, McArdle, R., Wilson, R. H & Doyle, P. J. (2005). The WHO-DAS II: psychometric properties in the measurement of functional health status in adults with acquired hearing loss. *Trends in Amplification*, 9(3), 111-126. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4111522/>

Christ P, Coffin PS, Davis CG. (2000). The effects of employment and mental health status on the balance of work, play/leisure, self-care, and rest. *Occup Ther Ment Health*;15(1):27-42.

CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. (2003). 10ª ed. rev. Washington: Organización Mundial de la Salud. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6282/Volume1.pdf>

Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C., Cherry, B., Jordan-Marsh, M.... Azen, S. P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the wellbeing of independently living older people: Results of the well elderly 2 randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(9), p 782-790.

Colegio oficial de terapeutas ocupacionales de Castilla - la Mancha. (2018). Libro Blanco de la Terapia Ocupacional en Castilla-la Mancha. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/libro_blanco_de_la_terapia_ocupacional_en_salud_mental_de_castilla-la_mancha_cofto-clm.pdf

Concepción Salesa A, Hurtado López AM, Martínez Serrano J, Ortiz Martínez A. (2018) Programa de acción para el impulso y mejora de la salud mental en la CARM 2019-2022. Edita Gerencia Regional de Salud Mental : Murcia. Disponible: https://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2639&idsec=88

Confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental. Aproximación a la patología dual. (2014). Propuestas de intervención en la red FEAFES. Madrid: FEAFES.

Corrigan P, Markowitz F, Watson A, Rowan D, Kubiak M. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*; 44:162–179.

Corrigan P. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol Sci Pract*; 7:48-67.

Corrigan PW, Larson JE, Kuwabara SA. (2008). Social psychology of stigma for mental illness: Public stigma and self-stigma. In: J.E. Maddux & J.P. Tangley (Eds.), *Social Psychological Foundations of Clinical Psychology*. New York: Guilford Press.

Corrigan PW, Matthews AK. (2003). Stigma and Disclosure: Implications for Coming out the Closet. *Journal of Mental Health*; 12(3): 235-248.

Corrigan PW, Penn DL. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*, Sep; 54(9):765-76.

Corrigan, P.W. (2000). El estigma de la salud mental como la atribución social: Implicaciones para los métodos de investigación y el cambio de actitud. *Psicología clínica: ciencia y práctica*, 7 (1), 48-67.

Corrigan, P.W. Roe, D. y Tsang, H.W.H. (2011). *Challenging the stigma of mental illness: lessons for therapists and advocates*. New York: Wiley and Sons.

Corrigan, P.W. y Watson, A.C. (2004). At issue. Stop the stigma: Call mental illness a brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 477-479.

Corrigan, P.W., Larson, J.E. y Kuwabara, S.A. (2008). Social psychology of stigma for mental illness: Public stigma and self-stigma. In: J.E. Maddux & J.P. Tangley (Eds.), *Social Psychological Foundations of Clinical Psychology*. New York: Guilford Press.

Creek, J. & Hughes, A. (2008). Occupation and health: A review of selected literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(11), p 456-458.

- Crepeau, E. (2003). Analizar ocupación y actividad: una forma de pensar sobre el desempeño ocupacional. En E. Crepeau, E. Cohen y B. Schell (Eds.), *Terapia ocupacional de Willard y Spackman* (págs. 189-202). Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Crespo, M., Muñoz, M., Pérez-Santos, E. y Guillén, A.I. (2007). Stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain): descriptive study. *Community Mental Health Journal*, 44, 393-403.
- Crisp AH, Gelder AG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. (2000). Stigmatization of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*; 177(1): 4-7.
- Daniel WW. (1994). Algunas distribuciones muestrales importantes. En: Daniel WW Editor. *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud*. EUA: Noriega:137-220.
- Del Olmo-Romero F, González-Blanco M, Sarró S, Grácio J, Martín-Carrasco M, Martínez-Cabezón AC, Perna G, Pomarol-Clotet E, Varandas P, Ballesteros-Rodríguez J, Rebolleda-Gil C, Vanni G, González-Fraile E; INTER NOS group. (2019). Mental health professionals' attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* Apr; 269(3):325-339.
- Desisto MJ, Harding CM, McCormick RV, Ashikaga T, Brooks GW. (1995). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. I. Matched comparison of cross-sectional outcome. *Br J Psychiatry*. Sep;167(3):331-8.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5), 427-436.
- Dunning H. (1972). Environmental occupational therapy. *Am J Occup Ther* 26:292-298.
- Dunton WR. (1917). History of Occupational Therapy. *The Modern Hospital*; 8 (6): 380-382
- Durante Molina, P. y Noya Arnaiz, B. (1998). *Terapia Ocupacional en Salud Mental: Principios y Práctica*. Madrid, Masson
- Durante P, Noya B. (2002). *Terapia ocupacional en salud mental principios y practica*. Barcelona: Masson.

Eberhard A, Torrico P. (2013). Terapia Ocupacional en Salud Mental de corta estadía en clínica de atención primaria. Occupational therapy in short term mental health care in a private clinic. *Rev Chil Ter Ocup*; 13:45–55. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-768943>

Ebrahimi, H., Namdar, H. y Vahidi, M. (2012). Mental illness stigma among nurses in psychiatric wards of teaching hospitals in the north-west of Iran. *Irán J Nurs Midwifery Res*, 17 (7): 534-8

Eguidazu, M. (2015). Intervención desde Terapia Ocupacional en salud mental, análisis bibliográfico basado en evidencias. *Revista TOG*, 1-10. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num22/pdfs/revision4.pdf>

Eklund M, Hermansson A, Håkansson C. (2011). Meaning in life for people with schizophrenia: does it include occupation? *Journal of Occupational Science* 19(2): 93-105 Disponible en Web: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14427591.2011.605833>

Encuesta Nacional de Salud ENSE, España. (2017). Recuperado de: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss J, Cohen J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry*; 33: p 767–71.

Espinosa Iborra J. (1987). Ideología en España y tratamiento moral. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*; VII (20): p 117-123

Estroff SE, Penn DL, Toporek JR. (2004). From stigma to discrimination: an analysis of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label. *Schizophr Bull*;30(3):493-509

Farkas, M. (2007). The Vision of Recovery Today: What It Is and What It Means for Services. *World Psychiatry: Official Journal of WPA*, 6, no 2: 68-74.

Filipčić I, Pavčić D, Filipčić A, Hotujac L, Begić D, Grubisin J, Dordević V. (2003). Attitudes of medical staff towards the psychiatric label "schizophrenic patient" tested by an anti-stigma questionnaire. *Coll Antropo*; 1: 301-307.

- Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2003). Model of Human Occupation. En P. Kramer, J. Hinojosa, & C. B. Royeen, *Perspectives in Human Occupation: Participation in Life*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Foruzandeh N, Parvin N. (2013). Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: a pilot randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci*, 10(1): 136-141.
- Gabbard, G. O. (2009). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. (Horigian, V. tr). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- García, J., Peñuelas, E. y ots. (2000). "La formación y el empleo. Instrumentos básicos para la integración de las personas con trastornos psicóticos". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; XX, 73: 9-22.
- Giandinoto JA, Stephenson J, Edward K. (2018). General hospital health professionals attitudes and perceived dangerousness towards patients with comorbid mental and physical health conditions: Systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Nurs*; 27(3): 942-955.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Madrid: Amorrortu Editores.
- Gómez, C. (2013). *Intervención desde terapia ocupacional en salud mental*. España: Editorial MONSA.
- González de la Rivera. (1998). Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*; 19 (5):183-200
- Gray, A.J. (2002). El estigma en psiquiatría. *Revista de la Sociedad Real de Medicina* , 95 (2), 72-76.
- Green MF. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry*; 153: 321-30. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.153.3.321>
- Grupo de trabajo de la A.E.N. (GTR-AEN). (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación y recomendaciones*. Cuaderno técnico, 6. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Available from: <http://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/CTecnicos6.pdf>

Häfelin, P. (2008). ¿Puede la actividad plástica ayudar en el tratamiento de personas con trastornos mentales severos? Tesis de licenciatura no publicada. Universidad de Chile.

Happell B, Ewart SB. (2016). "Please believe me, my life depends on it": Physical health concerns of people diagnosed with mental illness. *Aust Nurs midwifery J*; 23(11):47.

Harrow M, Jobe TH, Faull RN. (2014). Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. *Psychological Medicine*; Mar 24;1-10.

Harvey A. (1993). Quality of life and the use of time theory and measurement. *J Occup Sci Aust*; 1:27-9.

Hayward P, Bright JA. (1997). Stigma and mental illness: a review and critique. *Journal of Mental Health*; 6(4): 345-354.

Hinshaw, Stepehn & Stier, Andrea (2008). Stigma as Related to Mental Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 367-93.

Horvath AO, Luborsky L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Cons Clin Psychol*; 61:561-73.

Horwitz, N. (2004). El cambio de la práctica médica: Desafíos psicosociales para la profesión. *Revista médica de Chile*, 132(6), 768-772.

Ikiugu, M.N.; Nissen, R.M.; Bellar, C.; Maassen, A.; Van Peurse, K. (2017). Clinical effectiveness of occupational therapy in mental health: a meta-analysis. *American Journal of Occupational Therapy*; 71(5): 1-9.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Recuperado de: <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenefermental.pdf>

Jiménez, J. P. (2005), El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. En R. Riquelme & E. Thumala (Eds.), *Avances en psicoterapia y cambio psíquico*. p. 89- 107. Santiago: Sociedad Chilena de Salud Mental.

- Jones S, Howard L, Thornicroft G. (2008). Diagnostic overshadowing: worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand.* 2008; 118: 169-73.
- Jones EE, Farina A, Hastorf AH, Markus H, Miller DT, Scott RA. (1984). *Social Stigma: The psychology of marked relationships.* New York: Freeman.
- Kassam A, Papish A, Modgill G, Patten S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The opening minds scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*;12(1): 12-62.
- Katz N, Keren N. (2011). Effectiveness of occupational goal intervention for clients with schizophrenia. *Am J Occup Ther*; 65 (3): 287-296.
- Kay S, Fiszbein A, Opler L. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*; 13: p 261-76.
- Kielhofner G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice.* Cuarta edición. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Kielhofner G., Igi, CH. (1980). A model of human occupation, Part 4. Assessment and intervention. *Am J Occup Ther* 34:777-788.
- Kielhofner, G. (1995). *A model of Human Occupation: Theory and application.* 2^a ed. Baltimore. Williams and Wilkins.
- Kielhofner, G. (2004). *Modelo de la Ocupacion Humana. Teoria y Aplicación.* (3a). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Kielhofner, G. (2006). "Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional". Editorial Médica Panamericana.
- Kielhorfner G. (2002) *A model of human Occupation Theory and Application.* 3^a ed. Baltimore: Lippicont, Williams and Wilkins.
- Kleinman, L. Lieberman, J. Dube, S. Mohs, R. Zhao, Y. Kinon, B. et al. (2009) Development and psychometric performance of the schizophrenia objective functioning instrument: An interviewer administered measure of function. *Schizophr Res*; 107: 275-285. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.10.002>

- Knaak S, Mantler E, Szeto A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manag forum*; 30(2):111-116.
- Kurzban S, Davis L, Brekke JS. (2010). Vocational, social, and cognitive rehabilitation for individuals diagnosed with schizophrenia: a review of recent research and trends. *Curr Psychiatry Rep.* 2010; 12:345–55. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0129-3>
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., y Rössler, W. (2004). ¿Qué pasa con la actitud de los psiquiatras a los enfermos mentales?. *European Psychiatry* , 19(7), 423-427.
- Lee, G. R. & Ishii-Kuntz, M. (1987). Social interaction, loneliness, and emotional well-being among the elderly. *Research on Aging*, (9), p 459-482.
- Legault, E.; & Rebeiro, K.L. (2001). Case report. Occupation as means to mental
- Licht, S. (1948). *The Occupational Therapy Source Book*. Baltimore: The Williams & Wilkins Co.
- Lien YY, Lin HS, Tsai CH, Lien YJ, Wu TT. (2019). Changes in Attitudes toward Mental Illness in Healthcare Professionals and Students. *Int J Environ Res Public Health*. Nov 22;16(23):4655.
- Liggins, J., y Hatcher, S. (2005). El estigma hacia los enfermos mentales en el hospital general: Un estudio cualitativo. *Psiquiatría del Hospital General* , 27(5), 359-364.
- Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*; 30: 511–541.
- Livingston, J.D., y Boyd, J.E. (2010). Correlatos y consecuencias del estigma internalizado para las personas que viven con la enfermedad mental: Una revisión sistemática y meta-análisis. *Social Science & Medicine* , 71 (12), 2150-2161.
- Lopez M, Laviana M, Fernandez L, Lopez A, Rodriguez A.M, Aparicio A. (2008) La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* vol.28 no.1 Madrid

López, M., Laviana, M., López, A., Márkez, I., Fernandez, A., y Pérez-Sales, P. (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.

López-Ibor J.J. (2008) La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. *Rev. Actas Esp. Psiquiatr*; 36 (1):1-9. Recuperado de: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/49/ESP/9-49-ESP-1-9-857704.pdf>

Loubat M, Lobos R, Carrasco N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*; 12(39): 15-25.

M. Pérez de Heredia-torres, et al. (2007). Origen de la terapia ocupacional en España. *REV NEUROL*; 45 (11): 695-698

Maciver D, Morley M, Forsyth K, Bertram N, Edwards T, Heasmane D, et al. (2015). Innovating with the Model of Human Occupation in Mental Health. *Occup Ther Ment Heal*; 31(2):144-54.DOI: <https://doi.org/10.1080/0164212X.2015.1029603>

Magallares Sanjuan, Alejandro. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*, 13(2), 7-17. Disponible en: <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/816>

Magliano, L., Read, J., Patalano, M., Sagliocchi, A., Oliviero, N., Campitiello, F. & Cerrato, F. (2012). Contrarrestar el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el 33 ámbito sanitario: una experiencia piloto en una muestra de estudiantes italianos de medicina. *Psychology, Society & Education*, 4(2), 169-181.

Marichal, F. y Quiles, MN. (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12(3), 458-465.

