



TESIS DOCTORAL

**FELICIDAD, CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR EN
PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE**

A. EVA LOURDES DÍAZ HERNÁNDEZ

PROGRAMA DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS Y FARMACÉUTICAS,
DESARROLLO Y CALIDAD DE VIDA

DIRECTOR

DR. D. ALFONSO MIGUEL GARCÍA HERNÁNDEZ

CODIRECTOR

DR. D. PEDRO RUYMÁN BRITO BRITO

La Laguna, Octubre 2021

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/--/-- --:--:--



Ilustración: ©José Salvador Díaz Hernández

Diseño de la portada y maquetación:

©Eva Lourdes Díaz Hernández

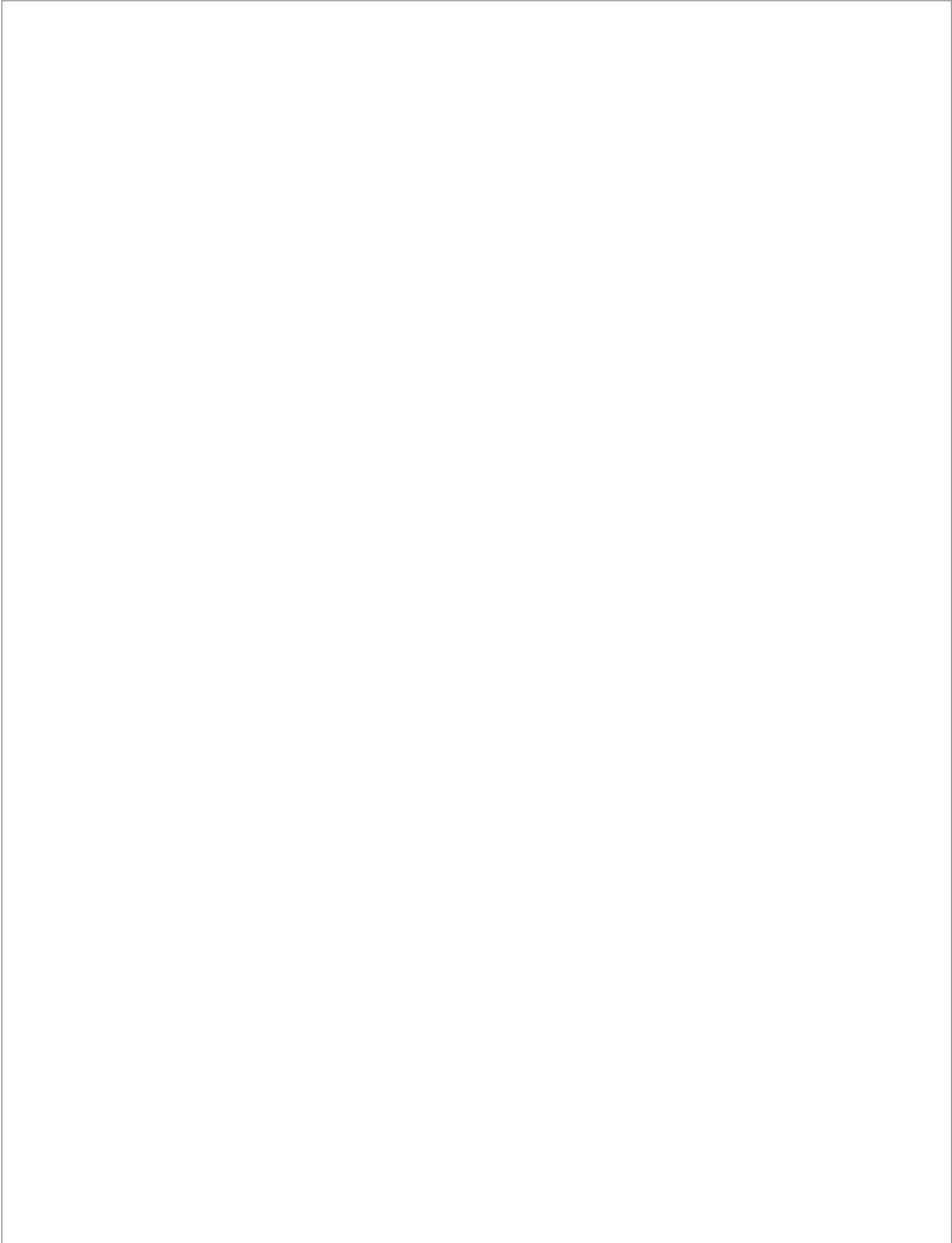
©Ana Belén Crespo Lorenzo

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

El planeta de la tesis

Cuando el principito llegó al planeta de la tesis preguntó: - *¿Qué es ese libro?* La académica respondió: - *Esto es una tesis.* El principito de nuevo preguntó: - *¿Qué es una tesis?* A lo que la académica le explicó: - *Es una disertación escrita que presenta a la universidad el aspirante al título de doctor en una facultad.* El principito decepcionado le dijo: - *No lo entiendo.* La académica insistió: - *A ver, es un estudio en profundidad de un tema.* El principito