Marwaha, S. y Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment, a review. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (5) 337-49.

Mee, J.; & Sumsion, T. (2001). Mental health clients confirm the motivating power of occupation. *British Journal of Occupational Therapy*; 64: 121-128.

Meyer A. (1922). The philosophy of occupational therapy. *Archives of Occupational Therapy*. 1922(1):1-10.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.

Ministerio de Sanidad, Política Social y e Igualdad. (2012). Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_espanola_discapacidad_2012_2020.pdf

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Colección Documento. Serie documentos técnicos, N° 21005. Madrid. Available from: <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenermental.pdf>

Miralles, P. y Valverde, M. (2011). *Terapia ocupacional en salud mental*. Masson.

Moll, S.E.; Gewurtz, R.E.; Krupa, T.M.; Law, M.C.; Larivière, N.; Levasseur, M. (2015). "Do-Live-Well": a Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*; 82(1): 9-23.

Moreira, L. (2013). Ocio y salud mental: estudio cualitativo de la evolución del ciclo vital de personas atendidas en Unidad de Hospitalización Breve.

Morrison, R. Metáforas. (2011). Conceptos y perspectivas para la reflexión crítica desde la Filosofía de la Ocupación Humana. Espacio T.O. Venezuela. *Revista electrónica*, 7. Recuperado de: <http://www.espaciotovenezuela.com/revista.html>.

Morrison, R., Olivares, D., & Vidal, D. (2011). La filosofía de la Ocupación Humana y el paradigma social de la Ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2), 102 - 119. doi:10.5354/0719-5346.2011.17785

Moruno Miralles, P. y Romero Ayuso, D. M. (2001). Historia de la terapia ocupacional en el ámbito de la Salud Mental. *Revista Informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales*. 27. p. 3-10.

Moruno P, Talavera MA. (2012) *Terapia ocupacional en salud mental*. 1ªed. Barcelona: Elsevier-Masson.

Moruno, P. & Romero, D. M. (2004). Terapia Ocupación en salud mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, (1), p 1-18. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num1.htm>.

Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Checinski K, Surgenor T. (2002). The stigmatisation of psychiatric illness. *The Psychiatrist*; 26(5): 178-181.

Muñoz M, Pérez E, Crespo M, Guillén A. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.

Muñoz M, Guillén A, Pérez-Santos E, Corrigan PW. A (2015) structural equation modeling study of the Spanish Mental Illness Stigma Attribution Questionnaire (AQ-27-E). *Am J Orthopsychiatry*; 85(3):243–9.

Muñoz, M., Sanz, M., y Pérez-Santos, E.P. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 7, 41-50.

Navarro N, Trigueros R. (2009). Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática. *Psychology, Society, & Education*; 11(2): 253-266.

Navarro-Mateu y cols. (2014). Use of health services, adequacy and delay of initial treatment contact of mental disorders in general population: the PEGASUS-Murcia Project. Poster presentado en el XVI World Congress of the World Psychiatry Association. Madrid (España). 14-18.

Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res*; 72:29–39. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.09.007>

Oliveira AM, Machado D, Fonseca JB, Palha F, Silva Moreira P, Sousa N, Cerqueira JJ, Morgado P. (2020). Stigmatizing Attitudes Toward Patients With Psychiatric Disorders Among Medical Students and Professionals. *Front Psychiatry*. Apr 30;11:326.

Oliveira, A.G. y Alessi, NP. (2003). Mental health nursing work: contradictions and current potentialities. *Revista latino-americana de enfermagem*, 11(3), 333-340.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html

Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 Disponible: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/

Pande V., Saini R. y Chaudhury S. (2011). Attitude toward mental illness amongst urban nonpsychiatric health professionals. *Ind Psiquiatria J*, 20(1) 17-20

Paniagua G. (2017). Validación del cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud en población clínica del área metropolitana de San Salvador y Santa Ana;11(1-2):53-9. Available from: <https://www.camjol.info/index.php/CREACIENCIA/article/view/6040>

Pascual Mollá M, Pascual Pastor F. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*; 29(4): 223-226.

Patiño D., Zuleta V., Londoño L., Ramírez L., Viveros E. (2012). Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. *Rev Colomb Cienc Soc*; 3:243-258. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5123797>

Pelicer Y. (1975). Historia de la Psiquiatria en Francia. En: *Word History of Psychiatry*, pag 126 Ed. JG. Howerlls Brunner, Londres.

Penn D. Couture S. (2002). Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness. *World Psychiatry*; 1(1): 20-21.

Pérez, B., & Otros. (2017). Dossier: Intervención en Salud Mental desde Terapia Ocupacional. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra. Nafarroako LanTerapeuten Elkargoa (COTONA_NALTE), pp. 22.

Pileño M, Morillo F, Salvadores P, Nogales A. (2003) "El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval". *Cultura de los cuidados*, (13). p. 29-35.

Pingani L, Forghieri M, Ferrari S, Ben-Zeev D, Artoni P, Mazzi F, Palmieri G, Rigatelli M, Corrigan PW. (2012). Stigma and discrimination toward mental

illness: translation and validation of the Italian version of the Attribution Questionnaire-27 (AQ-27-I). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Jun;47(6):993-9.

PLAN DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA 2006-2009
<http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/177137-plansalud-mental.pdf>

PLAN DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA 2010-2013
<http://wwwmurciasalud.es/175419-anteproyecto-plansalud-mental-2010-2013b.pdf>

Polanco-Frontera, N., Cajigas-Vargas, I., Rivera-Segarra, E., Varas-Díaz, N., Santos-Figueroa, A., y Rosario-Hernández, E. (2013). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 4(3), 250-263.

Poon M, Siu A, Ming S. (2010). Outcome analysis of occupational therapy programme for persons with early psychosis. *Work*; 37(1): 65-70.

Quiroga, V. A. M. (1995). Occupational therapy: The first thirty years, 1900-1930. USA: Bethesda, MD, American Occupational Therapy Association.

Rangel, G., Martínez, A.A., Estévez, M. y Valladares, B. (2012). Evolución histórica de la asistencia psiquiátrica para los estudiantes y profesionales de la salud. In *Primer Congreso Virtual de Ciencias Morfológicas*. Consultado el 06 de octubre 2018, de

Recovering Ordinary Lives. (2006). The strategy for occupational therapy in mental health services 2007-2017. A vision for the next ten years. College of Occupational Therapists. United Kingdom.

Reed, K. L. y Sanderson, S. (1999). Concepts of occupational therapy. 4^a ed. Baltimore. Lippincott Williams and Wilkins.

Res Tous, C. (2006). De la fortaleza vacía a la casa habitada. Trabajo presentado en el primer Congreso Nacional de Terapias Creativas, Noviembre, Barcelona.

REYES, P. (2007). El potencial relacional del Arteterapia en la intervención psicoterapéutica temprana de la psicosis. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, 2, 109-118.

Rodríguez Luna M, Barrientos M, Rosado J, García Benítez C, Reinoso R, Luque F, Cano P, Sánchez Moreno A.(2016). *Actividad Motivada y Patología Dual*. Málaga.

Rodríguez, A. (2002). "Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos", Madrid, ed. Pirámide

Romero Ayuso, D. y Moruno Miralles, P. (2003). *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnica*. Barcelona, Masson.

Rossell SL, Coakes J, Shapleske J, Woodruff PWR, David AS. (2003) Insight: Its relationship with cognitive function, brain volumen and symptoms in schizophrenia. *Psychol Med*; 33:111–9. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291702006803>

Ruiz MA, Montes JM, Correas J, Álvarez C, Mauriño J, Perrino C. (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Rev Psiquiatr Salud Ment*; 5(2):98-106.

Ruiz-Ruiz JC, García-Ferrer S, Fuentes-Durá I. (2006). La relevancia social de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*; 24:137–55. Available from: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/74/76>

Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*; 20(8): 529-539.

Salgado M, Espinosa G. (2013) La importancia de la terapia ocupacional a través del cuidado del paciente psiquiátrico. *Enf Neurol*[Internet]. (12): p.34-39. Disponible: www.medigraphic.org.mx

Santolaya Ochando, F., Vallina Fernández, O., Gallach Solano, E. y Perona Garcelán, S. (2004). *Tratamientos Psicológicos y Recursos Utilizados en la Esquizofrenia: Guía Breve para Profesionales y Familiares*. Tomo I. Valencia. Colegio Oficial de Psicólogos de la comunidad de Valencia. Disponible en: <http://www.cop-cv-org/db/publicacions/tomo1.pdf>

Sanz, R & Rubio, C. (2011). Eleanor Clarke Slagle. Fundadora y "madre" de la terapia ocupacional. Su legado. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*. 2011, 8, 13: 1-19. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/historial.pdf>

Sartorius N. (2002). Iatrogenic Stigma of Mental Illness. Begins with Behaviour and Attitudes of Medical Professionals, Especially Psychiatrists. *British Medical Journal*; 324: 1470-1471.

Schell, B.A., Gillen, G., Scaffa, M. (2013). Willard et Spackman's Occupational Therapy (12th ed) Lippincott Williams et Wilkins

Schmid, T. (2005) Promoting health through creativity. For professionals in health, arts and education. England: Whurr.

Schulze B. (2007). Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*; 19(2): 137-155.

Siegel S. (1994). El nivel de significancia y el tamaño de la muestra. En: Siegel S. Editor. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. EUA: Trillas:25-37.

SOCINTO. (2019). Terapia Ocupacional en Atención Primaria: Dotando funcionalidad a la vida de las personas. Sociedad Científica de Terapia Ocupacional (SOCINTO). Comunidad de Madrid. España, pp. 103.

Solli, H.P., Rolvsjord, R., & Borg, M. (2013). Toward understanding music therapy as a recovery-oriented practice within mental health care: A meta-synthesis of service users' experiences. *Journal of Music Therapy*, 50(4), 244-273.

Sousa S, Marques A, Rosário C, Queirós C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends Psychiatry Psychother*; 34(4):186-97.

Statement on occupational therapy. (2011). World Federation of Occupational Therapists; August; 1. Available from: http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT_ON_OCCUPATIONAL_THERAPY_300811.pdf

Struch N, Levav I, Shereshevsky Y, Baidani-Auerbach A, Lachman M, Daniel N, Zehavi T. (2008). Stigma experienced by persons under psychiatric care. *Isr J Psychiatry Relat Sci*; 45(3): 210-8.

Stuart, Heather (2006). Mental Illness and Employment Discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 522-526

Stuckey, H.L. & Nobel, J. (2010) The connection between art, healing, and public health: A review of current literature. *American Journal of Public Health*, 100 (2).

Tanaka C, Yotsumoto K, Tatsumi E, Sasada T, Taira M, Tanaka, K, et al. (2014). Improvement of functional Independence of patients with acute schizophrenia through early occupational therapy: a pilot quasi-experimental controlled study. *Clin Rehabil*; 28(8): 740-747.

Tatsumi E, Yotsumoto K, Nakamae T, Hashimoto T. (2011). Effects of occupational therapy on hospitalized chronic schizophrenia patients with severe negative symptoms. *Kobe J Med Sci*; 57(4): 145-154.

Tay SEC, Pariyasami SD, Ravindran K, Ali MIA, Rowsudeen MT. (2004). Nurses' attitudes toward people with mental illnesses in a psychiatric hospital in Singapore. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*; 42(10): 40-47.

Tirado Otálvaro AF. (2018). La estigmatización de las personas que usan drogas y sus consecuencias políticas y sociales. *Drugs and Addictive Behavior*; 3(1): 11-13.

Torrens M, Montanari L, Vicente J, Domingo-Salvany A, Mestre-Pintó JI. (2017). Patología dual: una perspectiva europea. *Adicciones*; 29(1): 3-5.

Trainor S, Delfabbro P, Anderson S, Winefield A. (2010). Leisure activities and adolescent psychological well-being. *Journal of Adolescence*; 33: p 173–186.

Tucker, P.; Vanderloo, L.M.; Irwin J. D.; Mandich, A.D.; Bossers, A.M. (2014) Exploring the nexus between health promotion and occupational therapy: synergies and similarities. *Can J Occup Ther*, 81(3): 183-193.

Urlic K, Primrose L. (2010) Exploration of the occupations of people with schizophrenia. *Australian Occupational Therapy Journal* 57:310-317.

Üstün, T.B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J. (2010). *Measuring Health and Disability: WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. Geneva, Switzerland: Author. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43974>

Valencia CM. (1999). Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. En *Salud Mental*. Vol (22), 128-37. Available from: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/794/793

Van Andel, G.E. (2000). Modelo de prestación de servicios de ocio terapéutico y modelo de resultados de ocio terapéutico. En: Gorbeña Etxebarria, S. (ed.). Modelos de intervención en ocio terapéutico. P 49-68. Bilbao: Universidad de Deusto.

Vega P, Szerman N, Roncero C, Grau L, Mesías B, Barral C, Basurte I. (2015). Libro Blanco: Recursos y necesidades asistenciales en patología Dual. Madrid: Saned.

Velasco, R. (2013). De-Construyendo el Estigma en Salud Mental. *Psicología, Sociedad y Educación* , 5 (1) , 91-102.

Wainwright A, Mojtahedi D. (2020) An examination of stigmatising attributions about mental illness amongst police custody staff. *Int J Law Psychiatry*. Jan-Feb;68:101522.

Wilder-Willis KE, Shear PK, Steffen JJ, Borkin J. (2002) The relationship between cognitive dysfunction and coping abilities in schizophrenia. *Schizophr Res*; 55:259–67. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00211-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00211-0)

Willard & Spackman, (2011), *Terapia Ocupacional*, 11ª edición. Médica Panamericana.

Winter Navarro M, Gil Santiago H, León Pérez P, Navarrete Betancort E. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de Salud Mental*. 2016; 14(55): 103-111.

World Health Organization. (2002). *Prevention and promotion in mental health*. Ginebra: World Health Organization.

Zango, I. (2010). *Terapia Ocupacional en Burkina Faso: el viaje de la cultura*. *Terapia Ocupacional*, (53), 32-32.

X – ANEXOS

Anexo I. Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.



Arrixaca

Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"

Ctra. Madrid - Cartagena - Telf. 968 36 95 00
30120 El Palmar (Murcia)

Dr. Antonio Piñero Madrona, Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca,

INFORMA

Se ha recibido para evaluación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, el siguiente estudio:


Título: Evolución y aplicación de la ocupación en Salud Mental en la Región de Murcia

Investigador: Efrén Valverde Bolívar

Centro: Hospital Psiquiátrico Román Alberca

Consideramos que dadas las características del estudio de referencia, éste no plantea problemas éticos que precisen evaluación por parte de este Comité.

Murcia, 11 de noviembre de 2016


Servicio Murciano de Salud
Hospital "Virgen de la Arrixaca"
Comité Ético de Investigación Clínica
MURCIA

Fdo. Dr. Antonio Piñero

Anexo II. Presentación del estudio y la hoja de datos sociodemográficos (estigma profesionales).

Su colaboración en este estudio será totalmente anónima y confidencial, pudiendo decidir de forma voluntaria si quiere participar en el mismo.

El siguiente cuestionario recoge opiniones y actitudes acerca de la enfermedad mental. Conteste la respuesta más acorde con su forma de pensar y actuar al respecto.

Gracias por su colaboración.

Edad:

Sexo:

Puesto de trabajo:

Antigüedad en el puesto:

Atención a los pacientes con ingreso hospitalario: SI / NO

Anexo III. Cuestionario de Atribución 27 (Corrigan et al. 2003)

AQ-27

POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ACERCA DE JOSÉ:

José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Vive solo en un piso y trabaja como empleado en un importante bufete de abogados. Ha sido hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad.

AHORA CONTESTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE JOSÉ. RODEE CON UN CIRCULO EL NUMERO DE LA RESPUESTA MÁS ADECUADA A CADA PREGUNTA.

1. Me sentiría violentado a causa José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

2. Me sentiría inseguro cerca de José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No, en absoluto Sí, muchísimo

3. José me aterraría.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

4. ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

5. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su medicación.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

6. Creo que José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

7. Si fuera empresario, entrevistaría a José para un trabajo

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No es probable Muy probablemente

8. Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

9. Sentiría pena por José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Ninguna en absoluto Muchísimo

10. Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No, en absoluto Sí, totalmente

11. ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación actual de José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No hay ningún control personal Completamente bajo control personal

12. ¿En qué medida se sentiría irritado por José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

13. En su opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

15. Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

16. Compartiría el coche con José para ir al trabajo cada día.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No es probable Muy probablemente

17. ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José pudiera mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

18. Me sentiría amenazado por José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No, en absoluto Sí, muchísimo

19. ¿Hasta qué punto José le asustaría?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

20. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Definitivamente no ayudaría

Definitivamente ayudaría

21. ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Ninguna certeza Absoluta certeza

22. ¿Hasta qué punto comprende a José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

23. En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No es responsable en absoluto Muy responsable

24. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

25. Si estuviera a cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

26. Si fuera un propietario, probablemente alquilaría un apartamento a José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No es probable Muy probablemente

27. ¿Cuánta preocupación sentiría por José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Ninguna, en absoluto Muchísima

Anexo IV. Hoja de información al paciente

TÍTULO DEL ESTUDIO: *“Evolución y aplicación de la ocupación en Salud Mental en la Región de Murcia”*

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Efrén Valverde Bolívar

INTRODUCCION

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio de investigación al que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información necesaria para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Deben saber que su participación en este estudio es voluntaria y que pueden decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El presente estudio se ha elaborado para conocer los beneficios en los usuarios del plan de intervención ocupacional durante su ingreso en la Unidad Regional de Media Estancia (URME). Para cuantificar los cambios producidos se pretende administrar dos cuestionarios, uno de ellos centrado en el desempeño ocupacional y el otro en el ocio y tiempo libre, realizándose una evaluación al inicio del ingreso y otra previa al alta, de esta manera determinar los cambios que se han producido durante su proceso de rehabilitación en la unidad y realizar futuros cambios con la finalidad de mejorar la calidad asistencial prestada.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

Los resultados obtenidos por el estudio permitirán conocer mejor los problemas referentes al nivel de funcionalidad, por lo que favorecerán el desarrollo de programas de intervención más eficaces en el futuro.

Al prestar su colaboración libre y voluntariamente, pueden suspenderla en cualquier momento que deseen, sin que esto repercuta en la prestación sanitaria que vienen recibiendo.

CONFIDENCIALIDAD:

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al responsable del estudio.

Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el equipo de investigación podrá acceder a dichos datos. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Sólo se transmitirán a terceros y a otros países, previa notificación a la Agencia Española de Protección de Datos, los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al responsable del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité de Ética e Investigación y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Anexo V. Declaración de consentimiento informado

D./Dña _____ de _____ años de edad y con DNI:

Manifiestan que haber recibido y comprender toda la información recibida acerca del estudio en el que han sido seleccionados. Así mismo manifiestan haber sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer la participación en el Proyecto de Investigación **"Evolución y aplicación de la ocupación en Salud Mental en la Región de Murcia"** con el fin de mejorar el tratamiento de dicho problema de salud.

Acepto participar en este proyecto, que consisten en responder a unos cuestionarios, comprendiendo el propósito y los procedimientos del estudio, siendo aclaradas las dudas acerca del mismo.

Autorizo al investigador principal y a sus colaboradores a que se usen los datos obtenidos de las escalas para la finalidad explicada, así como el acceso a mi historial clínico para completar la información que fuera necesaria.

La participación en el estudio tiene un carácter libre y voluntario, pudiendo abandonar el mismo en cualquier momento, sin que ello repercuta en la prestación sanitaria que venimos recibiendo.

He sido también informado/a de que nuestros datos personales, serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de Diciembre y serán tratados en su conjunto, nunca de manera individual.

Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento a participar en este estudio para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Murcia , a _____ de _____ de 2016

Firma del investigador

Firma del participante

Anexo VI. Datos Socio-Demográficos

Nombre:

Fecha:

Edad:

Sexo: Mujer (0)/ Hombre (1)

Diagnostico principal:

Fecha de inicio de la Enfermedad:

Recursos previos al ingreso en la unidad:

Estado civil:

-Soltero (0)

- Casado o vive en pareja (1)

- Separado (2)

- Viudo (3)

Nivel de estudios completados:

- Sin estudios (0)

- Estudios primarios (1)

- Estudios secundarios (2)

- Estudios aniversarios (3)

Situación laboral actual:

- Trabaja fuera de hogar (0) - Trabajo en el hogar (1)

- Jubilación por edad (2) - Jubilación por enfermedad (3)

- En paro (4) - Cursando estudios (5)

Situación familiar:

- Vive solo (0)

- Vive con la familia (1)

- Otros recursos: (3)

Otros datos:

- Trabajos realizados:

(0)=No (1)=Si

- En que ha trabajado: (1)-Agricultura, (2)-Servicios, (3)-Industria, (4)-Hogar, (5)-Otros.

Anexo VIII. Cuestionario WHODAS 2.0
Versión de 36-preguntas, Auto-administrable

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Comprensión y Comunicación						
D1.1	<u>Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.2	<u>Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.3	<u>Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.4	<u>Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.5	<u>Entender en general lo que dice la gente?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.6	<u>Iniciar o mantener una conversación?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)						
D2.1	<u>Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.2	<u>Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.3	<u>Moverse dentro de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.4	<u>Salir de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.5	<u>Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Cuidado Personal						
D3.1	<u>Lavarse todo el cuerpo</u> (Bañarse)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.2	<u>Vestirse?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.3	<u>Comer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.4	<u>Estar solo(a) durante unos días?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Relacionarse con otras personas						
D4.1	<u>Relacionarse con personas</u> que no conoce?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.2	<u>Mantener una amistad?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.3	<u>Llevarse bien con personas</u> cercanas a usted?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.4	<u>Hacer nuevos amigos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.5	<u>Tener relaciones sexuales?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Actividades de la vida diaria						
D5.1	<u>Cumplir con sus quehaceres de la casa</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.2	Realizar <u>bien</u> sus quehaceres de la casa más importantes?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.3	Acabar <u>todo</u> el trabajo de la casa que tenía que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Si la “persona” trabaja (remunerado, sin paga, autoempleado) o va a la escuela complete las preguntas D5.5-D5.8. De lo contrario vaya al dominio 6.1

Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para						
D5.5	Llevar a cabo su <u>trabajo diario</u> o las <u>actividades escolares?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.6	Realizar <u>bien</u> las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba <u>hacer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.8	Acabar su trabajo <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Participación en Sociedad						
En los últimos 30 días:						
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido la para <u>participar, al mismo nivel que el resto de las personas</u> , en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras	Ninguna	Leve	Moderada	Severa —	Extrema o no puede hacerlo
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barreras u obstáculos</u> existentes en su alrededor (entorno)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.4	Cuánto <u>tiempo</u> ha dedicado a su “condición de salud” o a las consecuencias de la misma?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.5	Cuánto le ha afectado <u>emocionalmente su</u> “condición de salud”?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.6	Que <u>impacto económico</u> ha tenido usted o su familia su “condición de salud”?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido usted o su <u>familia</u> debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a <u>relajarse o disfrutar?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

H1	En los últimos 30 días, durante <u>cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	<i>Anote el número de días</i> _____
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo <u>realizar nada</u> de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	<i>Anote el número de días</i> _____
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que <u>no pudo realizar nada</u> de sus actividades habituales cuántos días tuvo que <u>recortar o reducir</u> sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	<i>Anote el número de días</i> _____

Anexo IX. Grupo de discusión

Sujetos.

Antes de iniciar el grupo de discusión se realizó una preselección de aquellos usuarios que cumplieran con los requisitos necesarios para poder participar: ser mayor de edad, estar diagnosticado de una enfermedad mental, encontrarse estabilizado sintomáticamente, no tener déficit cognitivo, no estar incapacitado y haber recibido tratamiento o estar recibéndolo en alguno/s de los recursos a estudio. De aquellos que cumplieran los criterios y querían participar de forma voluntaria se seleccionaron 8 usuarios: 6 participantes y 2 de reserva. En el momento de su realización, 2 de ellos denegaron participar y 1 por motivos familiares no pudo acudir a la hora establecida, por lo que finalmente el grupo se realizó con 5 componentes: 4 mujeres y un hombre, con edades comprendidas entre los 30 y 54 años. El nivel de formación de los participantes es uno de ellos con estudios de bachillerato y los otros 4 con estudios universitarios. Los recursos de salud mental en los que han recibido tratamiento son: Hospital General, Unidad de Larga Estancia (ULE), Unidad Regional de Media Estancia (URME), Unidad de Corta Estancia (UCE), Centros de Rehabilitación de Salud Mental, Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), Hospital de Día (HD), Programa de Pisos Terapéuticos (PPT) y Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial (ISOL). Actualmente los usuarios participantes reciben tratamiento 3 de ellos en URME, 1 en HD y 1 en PPT.

Procedimiento.

Previamente a la realización del grupo de discusión se realizaron una serie de preparativos con la finalidad de contar con el consentimiento de todas las partes implicadas y garantizar el anonimato y la confidencialidad de los participantes. Para ello se informó por escrito a la dirección del hospital contando con su autorización para la realización del estudio. Una vez seleccionados los candidatos se les explicó de manera individual del motivo por el cual queríamos contar con su participación y de la voluntariedad de la participación en el estudio. Para su realización se contó con 2 moderadores encargados de llevar el desarrollo del grupo y con 1 ayudante responsable de recoger por escrito aquellas observaciones que difícilmente puede ser captadas en una grabación y posteriormente ampliar o clarificar alguno de los comentarios realizados por los participantes.

El grupo inició con una presentación de los moderadores, del ayudante y de los participantes. A continuación se hizo una pequeña introducción sobre el estigma y el tema del grupo de discusión "El estigma de los profesionales de salud mental percibido por las personas con trastorno mental" y el objetivo del mismo: conocer la percepción de los usuarios de los servicios de salud mental acerca de la actitud que presentan los profesionales hacia ellos. A continuación se realizó la petición del consentimiento para la grabación de la sesión, en la cual todos los integrantes dieron su aprobación y se garantizó la confidencialidad mediante una codificación de la transcripción; al ser un grupo reducido y fácil de reconocer por otros profesionales los participantes solicitaron que la grabación solo fuera escuchada por los moderadores. Seguidamente se explicaron las normas del grupo de discusión: hablar de uno en uno,

facilitar la participación de todos los integrantes, no interrumpir cuando otro participante esté hablando, seguir las indicaciones de los moderadores respecto al orden de las intervenciones y los temas a tratar. Se empleó una pizarra para visualizar los factores que componen el estigma (basados en el Cuestionario de Atribución 27) y seguir un guión de los puntos a tratar. Los moderadores únicamente intervenían para reconducir el grupo y dar paso de palabra. La duración del grupo fue de 1 hora y media y una vez concluido y dados los agradecimientos a los participantes se les hizo entrega de una hoja para recoger los datos sociodemográficos: edad, género, recursos en los que han recibido tratamiento, recurso actual y nivel de formación.

Resultados

Basándonos en los factores del estigma que presentan los profesionales según el Cuestionario de Atribución 27 (AQ27) de Corrigan et al., 2003 (responsabilidad, piedad, ira, peligrosidad, miedo, ayuda, coacción, segregación y evitación) se realizó el guión del grupo de discusión. Durante su desarrollo surgieron los siguientes comentarios y vivencias:

En cuanto a la responsabilidad sobre la enfermedad mental, entendiendo como tal la actitud de considerar al enfermo responsable de su situación, ninguno de los integrantes del grupo refirió sentir que los profesionales tuvieran esta actitud o comportamiento de reproche hacia ellos por la situación en la que se encontraban, comprendiendo que su estado se debe a las características de la enfermedad.

Cuando surgió el punto de la piedad, referida a la actitud de los profesionales de mostrarles pena, compasión, preocuparse en exceso, considerar que lo comprenden... algunos de los participantes comentaron haber percibido durante sus ingresos que profesiones que les atendían realizaron comentarios donde reflejaban sentir pena o compasión por el usuario al estar ingresado:

- *"he escuchado comentarios de auxiliares del tipo... "con lo que tú vales qué pena que estés aquí" haciéndome sentir como con pena que se convierte en cariño, notaba que se comportaban conmigo como unas madres"*

- *"Encima de todos los problemas personales que tienes te ha tocado esta enfermedad"*

La vivencia que expresan las personas con trastorno mental sobre la pena o compasión que los profesionales y la sociedad en general refleja hacia ellos, es distinta a la que se tiene cuando se padece otro tipo de enfermedades:

- *"Nos ponen la etiqueta y esto no es una enfermedad, es algo más. Si alguien tiene cáncer la gente dice que qué pena, pero si tiene esquizofrenia es otro tipo de pena; está loca perdida...ya es otra cosa"*

Respecto al factor de la ira, que hace referencia a las actitudes de los profesionales de mostrarse enfadados, violentados o irritados hacia las personas con una enfermedad mental, ninguno de los integrantes comentó que los profesionales durante sus ingresos tuvieran reproches hacia ellos o un trato injustificado.

En referencia al factor de peligrosidad, que consiste en considerar que la persona con trastorno mental es peligroso e impredecible, sentirse inseguro y amenazado, varios de los participantes reflejan que les han hecho sentir que son peligrosos cuando han estado en unidades de corta estancia de hospitales generales, donde existe una mayor vigilancia y control hacia ellos:

- *“En los servicios de agudos, en las unidades de corta estancia hay mayor control, más observación, cámaras en las habitaciones, entraban cada veinte minutos.....”*

Comentarios como éste fueron reiterados por el resto de los integrantes del grupo.

En cuanto al miedo, que incluye las actitudes de sentirse aterrorizado y asustado, los usuarios no sienten que los profesionales que tienen un trato directo hacia ellos les hayan manifestado esta actitud. En cambio, cuando han salido de este ámbito a nivel social sí que han apreciado este sentimiento:

- *“las personas que están aquí no tienen miedo, pero fuera yo ya he perdido a mis amigas, cuando las llamaba para quedar me decían; “ya te llamaremos...” o te preguntan “¿Qué es eso de estar en un psiquiátrico?” “Como si estuvieras en otro mundo, aislada”.*

Al abordar el factor de la ayuda, como la actitud de los profesionales de querer ayudar, es decir, considerar a los usuarios incapaces, nos llama la atención que aparecen una gran cantidad de comentarios al respecto. A nivel general los usuarios sienten que se les presta un exceso de ayuda haciéndolos sentir incapaces en ocasiones. Comentan que esta actitud les fomenta acabar ejerciendo un rol pasivo y acomodado, ya que los profesionales les guían, les estructuran y les facilitan lo que deben hacer en cada momento:

-*“En URME había un exceso de protección, te lo hacían todo, te hacían dependiente y sentir incapaz”*

- *“A veces los profesionales como tienen que ir para arriba, para abajo, te hacen sentir como una cabrica...ahora pacá ahora pallá... entonces te metes en un círculo, te indigna, iba a comer porque era la hora de comer...al final te acabas adaptando pero al principio es duro”*

Con el afán de querer ayudar a los usuarios se corre el riesgo de generar hospitalismo:

- *“ En la URME me he sentido como si estuviera en un hotel, me levanto, me hacen la cama, me limpian, me hacen el desayuno, me hacen la comida, me lo hacen todo, puedo fumar, ... llega un momento que esto te crea una comodidad...esta comodidad puede llegar a ser preocupante, estás en una burbuja y te vuelves pasiva, incapaz. Llega un momento que no te quieres ir de aquí y esto es preocupante, al menos para mí...”*

-*“Nos meten en la cabeza que estamos locos y eso te hace no hacer nada”*

-*“hay un momento que te acomodas y ya no quieres moverte ni cambiar de recurso, con comida gratis y todas las comodidades. En mi caso yo sentí que mi ingreso fue demasiado largo y eso hacía que me acomodase”*

Somos los mismos profesionales los que provocamos ese sentimiento de apego, creando vínculos que en un principio tienen una finalidad terapéutica pero terminan siendo contraproducentes para los propios usuarios:

-“hay profesionales que te ayudan tanto que te dan a entender que nunca vas a poder vivir de forma independiente sin ayuda psicológica, te hacen dependiente”

El factor de coacción, entendido como la actitud de obligar a las personas con trastorno mental a seguir un tratamiento, fue uno de los puntos que generó más debate y comentarios. De una manera u otra todos los participantes en el grupo han sentido durante algún momento que no se les ha tenido en cuenta su opinión, dejándose llevar por el criterio de la persona que tienen delante porque consideran que están en desventaja ante el profesional:

- “Hay médicos que te hacen sentir inferiores, como un bicho...siempre llevan ventaja respecto a lo que tu puedes opinar”

- “Los médicos no te preguntan cómo estás; solo se limitan a la medicación y te cambian el tratamiento sin consultar. En cambio las auxiliares y las enfermeras son más humanas”

- “... mi psiquiatra del Centro de Salud Mental entendía mi enfermedad pero se limitaba a hablar del tratamiento farmacológico: éstas son las pastillas y dentro de unos meses nos volvemos a ver”

- “algunos (médicos) actuaban como críos... “si no te tomas el tratamiento ahora te pongo otra pastilla más como castigo”

- “te hacen sentir que estás en desventaja; tú te tomas 10 pastillas y estás empanada y él no toma nada, está lúcido, así que estas en desventaja”

El problema de la coacción suele aparecer principalmente en los centros de salud mental y en los hospitales generales. Está asociado a una falta de información por parte de los profesionales hacia los usuarios, los cuales en ocasiones desconocen el fin o el objetivo de ingreso en la unidad de derivación:

- “Estuve 3 años revelándome contra todo, me tomaba el tratamiento pero nadie me explicó que me hubiera dado nada...fue cuando llegue aquí (URME) cuando empecé a ver los beneficios...Yo llegaba a mi psiquiatra y me imponían el tratamiento, y un psiquiatra llegó a decirme: “Tú no estás en ninguna mesa de negociación”.

- “me ingresaron en la URME sin tener en cuenta mi opinión, yo no estaba de acuerdo”

- “me sentí coaccionada, muy coaccionada cuando estaba en el Hospital General y mi padre y un médico decidieron sin contar conmigo encerrarme en una planta de psiquiatría sin preguntarme”

En cuanto al factor de segregación, que se refiere a considerar que el tratamiento más adecuado para una persona con trastorno mental es apartarlo de la sociedad mediante la reclusión en un hospital psiquiátrico, una participante comenta haberse sentido

recluida y aislada durante un ingreso en una unidad de larga estancia lo que le hizo sentirse más enferma y menos persona:

- *“Antes de ingresar aquí (URME), estuve en una unidad (de larga estancia) y me trataban como una loca... me tenían encerrada, ahí me pasaban la comida, me pasaban la medicación y el resto del día me lo pasaba sola. Eso hacía que me sintiera más enferma de lo que yo estaba. En esta unidad me siento una más, me siento una persona que necesita unos cuidados y...no me siento enferma”*

En el factor de evitación que se refiere a no querer vivir situaciones normalizadas con personas con trastorno mental, los participantes hacen referencia a distintas situaciones vividas donde han sentido o vivido la evitación. Volvemos a encontrarnos cómo en los hospitales generales aparece el estigma hacia las personas con enfermedad mental:

- *“Cuando he estado en el hospital en observación, no en planta, he notado que me evitaban...me dejaban aislada, las tenía que llamar para que me atendieran, no iban de vez en cuando como hacían con otros pacientes”*

Los participantes sienten que una vez salen de su recurso y tienen que hacer frente a una rutina normalizada notan esa evitación hacia ellos por parte de la sociedad:

-*“con personas que no tratan con enfermos mentales sí he notado que me evitan, que me tienen miedo por desconocimiento, incluso he perdido el trato con familiares y amigos”*

En general, salvo una experiencia, han sentido que los profesionales que les atienden actúan de manera similar cuando están en contexto fuera de la salud mental:

-*“un día estaba en un restaurante y me encontré a un psiquiatra que me había atendido. Cuando me acerqué a saludarlo me dijo; “Señorita (...), estoy comiendo con mi mujer, déjenos tranquilos...”*

-*“yo cuando me he encontrado con profesionales fuera del contexto de salud mental me han saludado y tratado con normalidad”*

Otra serie de puntos que surgieron durante el grupo de discusión y que creemos que pueden ser importantes para nuestro tema de estudio aunque no se encuentren dentro de los factores de la AQ-27 son los siguientes:

Los participantes comentaron también otra serie de actitudes que perciben de los profesionales hacia ellos: distancia, falta de interés, despreocupación... lo que provoca que no se genere un clima terapéutico de confianza que les permita sentirse escuchados y comprendidos:

- *“El médico de cabecera no entiende mi problema, noto eso...que no hay conexión....”*

- *“He notado que el profesional que me atendía no se expresaba con suficiente claridad y no le importaba que no le entendiera, eso hacía que no me sintiera bien”*

-*“he sentido que los profesionales sanitarios no prestaban atención a lo que yo decía”*

-“me veía regularmente con mi psiquiatra a solas y experimentaba un trato cercano hasta que de pronto un día apareció otro profesional, no sé si residente o lo que era y noté que la relación con mi psiquiatra se enfrió”

Describen entre sus vivencias que el trato que reciben por parte de los profesionales es distinto según la categoría profesional que tienen, considerando que el personal auxiliar y de enfermería es más humano en comparación con otros profesionales con mayor formación:

-“Algunos profesionales tienen un trato más humano y otros menos”

-“Los médicos deberían ser más cercanos, más humanos...les pierde el ego. Igual que los auxiliares son muy humanos los médicos deberían bajar a la tierra y ponerse al nivel de los pacientes”

-“te ven como etiqueta, como solo la enfermedad, te pones delante de una persona que ha estudiado 10 años y te sientes como una mierda y tienes que hacer lo que te digan”

Sin embargo los participantes sienten que los profesionales con mayor nivel académico tienden a respetar y mantener más la confidencialidad que los profesiones con un nivel de formación menor, que tienden a revelar información de ciertos usuarios vulnerando el secreto profesional.

-“He notado por parte de los auxiliares falta de ética, de confidencialidad, cotilleo...cuchichear sobres pacientes incluso de forma despectiva delante de otros pacientes; quizá por falta de formación no saben respetar la confidencialidad del paciente”

La desinformación por parte de los profesionales a la hora de derivarlos a un recurso o seguir un tratamiento fue otro tema que también se abordó:

-“mi psiquiatra del Centro de Salud Mental me preguntó simplemente si quería ir a URME, pero no me explicó ni lo que significaban las siglas, ni nada, ni ningún folleto de información, y como estaba mal en ese momento dije...Pues si!”

-“Fui a mi Centro de Salud Mental y allí me dijeron que fuera al hospital general con un papelico y de allí me montaron sola en una ambulancia sin saber donde iba, sin familia, sin padre ni nada, y de pronto me encontré ingresada en URME, con un hombre que empezó a hacerme un montón de preguntas; me sentí tratada como un trapo”

Discusión.

Los participantes del grupo de discusión expresaron haber percibido estigma por parte de ciertos profesionales; los factores que resaltaron durante el transcurso de la conversación fueron la ayuda excesiva recibida durante sus ingresos y la coacción para la toma de medicación y derivación a recursos, sin tener en cuenta su criterio. La piedad es otro factor percibido, ya que sienten que los profesionales les tienen lástima. También destacan la evitación, manifestando que era mayor entre aquellos profesionales que trabajan en unidades de corta estancia de los hospitales generales. Al

preguntarles por los factores que hacen referencia a la responsabilidad sobre su enfermedad, al miedo y a la segregación, sus percepciones fueron muy reducidas o nulas.

Otros aspectos que consideraron de interés aunque estos no están recogidos dentro del Cuestionario de Atribución 27 son la falta de empatía, la desinformación y el nivel de formación de los profesionales, destacando este último donde los integrantes consideran que el trato que reciben es diferente según el nivel de formación, expresando que el personal auxiliar es más humano pero este trato tiene aspectos negativos como es la falta de confidencialidad y la excesiva ayuda. Por el contrario, los profesionales con mayor formación tienden a preservar su confidencialidad pero perciben un trato más frío y distante por su parte.

Durante la conversación se trataron temas interesantes pero que no eran relevantes para la investigación aunque no por ellos menos importantes, como son las relaciones interpersonales, los medios de comunicación, los problemas familiares y el autoestigma. Esto nos hace ver que los problemas o situaciones a las que tienen que hacer frente las personas con trastorno mental son amplias y complejas, y con estos grupos de discusión se hace visible su realidad.

A nivel general, la sensación que tienen los participantes es de gratitud por el trato recibido por los distintos profesionales que les han atendido en los recursos específicos de salud mental, considerando que aunque hay aspectos que se pueden mejorar la atención recibida en las unidades ha sido la adecuada y aunque en un principio desconocían la finalidad de su ingreso debido a la falta de información, trascurrido un periodo de tiempo, creen que es necesario pasar por ciertos recursos para su recuperación.

Anexo X: Traducción al inglés del Estudio I.

Title: Occupational Therapy in the Process of Recovering from Severe Mental Disorder

Overview

Background

Severe mental disorder (SMD) produces a significant functional limitation that affects the performance of daily activities. This limitation is where the occupational therapist intervenes by seeking greater autonomy of these patients through specific activities. This study aims to identify the main limitations of people with SMD and see whether an occupational intervention has any effect in helping to overcome or ameliorate these limitations.

Method

A quasi-experimental before-after study was carried out with a sample of 103 subjects. Before and after the intervention was evaluated. The tool used was the WHODAS questionnaire included in DSM 5.

Results

Within the programming of activities, those with a higher attendance rating during cognitive stimulation, cooking workshop, therapeutic walks, relaxation, and creative activities were mainly men. The results showed that both patients and professionals indicated that *Understanding and Communicating*, *Participation in Society*, and *Activities of Daily Living* were the main perceived limitations. Upon discharge, both patients and professionals saw positive outcomes.

Conclusion

The intervention programs carried out by Occupational Therapy, along with the other aspects of the treatment that the patients with SMI have received, have played a part in improving the performance and occupational interests of the patients.

Keywords:

Severe Mental Disorder, Occupational Therapy, Activity, Intervention, Perception.

BACKGROUND

During the most recent decades, a vast effort has been made to improve therapeutic approaches in mental health. Severe Mental Disorder (SMD) (American Psychiatric Association, 2000) nowadays is one of the fields in which more research is being done. SMD encompasses a series of disorders such as schizophrenia, schizotypal personality disorder, delusional disorder, schizoaffective disorder, other specified schizophrenia spectrum or other psychotic disorders, bipolar I disorder with psychotic features, major depressive disorder with psychotic features, and obsessive-compulsive disorder (CIE-10, 2003). Its diagnosis includes at least two of the following criteria (IMSERSO, 2007):

1. Unemployment (including sheltered or supported employment), clearly limited skills, or poor work history.
2. Need for public financial support to stay out of hospital who may require support to obtain such help.
3. Difficulties in establishing or maintaining personal social support systems.
4. Need for help with daily life skills, such as hygiene, food preparation, or financial management.
5. Inappropriate social behavior that determines psychiatric or judicial assistance.

These disorders, among others, produce a significant functional limitation in carrying out *Activities of Daily Living* (ADLs). Therefore, one of the main challenges in the intervention of individuals with SMD is to improve their ADLs. In this regard, to meet individuals' needs, these interventions should be focused on a collaborative relationship between professionals, the patient, and their family (Patiño, et al., 2012). Therefore, the therapeutic approach must be adapted to interdisciplinary teams, supported by pharmacological treatment and others. By adopting this perspective, the person is treated from a holistic point of view, which considers the different human, biological and psychological dimensions in family and social life (Kurzban et al., 2010). Occupational Therapy has an essential role in the treatment, especially the prognostic (Eberhard & Torrico, 2013; Durante & Noya, 2002). It is described as "the profession responsible for promoting health and well-being through occupation and whose objective is to work with people and communities to improve their skills and employment in the occupation they want, need or is expected according to their conditions, or modifying the occupation or the environment to improve their participation" (Statement on occupational therapy, 2011). Among the aims is the search for greater autonomy and, in the field of mental health, the reintegration of the patient using the community as an occupational element, basing the interventions on the model of human occupation (Kielhofner, 2002).

For all of the above, the objectives of the present study are to identify the main limitations of people with SMD and examine whether an occupational intervention has any effect in helping to overcome or improve these limitations.

METHOD

Design of Study

A qualitative experimental study was carried out with three interventions: an intra-subject factor, time (evaluation before vs. after the intervention), and another between subjects (self-assessment vs. patient assessment by a professional and vice versa) and another factor within and between subjects, their sociodemographic circumstances (in which time (admission vs. discharge) and self-evaluation of the patient and the professional were evaluated). The dependent variable was the occupational performance of people with a form of a diagnosed SMD, which roughly consists of carrying out activities such as ADLs, education, work, play, and social participation.

Sample

The study sample is comprised of those diagnosed with SMD and admitted to the Regional Unit for Medium Stay (URME) in Murcia, Spain, from September 2016 to December 2017. In terms of the user profile, they are patients who require an extended admission in order to recover. Other local mental health resources refer patients to URME, and after the committee has approved, they are welcomed and admitted to the unit. Previously, the purpose of the study was explained to the users, and the informed consent was signed. Confidentiality of data was guaranteed at all times, respecting the agreements of the Declaration of Helsinki.

Admission Criteria

The following inclusion criteria were taken into account: being over 18 years of age, being in treatment in the unit, not showing signs of active symptoms (delusions, hallucinations, psychomotor agitation, or other uncommon symptoms) that interfere with the dynamics, and being willing to participate in the different programs carried out by occupational therapists. Once the examiner explained the study's objectives and procedures, the patients who did not sign the informed consent were excluded (2 users).

Sample Definition

The final sample consisted of 103 subjects (Browner et al, 1997), of which 89 were able to be reevaluated within the study timeframe, whereas 14 patients were unable to be reevaluated at the end of the study since they were discharged. A sample size (n) of approximately 100 individuals was sought to obtain the statistical significance required for this type of research (Daniel W, 1994; Siegel S,1994).

Data Collection and Variables

The approach was assessed by Occupational Therapy using the gathering of data. Two evaluations were carried out after the sociodemographic analysis of the population of individuals, one upon admission of the patients and the other after the intervention, just before they were discharged. In addition, these evaluations were carried out both by the patients themselves and by the health professionals. Initially, sociodemographic data that complements the previous scales was collected, such as sex, age, educational level, family situation, and the number of hospital admissions.

The research instrument for collecting information about the occupational performance was the World Health Organization Disability Assessment Schedule Questionnaire (Chisolm et al. 2005) (WHODAS 2.0). The WHODAS scale is a research instrument that frequently provides information about disabilities in different populations, such as schizophrenia (Chisolm & Abrams, 2005). This assessment instrument is translated and validated in many different languages, including Spanish (Paniagua G, 2017).

This tool consists of 7 factors that showed acceptable, reliable indices in each of the measurements:

1. *Understanding and Communicating* (UC: $0.751 < \alpha < 0.879$);
2. *Community Mobility* (CM: $0.833 < \alpha < 0.913$);
3. *Personal Care* (PC: $0.796 < \alpha < 0.815$);
4. *Interpersonal Relationships* (IR: $0.719 < \alpha < 0.771$);
5. *Activities of Daily Living* (ADLs: $0.963 < \alpha < 0.986$);
6. *Work and Daily Activities* (WDA: $0.921 < \alpha < 0.966$);
7. *Participation in Society* (PS: $0.590 < \alpha < 0.803$).

Although in this scale, the analysis of the results left out the factor WDA due to only a small number of employed participants (N=18). The response options were a qualitative five-point Likert-type scale, normalizing it to a quantitative value, from 1 (None) to 5 (Extreme), in this case; higher scores indicated a more severe case of their disability.

Intervention

Once admitted to the unit, the staff explained the patients' scheduled dynamics and activities. Later, after a week of adaptation and observing their participation, the initial evaluation was carried out. The Individual Recovery Plan (IRP) was established, taking into account the data obtained and the patient's goals. The IRP consisted of a team meeting with a psychiatrist, psychologist, social worker, nurses, and occupational therapist (OT). Each of the professionals posed goals to work towards after conducting their exploration with the OT to decide the different ADLs and their components. The OT took into account that the remaining variables of the IRP made the patients closer to baseline and standardized psychopathological characteristics. The different activities, their description, and their purpose are documented in Table 1. Ultimately, patients were reevaluated before discharge.

Additionally, the participants evaluated the professionals through a satisfaction survey once their admission becomes finalized.

Data analysis and treatment

The data was processed by SPSS version 25 0.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA), using Student's *t*-test comparing two variables, parametric multi-variant analysis ANOVA and linear correlations. All data obtained from the multivariate analysis are expressed as

$$M \pm SD \text{ o } t \pm DT.$$

First of all, descriptive parameters for user participation in occupational interventions were calculated. Secondly, several analyses of mean differences were conducted in order to check the variations of the factors of the WHODAS between admission and discharge of the patient and between self-evaluation of the patient and

evaluation of the professional (taking into account the staff's patient evaluation). Finally, the differences in means were analyzed, taking into account some of the user's sociodemographic characteristics, which are included at the beginning of the results since they include parameters from both groups of the other means. Subsequently, the Statistics of the demographic variables previously collected were calculated in order to be analyzed.

Intervention	Objective	Description
Cognitive stimulation	Recover, maintain or delay this deterioration.	A serious problem that we find in institutionalized people is the deterioration of cognitive functions. Therefore, training sessions were carried out through different exercises, developing interventions according to their abilities, in some cases on their own (cards and games), and in others, a group setting. Cognitive exercises were applied to everyday situations, such as shopping, reminiscence therapy, tasks in the community, and various types of treatments.
Recreational activities	Establish standard occupational routines using leisure as a means of recovery.	Patients participated in various entertainment activities consisting of different games, dynamics, creative activities, and outings. The entertainment aimed to merge their leisure time within a community context in an inclusive satisfactory way.
Film Forum	Encourage dialogue and diversity of opinions.	This program's activities consisted of the projection of a film. Then, according to the patients' interests, a series of exercises on different topics related to the film included guided discussion.
Personal image care	Improve self-care and the personal self-image of the patients.	This program consisted of giving a series of indications and the necessary material to improve the personal image of the patients and their external appearance. Patients received aesthetic material and dress guidelines.
Sport activities	Mobilize the joints, as well as improve muscle tone and endurance.	Sessions took place in the unit; the location included the gym in the facility. For those who showed interest, resources were sought in the community for their continuity. Among the sports activities were: gymnastics, hiking, swimming, and various sports.
Relaxation	Reduce anxiety levels through relaxation techniques	We performed different relaxation techniques, accompanied by music that enables a calm state providing the restoration of serenity and control of tension after the sessions.
Training in ADLs	Increase the autonomy and independence of patients.	Training in ADLs was carried out, from essential clothing to more complex ones such as food, shopping, and community management.
Therapeutic Outings	Influence autonomy or independence in the performance of AIVD.	The OC promoted therapeutic outlets to normalize and generalize previously trained behaviors such as handling money, shopping, and taking the bus.
Individualized interventions	Attend and meet the needs of each of the patients.	After the evaluation and according to individual needs, specific interventions were carried out such as accompaniment to their home, public transport use, communication systems (mobile phone), and community management.
Social skills	Stimulate social interaction and offer them the opportunity to face and solve everyday problems	Different guidelines and exercises were established, such as role-playing. The patients acted out everyday situations through real-life scenarios to solve daily problems with suggested alternatives from professionals.

Table 1. Description of the interventions and objectives.

RESULTS

In order to analyze the data more accurately, the WHODAS score differences were subsequently compared, according to both the patient's self-evaluation and the professional's evaluation. The analyses and results are presented below in the order listed above.

Initially, the study collected sociodemographic data from the patients. Of the 103 subjects, 49.8% were women, aged between 19 and 59 years ($M = 41.38$; $SD = 10.22$). Regarding the level of education, 5.8% had not received any education, 46.6% had completed primary school, 35.9% at secondary school, and 11.7% at the university. In terms of their familial situation, 25.2% lived alone while 74.8% lived with someone. Of the total sample, 89 participants completed reassessment; the remaining 14 could only make the initial assessment. In total, the patients stayed in the facilities for an average of 119 days \pm 56.07.

Secondly, the frequency of patients participating in occupational interventions was assessed. As shown in Table 2, cognitive stimulation, cooking workshops, therapeutic walks, relaxation, and creative activities were the activities in which most patients were involved.

Table 2. Participation of subjects in occupational interventions during the stay in the center - Murcia, Spain, 2016-2017.

	M ^a	SD ^b
Swimming	1.27	2.24
Cognitive stimulation	9.42	7.82
Social skills	5.20	4.05
Kitchen skills	10.29	9.48
News	7.49	8.16
Therapeutic outings	10.63	8.59
Gym	8.58	9.08
Relaxation	9.87	9.88
Music therapy	5.71	4.66
Allotment work	2.70	3.87
Aesthetic workshop	3.95	4.57
Creative Workshop	8.69	14.25
Film Forum	1.33	1.81

^aM: Mean; ^bSD: Standard Deviation

Thirdly, an analysis was carried out to check the difference in factors relating to WHODAS before and after the intervention according to the patient's self-assessment. As shown in Table 3, significant differences were found in all factors. Specifically, the self-evaluation in each of the factors was more positive (lower) when they were discharged than when they were admitted, showing an improvement in the patients' self-perception regarding their limitations. The two factors in which the change was greater were *Understanding and Communicating* and *Participation in Society*, the factor that the patients found the most difficult as a whole was *Activities of Daily Living*.

Table 3. Simple effects of time on the different factors of the WHODAS according to the patient's self-evaluation.

	Income M ^a (SD ^b)	High M ^a (SD ^b)	t	p	Cohen's d
UC ^c	2.25 (.80)	1.60 (.61)	6.943	0.000	1.07
CM ^d	1.56 (.78)	1.32 (.62)	3.427	0.001	0.34
PC ^e	1.39 (.68)	1.23 (.47)	2.355	0.021	0.27
IR ^f	2.16 (.80)	1.79 (.70)	4.023	0.000	0.49
ADLs ^g	2.24 (1.06)	1.63 (.82)	5.077	0.000	0.64
PS ^h	2.42 (.72)	1.83 (.52)	2.742	0.023	0.94

^aM: Mean; ^bSD: Standard Deviation; t: Student's t; p: Statistical Significance; ^cUC; Understanding and Communicatig; ^dCM; Community Mobility; ^ePC; Personal Care ^fIR: Interpersonal Relationships;

^gADLs: Activities of Daily Living; ^hPS; Participation in Society

Fourthly, the same analyses were carried out, but, in this case, using the professional's patient evaluation. As shown in Table 4, there were significant differences in all the WHODAS factors. Self-evaluations by the patients and the professionals' assessments both found a more positive outcome when discharged than initial admission. The analysis showed improvements from both patients and professionals. Regarding the patients' self-evaluation, the two factors in which there was a more significant change were *Understanding and Communicating* and *Participation in Society*. These two factors were also those that received the most negative evaluation from the professionals, together with *Activities of Daily Living* and *Interpersonal Relationships*. In contrast to the patients' view, *Interpersonal Relationships* were unrecognizable as a more significant barrier.

Table 4. Simple effects of time on the different WHODAS factors according to the professional's evaluation - Murcia, Spain, 2016-2017.

	Income M ^a (SD ^b)	High M ^a (SD ^b)	t	p	Cohen's d
UC ^c	2.47 (0.64)	1.77 (0.56)	12.277	0.000	1.16
CM ^d	1.50 (0.67)	1.29 (0.56)	3.170	0.002	0.34
PC ^e	1.60 (0.63)	1.34 (0.49)	5.095	0.000	0.46
IR ^f	2.56 (0.69)	2.03 (0.60)	8.102	0.000	0.82
ADLs ^g	2.78 (0.87)	1.99 (0.80)	9.300	0.000	0.95
PS ^h	2.50 (0.62)	1.87 (0.47)	8.812	0.000	1.15

^aM: Mean; ^bSD: Standard Deviation; t: Student's t; p: Statistical Significance; ^cUC; Understanding and Communicatig; ^dCM; Community Mobility; ^ePC; Personal Care ^fIR: Interpersonal Relationships;

^gADLs: Activities of Daily Living; ^hPS; Participation in Society

Fifthly, a repeated measures analysis was performed with an intra-subject factor (Time: Admission vs. Discharge) and a factor between subjects (Evaluator: Patient vs. Expert) in order to check whether there were differences between the patient's self-assessment and the professionals' self-assessment, as well as the time when the measure was taken. The results only showed a significant interaction in *Interpersonal Relationships* (IR) (Table 5). Specifically, the evaluation of the patient in the IR was lower at discharge than at the beginning. However, when the patient was the evaluator, the patients' assessment showed an even lower than when it was the professional. No significant differences were found in the other factors, so we can affirm that both the patients' self-evaluation and the professionals' evaluation were similar when they were admitted and discharged.

Table 5. Interaction between time and the evaluator in the different factors of the WHODAS - Murcia, Spain, 2016-2017.

	Patient		Professional		F	p	η^2_p
	Entry M ^a (SD ^b)	high M ^a (SD ^b)	Entry M ^a (SD ^b)	high M ^a (SD ^b)			
UC ^c	2.25 (0.80)	1.60 (0.61)	2.47 (0.64)	1.77 (0.56)	0.759	0.386	0.008
CM ^d	1.56 (0.78)	1.32 (0.62)	1.50 (0.67)	1.29 (0.56)	0.344	0.559	0.004
PC ^e	1.39 (0.68)	1.23 (0.47)	1.60 (0.63)	1.34 (0.49)	2.683	0.105	0.029
IR ^f	2.16 (0.80)	1.79 (0.70)	2.56 (0.69)	2.03 (0.60)	5.313	0.023	0.056
ADLs ^g	2.24 (1.06)	1.63 (0.82)	2.78 (0.87)	1.99 (0.80)	3.080	0.083	0.033
PS ^h	2.42 (0.72)	1.83 (0.52)	2.50 (0.62)	1.87 (0.47)	1.159	0.285	0.013

^aM: Mean; ^bSD: Standard Deviation; ^t: Student's t; ^p: Statistical Significance; ^cUC; Understanding and Communicatig; ^dCM; Community Mobility; ^ePC; Personal Care ^fIR: Interpersonal Relationships; ^gADLs: Activities of Daily Living; ^hPS; Participation in Society

Finally, different analyses were carried out to check whether there were differences in the different WHODAS factors, taking into account some sociodemographic variables and, in other cases, whether there was a correlation between the two. The results presented are mainly related to sex, age, educational level, familial situation, and the number of previous admissions. Only the data showing significant differences in the WHODAS evaluations are shown due to the large number of analyses for each factor.

In the case of gender, differences in the PS factor were found in the self-assessment of the patients upon admission ($t = 3.060, p = 0.003$). Specifically, women (2.70 ± 0.81) presented a higher self-assessment than men (2.26 ± 0.66). On the other hand, in the self-evaluation they carried out when they were discharged, differences were found in the factors CM ($t = 2.408, p = 0.020$), PC ($t = 2.026, p = 0.049$) and PS ($t = 2.176, p = 0.032$). In the three cases, women (CM: 1.53 ± 0.80 ; PC: 1.37 ± 0.67 ; PS: 1.97 ± 0.54) presented higher self-evaluations than men (CM: 1.18 ± 0.42 ; PC: 1.13 ± 0.24 ; PS: 1.73 ± 0.49).

Regarding the professionals' evaluations, in reference to the admission of the patients, differences were found in factors CM ($t = 2.520, p = 0.014$), ADLs ($t = 4.187, p < 0.001$) and PS ($t = 2.872, p = 0.005$). Again, women (CM: 1.71 ± 0.81 ; PS: $M = 2.73, DT = 0.72$) obtained higher evaluations than men (CM: 1.36 ± 0.47 ; PS: 2.36 ± 0.50) in CM and PS; however, men (3.07 ± 0.58) scored lower than women (2.36 ± 0.99) in ADLs. Regarding discharge, differences were found in CM ($t = 2.402, p = 0.020$) and ADLs ($t = 2.052, p = 0.044$). Specifically, in CM, women

(1.48 ± 0.71) scored lower than men (1.17 ± 0.40) and in ADLs, men (2.13 ± 0.72) scored lower than women (1.77 ± 0.88).

In the case of age, in the self-assessment of patients upon admission, only a negative correlation was found between age and UC ($r = -0.246, p = 0.012$), while in the self-assessment carried out when they were discharged, no correlation was found. When the evaluation was carried out by professionals, age was positively correlated with CM ($r = 0.307, p = 0.002$) and PC ($r = 0.240, p = 0.014$) during admission, while at discharge only a positive relationship was found with PC ($r = 0.304, p = 0.003$).

In the case of the number of previous admissions to the hospital, correlations were also made. Upon admission, patients were given a self-assessment showing a significant positive relationship with UC ($r = 0.202, p = 0.04$), whereas no significant correlation was found at discharge. During the professional's evaluation, the same positive relationship between the number of previous admissions and UC was significant ($r = 0.203, p = 0.039$), and again at discharge, no significant relationship was found.

In the case of education, the patients' self-evaluations found no significant difference ($p = 0.094$) neither at discharge nor at admission. However, in the professional's evaluation, significant differences were found. At admission, significant differences appeared in UC ($F = 3.120, p = 0.029$). A posthoc analysis by the Tukey method revealed that the differences were found between those with primary education (2.62 ± 0.59) and university education (2.06 ± 0.67), the former being the ones with the most difficulties. At discharge, significant differences were found in UC ($F = 3.404, p = 0.021$) and ADLs ($F = 2.758, p = 0.047$). In the case of UC, those with primary education had a worse prognosis ($M = 1.93, SD = 0.56$) than those with secondary education (1.60 ± 0.48) or university education (1.46 ± 0.40); while in the case of ADLs, who had primary education (2.21 ± 0.75) had a worse prognosis than those with secondary education ($M = 1.71 \pm 0.75$).

Lastly, regarding the familial situation, significant differences appeared in CM during the self-evaluation at admission ($t = 2.708, p = 0.008$). Those who lived with a family (1.64 ± 0.85) had a worse prognosis than those who lived alone (1.32 ± 0.34). No significant differences appeared at discharge. On the other hand, regarding the evaluation of the professionals, no significant differences were found either at admission or discharge.

DISCUSSION

The objectives of the present study were to identify the main limitations of people with SMD and check whether an occupational intervention has any effect in helping to overcome or ameliorate these limitations. Different patients with SMD were evaluated after their hospital admission and just before discharge to measure their limitations. These evaluations included a study of their sociodemographic parameters, which is the core of this research. A biased is possible with self-assessments by the patients due to their social cognition (Ruiz et al., 2006). Therefore, these evaluations were carried out both by patients and by professionals.

During their admission, the patients participated in several interventions carried out through occupational therapy, hoping to improve the evaluations of their occupational performance. The results showed that both the patients and the professionals indicated that *Understanding and Communicating*, *Participation in Society*, and *Activities of Daily Living* were the main limitations they encountered (Berrueta & Bellido, 2013). However, only professionals indicated *Interpersonal Relationships* as a barrier. Most of the participants were not within the initial stages of the disease, which affects their level of functionality (Boden et al., 2009).

On the other hand, the evaluation was more positive after the participation in occupational tasks. The improvement was especially significant in *Understanding and Communicating* and in *Participation in Society*. When comparing the evaluations made by patients and professionals, differences were only found in *Interpersonal Relationships*. This result shows that the patients overestimated their abilities to relate to other people. One possibility is that the patients were unaware of their illness symptoms. In this regard, when conducting the evaluations, it was observed that certain patients were unable to perceive their current situation when they were admitted. However, more time spent in the unit, together with psychopharmacological treatment and establishing a socio-occupational routine (Valencia CM, 1999), allowed the patients to acquire a greater awareness of their situation. Therefore, the individuals may have acquired a capacity of insight (Rossell et al., 2003), allowing them to obtain awareness of their current situation (Wilder et al., 2002).

Nevertheless, no significant differences were found in the other factors concluding that the patients' self-evaluation was similar to the professionals' evaluation. Therefore, no evidence was found that the evolution of the disease and the associated deterioration at cognitive level (Nuechterlein et al. 2004) were affecting psychosocial functioning (Green, 1996). Moreover, self-evaluations indicated that patients had acquired awareness of their illness.

Finally, some differences were also found according to sociodemographic characteristics. Based on sex, women had lower self-assessment scores, especially in *Community Mobility*, *Personal Care*, and *Participation in Society*. However, the professionals only evaluated women lower in *Community Mobility* and men in *Activities of Daily Living*. Age was associated with a lower rating in personal care. Likewise, an increased number of admissions was related to a more negative evaluation in *Understanding and Communicating*. In contrast, those who had lower levels of education presented a lower *Understanding and Communicating* and were not capable of carrying out *Activities of Daily Living*. On the other hand, those who

lived with their family had better ratings in *Community Mobility*, although only patients found this.

In short, SMD causes a significant disability (GTR-AEN, 2002) in those who suffer from it. This disease is associated with functional problems, including the social and occupational functionings (Kleinman et al., 2009). Therefore, adherence to a socio-occupational routine for people with SMD is complex, and a possible explanation is based on the functional impairment of such a diverse population (Aubin et al., 2009).

In addition to following the Model of Human Occupation (Kielhofner, 2009), this study considered the environment (Maciver et al., 2015) and cultural variables during activities since these factors could influence the performance of each activity.

CONCLUSION

In conclusion, intervention programs conducted by occupational therapy together with psychopharmacological treatment have assisted in improving performance and occupational interests in SMD. This improvement is perceived by patients and professionals alike after the treatment in the Medium Stay Unit.

LIST OF ABBREVIATIONS

ADLs; Activities of Daily Living

CM; Community Mobility

IR; Interpersonal Relationships

IRP; Individual Recovery Plan

M; Mean

OT; occupational therapist

PC; Personal Care

PS; Participation in Society

SD; Standard Deviation

SMD; Severe mental disorder

UC; *Understanding and Communicating*

URME; Regional Unit for Medium Stay

WDA; Work and Daily Activities

WHODAS; World Health Organization Disability Assessment Schedule

DECLARATIONS

Ethics approval and consent to participate

The Bioethics Committees approved the study of the Virgen de la Arrixaca Hospital of the Region of Murcia and the Autonomous Community of Murcia (2016). Study participants signed the informed consent form.

Consent for publication

Not applicable.

Availability of data and materials

The data sets used and / or analyzed during the current study are available from the corresponding author upon reasonable request.

Conflict of interests

The authors declare not to have any interest conflicts.

Funding

This study has not received any type of funding.

Authors' contributions

All authors made significant contributions to the conception and design of the study. The authors critically reviewed the article and gave their final approval before submitting it.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a todos los participantes que de un modo u otro han colaborado en esta investigación.

Acknowledgments

The authors wish to thank all the participants who in one way or another have collaborated in this research.

Anexo XI. Traducción al inglés del estudio III, adaptado a la revista Actas de Psiquiatría

The stigma of mental health professionals towards users with a mental disorder

Abstract

Introduction: Individuals with mental disorders are labeled in such a way that it leads to stigmatization. This generates a disadvantage as regards to the rest of the members of the society, limiting their participation as active members within it and at the same time being deleterious to their way of life. Mental health professionals are not safe from internalizing these stereotypes and prejudices assumed from their environment, thereby showing stigmatizing attitudes and behaviors towards the users in the different mental health resources.

Methodology: The design used in this study to determine the stigma of mental health professionals is a quantitative study, which was used to analyze the level of stigma presented by professionals using the Attribution Questionnaire-27 (AQ-27). The sample consisted of 59 professionals.

Results: The results obtained showed the existence of stigmatizing attitudes and behaviors by the professionals analyzed. Within the sociodemographic data of the sample, it should be noted that the higher level of education of the professionals decreased the attitudes and behaviors associated to stigma.

Conclusions: It was possible to confirm the existence of different stigma factors such as helping, coercion, pity and avoidance that affect mental health professionals.

Keywords: stigma, professionals, mental health, recovery.

Introduction

A stigma can be considered a mark or attribute that associates a person with undesirable characteristics (Jones et al., 1984). Many theoretical approaches on the stigma associated to mental health have been developed, among which we find social cognitive models that grant importance to stereotypes (negative beliefs about a group), prejudice (agreement with stereotype beliefs, or the negative emotional reactions such as fear, anger, or both), and discrimination (behavioral consequence from prejudices, such as exclusion from social and economic opportunities) (Corrigan, 2000).

In general, the development of stigma associated to mental health comes from one's perception towards these individuals as being strange, to be feared, unpredictable, aggressive, and lacking self-control (Crisp et al., 2000). The role played by communication media also has a negative influence on the development of stigma towards these individuals. In this context, health professionals are influenced by the ideas and cultures of the health system in which they work. According to Kassam et al., (2012), health professionals are expected to promote positive, compassionate, and supportive attitudes towards individuals with mental illness. However, some health professionals often transmit perceptions that are less supportive associated to the probability of success and recovery of people with mental illnesses (Rüsch et al., 2005).

Within the stigma associated to mental illness, three levels that interact between each other have been identified: structural, social, and internalized (Corrigan, 2000).

The structural or institutional stigma refers to the existing discriminations at the structural level, found in laws and institutions (Corrigan et al., 2011).

The social or public stigma refers to the general population stigma with respect to different groups or characteristics of the individuals. It is related with ideas or judgements created by oneself towards a context or sector of the population (Tirado, 2018). In the case of individuals who suffer from mental disorders, aside from the pre-conceived ideas of the disorder, the conditioning factor is added that many of them have or have had addiction problems (Pascual & Pascual, 2017), increasing the stereotypes created and making difficult their access to the most adequate treatments (Torrens et al., 2017; Vega et al., 2015). From the perspective of social stigma, the effects have been studied in different groups and situations, such as the family surroundings of people with mental illness (Angell et al., 2005; FEAFES, 2014), mental health professionals (Gray, 2002), the work environment, the communication media, or the general population.

Lastly, we find the internalized stigma, which refers to the stigma that every person assumes (Corrigan et al., 2008); self-stigma (Björk et al., 2018; Knaak et al., 2017). Within it, negative thoughts are created, which at the same time reduce one's self-efficacy, resulting in self-discriminatory behavior (Loubat et al., 2017; Rodríguez et al., 2016).

The professionals who treat people with mental disorders also manifest stigmatizing attitudes and behaviors that can affect their interventions, becoming an obstacle in the search

and adherence to the treatment and recovery of their patients (Polanco et al., 2013). Situations have also been found in which illnesses or physical complaints of this profile of user are considered as psychiatric symptoms, ignoring the organic cause that could be provoking it (Happell & Ewart, 2016).

Despite the existence of a greater awareness of the medical nature about psychiatric illnesses, a great number of health professionals still perceive psychiatric patients as being inferior to the others (Ebrahimi et al., 2012), and even violent or unpredictable (Giandinoto et al., 2018; Winter et al., 2016) and also considering psychiatric reclusion as a type of punishment, even reaching the point in which they no longer question the emotional well-being of the patient (Pande et al., 2011). In a systematic review which analyzed the stigma of health professionals in Spain and at the international level, the discriminatory attitudes varied as a function of the conditions and the pathology of the patients, without their opinion differing much from the general population. Also, the authors indicated the need to delve into the stigma of health professionals towards mental illness (Navarro & Trigueros, 2019).

Given the above, the objective of the present study was to discover if stigma exists towards individuals with mental disorders, in the professionals who serve them.

Methodology

A quantitative, observational and descriptive study was designed for the present study. The study population was composed by mental health professionals from the different healthcare resources at the Roman Alberca Psychiatric Hospital in Murcia, and the objective was to discover their attitudes and thoughts towards individuals with mental disorders. The health resources where these individuals were employed were: the General Hospital, the Long-term Stay Unit (ULE), the Medium-term Stay Regional Unit (URME), the Short-term Stay Unit (UCE), and the Mental Health Rehabilitation Centers (CRSM), the Community Assertive Treatment (TAC), and Day Hospital (HD), and the Therapeutic Apartments Program (PPT)

Before the start of the research study, the management team of the Roman Alberca Psychiatric Hospital of Murcia was contacted, and an explanation was provided about the content and objectives of the study. They were ensured from the start about the confidentiality of the data provided by the participants. The documents to be completed by the participants were provided in person, and the collection of the documents was done through a box, in order to not breach anonymity.

All the study participants signed an informed consent form. The study was approved by the Ethics Committee of Clinical Research at the Clinical University Virgen de la Arrixaca Hospital (Murcia).

The inclusion criteria for the study were: being a health professional with at least one year of work experience in mental health who wanted to participate in the study. Non-health professionals from the different healthcare resources, who were part of the Roman Alberca Psychiatric Hospital staff, were excluded from the study, such as ward staff, administrative personnel, cleaning personnel, kitchen staff, etc.

Sample

From the 118 mental health professionals who were part of the staff at the different centers, 80 wanted to be part of the study. All of them were mental health professionals, in different job categories, who were part of the healthcare resources integrated within the Roman Alberca Psychiatric Hospital of Murcia. They were provided with a short informative paragraph, a sociodemographic data sheet, and the Attribution Questionnaire-27 (AQ-27). Ultimately, 62 documents were collected. Of these, 3 were considered invalid, for a final sample number of 59 subjects.

Variables and measurement instruments of the study

To obtain the study variables, as previously mentioned, the participants were provided with the sociodemographic data sheet and the Attribution Questionnaire-27 (AQ-27) from Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan and Kubiak (2003). In the scientific literature, the stigma associated to mental illness has been analyzed with different strategies and evaluation instruments (Link et al., 2004). One of these instruments is the Attribution Questionnaire-27 (AQ-27), designed for measuring the stigmatizing attitude and beliefs towards people with mental illness, through the evaluation of constructs that explain stereotypes, beliefs, and behaviors when dealing with these patients (Corrigan et al., 2003). This instrument has been validated and widely utilized at the international level (Akyurek et al., 2019; Pingani et al., 2012). The populations it has been utilized with are varied. Among them, we find family members of individuals diagnosed with schizophrenia (Sousa et al., 2012), police officers (Wainwright & Mojtahedi, 2020), students, and medical professionals (Oliveira et al., 2020). In Spain, it was validated by Muñoz et al., (2015), in a sample of the general population comprised of 439 individuals. Also, it has been utilized in a study with professionals who work in mental health in Spain, Portugal, and Italy, where positive and negative attitudes were observed in these professionals towards mental illnesses (Del Olmo et al., 2019). The factors (Table 10) of this questionnaire constitute the dependent variables of the study. The situations posed included various possibilities: neutral or without danger, danger, danger without controllability of cause, and danger with controllability of cause. It is composed of 27 items which were answered using a Likert-type scale ranging from 1 to 9. The total stigma score oscillated between 27 and 243 points.

Data analysis

The analysis of the data obtained was performed with the statistical program SPSS v.21.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). The categorical variables are presented as frequencies and percentages. The continuous variables are presented as mean \pm standard deviation (SD), with all the factors from the AQ-27 analyzed (Table 10).

Table 10. Attribution factors (AQ27)

STIGMA FACTORS	DESCRIPTION
Responsibility on mental illness	Consider the patient at fault of his/her situation
Pity	Having pity, compassion, excessive worrying, consider that they understand him/her
Anger	Feeling angry, violent, irritated.
Dangerousness	Consider the person with a mental disorder as dangerous and unpredictable, feeling unsafe and threatened.
Fear	Feeling terrified, scared.
Helping	Wanting to help in excess, consider oneself as unable, facilitate the tasks, over-protection, paternalism.
Coercion	Force a person with a mental disorder to follow a treatment.
Segregation	Consider that the most adequate treatment is to banish him from society through confinement in a psychiatric hospital.
Avoidance	Not wanting to experience normal situations with people with mental disorders, such as having a drink, sharing a car, work together.

Results

Table 11 describes the sociodemographic data of the professionals studied in the present work.

Table 11. Sociodemographic Data of the Health Professionals

Gender	18 men (30.5%) 41 women (69.5%)
Age	between 24 and 63 years old mean of 43 ± 11.3 years
Profession	2 social workers (3.4%) 4 psychologists (6.8%) 4 occupational therapists (6.8%) 5 psychiatrists (8.5%) 16 nurses (27.1%) 28 nursing assistants (47,5%)
Length of time working in mental health	between 1 year and 36 years mean of 12 ± 9.1 years
Type of healthcare resource where they work	<p>- Hospital resources 46 subjects (78%) Composed by 3 psychiatrists, 3 psychologists, 1 social worker, 2 occupational therapists, 10 nurses and 27 nursing assistants.</p> <p>- Community resources 13 subjects (22%) Composed by 2 psychiatrists, 1 psychologist, 1 social worker, 2 occupational therapists, 6 nurses and 1 nursing assistant.</p>

Next, after the analysis of the AQ-27 provided to the professionals, the results obtained are described. The mean level of stigma of the entire sample was 105.03±24.81, which corresponds to a low-medium level, with the helping factor obtaining the greatest score, with a mean of 22.88±4.38, considered a high score (Figure 2).

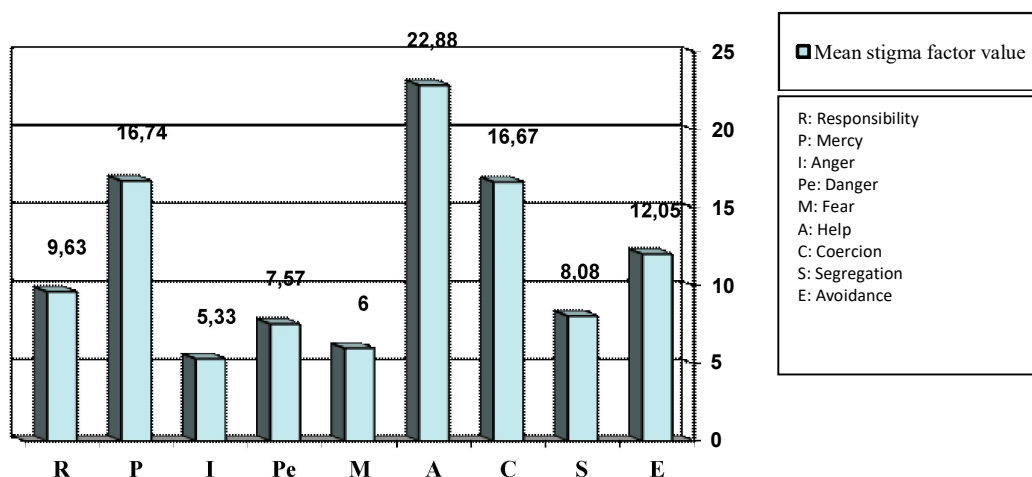


Figure 2. Stigma factors among the health professionals

This is followed by the factors pity, with a mean of 16.74 ± 4.45 , coercion with a mean of 16.67 ± 4.45 , and avoidance with a mean of 12.05 ± 6.78 , which obtained medium scores. The factors of responsibility, with a mean of 9.63 ± 3.4 , and segregation, with a mean of 8.08 ± 5.1 , obtained low scores. The factors with the lowest scores were anger, with a mean of 5.33 ± 3.42 , followed by fear, with a mean of 6 ± 4.26 , which were considered very low scores (Figure 2).

When analyzing the questionnaire according to item, a higher mean score was obtained by the items belonging to the factor helping: AQ20 (probability of helping), with a mean of 7.83 ± 1.49 ; AQ8 (willingness to talk about his/her problem), with a mean of 7.76 ± 1.99 , and AQ21 (certainty with which one believes he/she would help), with a mean of 7.29 ± 1.63 . On the contrary, the items with the lowest scores were AQ3 (I would be frightened), with a mean of 1.44 ± 1.18 ; AQ10 (his current situation is his own fault), with a mean of 1.47 ± 1.05 , and AQ4 (I would be angry), with a mean of 1.51 ± 1.26 .

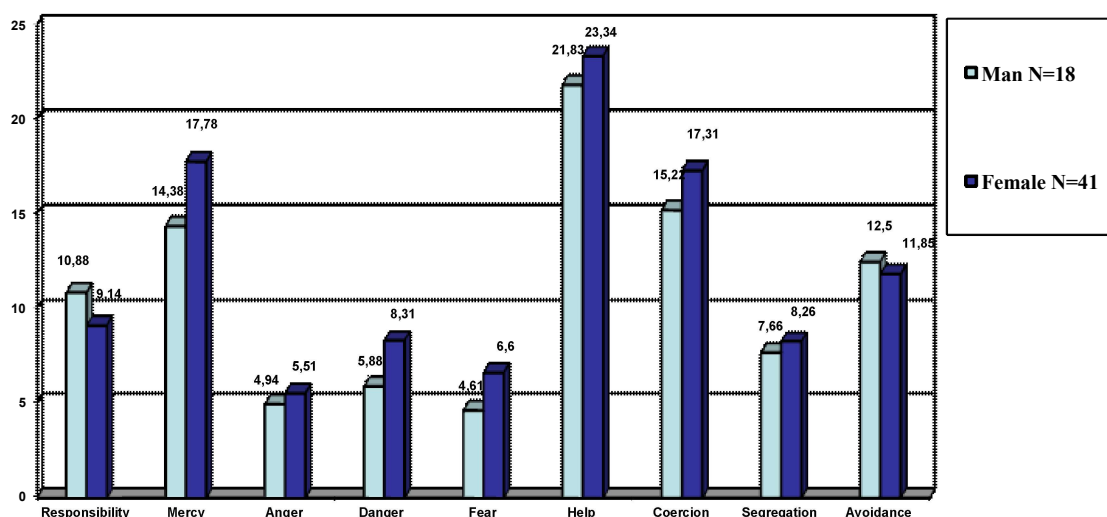


Figure 3. Stigma factors according to gender

After analyzing the data, and using gender as the variable (Figure 3), the level of general stigma was slightly higher in women, with a mean of 108.14 ± 26.19 as compared to the men, with a mean of 97.94 ± 20.22 . This difference was also observed in the factors of stigma, with the factors compassion obtaining a mean of 17.78 ± 4.15 for women, and 14.38 ± 4.29 for men, and dangerousness obtaining a mean of 8.31 ± 4.52 for women, and 5.88 ± 2.44 for men, with the greatest difference observed in these factors. In the responsibility and avoidance factors, the values were inverted, with the men obtaining the greatest scores: 10.88 ± 3.37 for men, and 9.14 ± 3.32 for women, and 12.50 ± 8.76 for men and 11.85 ± 5.82 for women respectively

Next, the independent variable age was analyzed (Figure 4), with the 60-63 years-old interval obtaining a mean of 118 ± 49.49 , 51-60 years-old with a mean of 113.84 ± 28.5 obtaining the highest scores, and the interval 24-30 years-old, with a mean of 92.50 ± 13.54 , the one with the lowest level of stigma, followed by the age intervals 41-50 years-old with a mean of 99.70 ± 19.63 , and the 31-40 years-old with a mean of 107.68 ± 26.7 (Figure 3). Most of the stigma

factors obtained higher values in the older-age intervals, with the greatest difference observed in the factor coercion, with values of 21.5 ± 3.53 in the 61-63 years-old interval, and 20.3 ± 7 in the 51-60 years-old interval, as compared with 11.62 ± 4.43 in the 24-30 years-old interval. However, the factor of responsibility obtained a lower value in the 51-60 years-old interval, with a mean of 7.84 ± 3.43 .

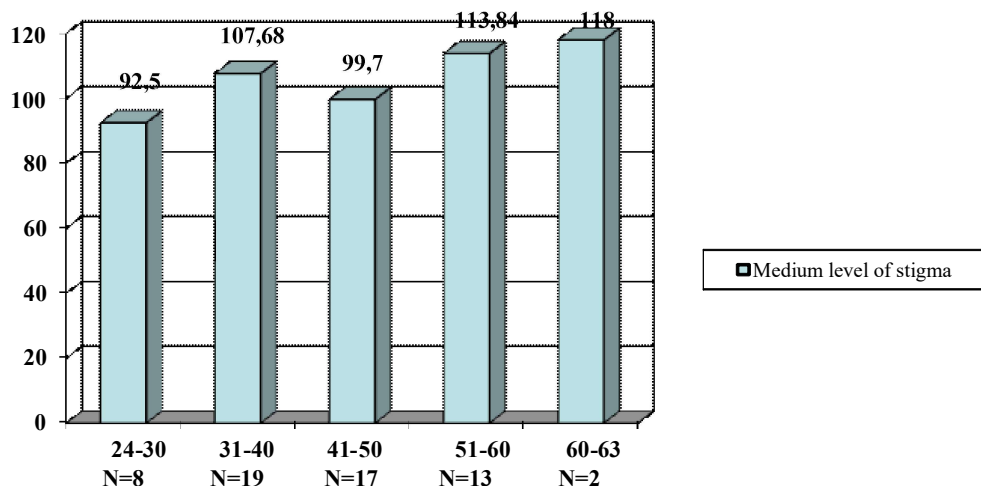


Figure 4. Stigma factors according to age

According to profession (Figure 4), the differences in the levels of general stigma were very evident, with the nursing assistants having a level that was clearly superior than the rest, with a mean of 121.53 ± 24.23 as compared to the levels of the other groups, such as psychologists, with a mean of 98.75 ± 16.52 , and the social workers, with a mean of 98.5 ± 10.6 . The lower levels of stigma were found in the occupational therapists, with a mean of 83.75 ± 13.09 , followed by psychiatrists with a mean of 87.8 ± 17.36 , and nurses, with a mean of 89.25 ± 11.68 (Figure 4). According to the factors, the highest scores were obtained by the nurses in the factor of helping, with a mean of 25.25 ± 2.01 , the nursing assistants in the factor coercion, with a mean of 20.5 ± 5.13 , the psychologists with the compassion factor with a mean of 18.25 ± 1.70 , the social workers with the factor avoidance, with a mean of 17.5 ± 9.19 , the assistants with the segregation factor, with a mean of 11.85 ± 4.8 , and the psychiatrists in the responsibility factor with a mean of 11.8 ± 2.58 . The maximum values of coercion and segregation belonging to the group of assistants were the furthest away from the second-highest values of these factors: 20.5 ± 5.13 and 11.85 ± 4.81 as compared to 15.50 ± 6.36 in social workers, and 6 ± 2.58 in occupational therapist, respectively.

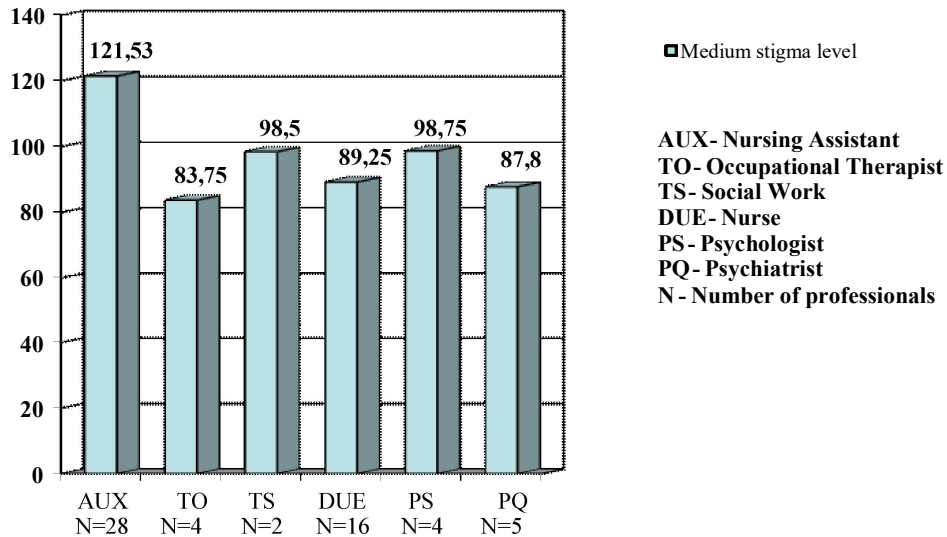


Figure 5. Stigma factors according to professional category

The results found considering the length of time at their current employment in mental health (Figure 6) showed that the higher levels of stigma were obtained by the interval 31-36 years of work, with a mean of 131.33 ± 41.94 , followed by 16 to 20 years, with a mean of 110 ± 13.94 , and 21 to 25 years, with a mean of 109.5 ± 43.24 . The lowest values of stigma corresponded to the intervals 11 to 15 years, with a mean of 96.88 ± 19.69 , followed by 1 to 5 years, with a mean of 100.33 ± 23.71 (Figure 6).

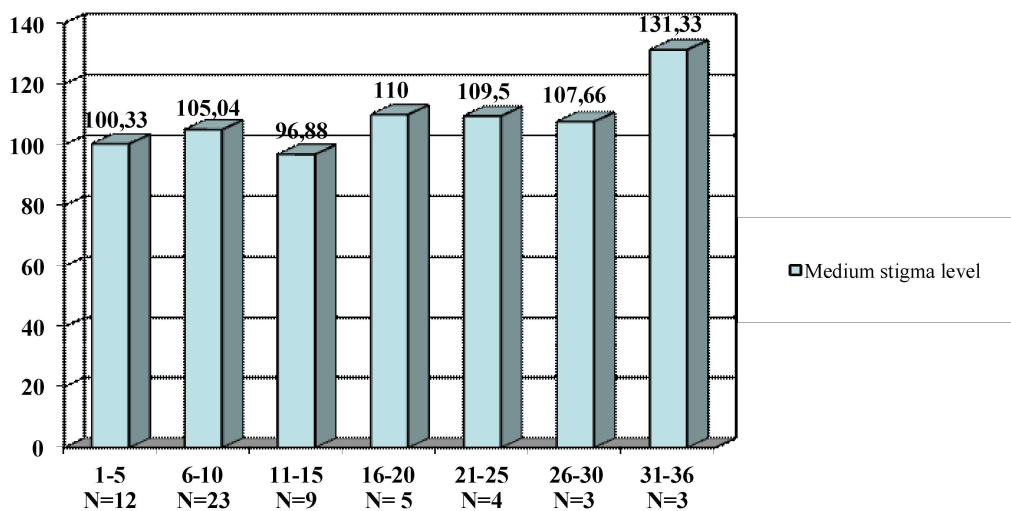


Figure 6. Stigma factors according to length of time worked

According to factors, the 31 to 36 years of work also obtained the greatest scores in most of the stigma factors: responsibility, with a mean of 12 ± 1 , pity, with a mean of 17.66 ± 5.77 , danger, with a mean of 11 ± 7 , fear, 12.33 ± 8.14 , helping, 26 ± 1 , coercion 22.66 ± 3.21 , segregation 12 ± 8.18 , and avoidance 14.66 ± 10.4 . The factor of anger obtained the highest value in the 16 to 20 years of work interval, with a mean of 6.8 ± 4.38 (Figure 6).

The type of healthcare resource (Figure 7) where they participants worked was differentiated between hospital (Medium-term and Short-term Stay Regional Units), and community (Day Hospital, Community Assertive Treatment, and Therapeutic Apartments). The stigma was higher in the professionals from hospital resources, with a mean of 111.36 ± 23.69 , as compared to the mean of 82.61 ± 13.13 obtained by the community resources. In the stigma factors, the hospital resource professionals obtained the highest scores, except for the factor of helping, in which the scores were higher for the professionals from community resources.

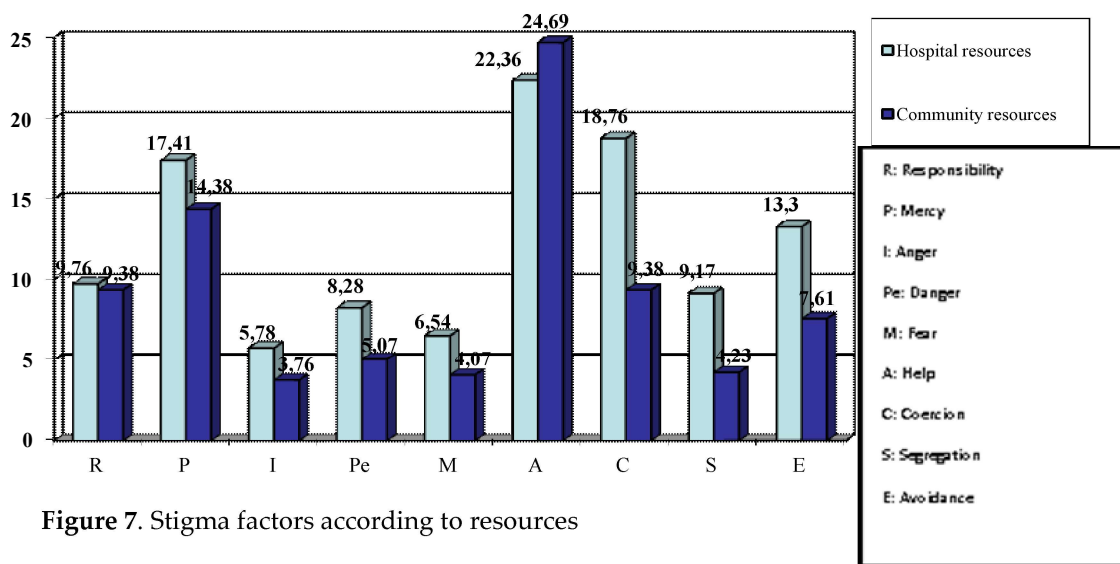


Figure 7. Stigma factors according to resources

Discussion

Due to the care offered by a hospital institution, the ratio of hospital personnel clearly leans towards less-qualified professionals (nursing assistants), who are mainly destined to provide basic care to the users. As the proportion of the other professional categories was unequal, a decision was made to compare the nursing assistant personnel with the rest of the professionals. From the data obtained, the greater level of general stigma in the nursing assistant group was verified, and as they were greater in number as compared to the rest of the professionals, they tended to sway the level of the total sample towards a low-medium range, although the rest of the participants had a lower level of stigma.

In the present study, the presence of stigmatizing attitudes and behaviors towards people with mental disorders was evident in the health professionals who are dedicated to their care and treatment. It was observed that the more relevant factors of the stigma, and therefore the attitudes that more frequently appeared in these professionals, were helping, coercion, pity, and avoidance (Muñoz et al., 2009). To be able to change these attitudes and behaviors (Rüsch et al., 2005), a tool that can be used is the direct contact with the users (Corrigan & Matthews, 2003; Corrigan & Penn, 1999), facilitating interaction in community surroundings outside the institution (Estroff et al., 2004). Within the data analyzed, we found that the professional category which showed the lowest levels of stigma was Occupational Therapy, who tended to conduct interventions outside the hospital context, by maintaining a direct contact with the user during the development of the different everyday activities, thus allowing for a closer and normalized behavior.

As for the sociodemographic data, differences were found in the attitudes and behaviors of the health professionals according to their profession and training, highlighting the greater abundance of stigmatizing attitudes among the professionals with less training. According to our results, as well results from other studies (Pande et al., 2011), the level of stigma decreases as the training of the professionals increases, so that we can attribute the differences in the results obtained to this difference in training in both samples. The level of stigma is inversely correlated with the training (Schulze, 2007) of the professionals: the greater the training, the lower the stigma (Hayward & Bright, 1997). Thus, Tay et al. (2004) manifested that the professional qualification and experience in the area of psychiatry favored attitudes that were significantly more positive.

The nursing assistants obtained higher scores than the rest of the professionals with university degrees (Jones et al., 2008; Angermeyer & Dietrich, 2006). However, the attitudes of coercion results were reiterated, in regard to the taking of medication or the referral to resources by the professionals with more training, with paternalistic behaviors observed among the psychiatrists, who tended to be overprotective (Angell et al., 2005).

Therefore, without being aware, the health professionals (Filipčić et al., 2003) also had negative beliefs and behaviors towards persons with mental illness (Björkman et al., 2008). With respect to gender, age, employment in mental health, or the type of resource, taking account our results and those obtained in other studies (Ebrahimi et al., 2012), we cannot affirm that there was a significant relationship with respect to the stigmatizing attitudes of the professionals.

The health professionals in the area of mental health showed stigmatizing behaviors towards persons with mental disorders, with them perceiving that these attitudes tended to appear more frequently when they went to general hospitals and were treated by professionals who were not specialists in mental health (Struch et al., 2008). In the work conducted by the Royal College of Psychiatrists of London, we found that doctors, without training or experience in mental health, tended to believe that people with mental illness were dangerous or unpredictable (Mukherjee et al., 2002).

Without being aware, the stigma suffered by persons with a mental disorder makes more difficult their recovery, as it has a series of negative connotations (Ruiz et al., 2012)

which impede them from having the same opportunities than the rest of the people. The characteristics of the pathology itself should be taken into account, and we should also add the prejudices and erroneous ideas that exist towards this type of patient profile (Angermeyer, 2002).

All of these negative connotations that appeared throughout the study will have repercussions on the quality of life of persons with mental disorders (Penn & Couture, 2002). The health professionals must promote the empowerment of the patient to improve the health care they receive and to reduce stigma (Sartorius, 2002).

According to Lien et al. (2019), it is necessary and fundamental to determine the changes in the attitudes towards mental illnesses among the health professionals. In this sense, and from this perspective, the results of the present study show the stigma of the workers at different healthcare resources at the Roman Alberca Psychiatric Hospital of Murcia towards mental patients. Ultimately, the results provide evidence that could be used by the institutions for the implementation of programs and actions against stigmatization, which could be focused on the improvement of the attitudes of health professionals towards mental health. This could have positive repercussions on their recovery and could help improve the health care provided, among other aspects.

A limitation of this study is that it addresses the perspective of the health professionals, although delving into the perspective of the patients is also necessary. As a future line of research, we propose the need to develop a complementary qualitative study to the present one, with a sufficiently large population and from the perspective of the mental health services user that could allow delving into the subject of study. In this manner, the clinical situations and the multiple factors that could be involved could be better understood.

Conclusion

Throughout the study, we verified the existence of different stigma factors such as helping, coercion, pity, and avoidance, which affect mental health professionals. Among the tools that could be used to mitigate these factors, we find training and the interaction with these users in everyday situations outside the institution, which could allow the breaking of the barrier which has a negative effect on the improvement of the intervention.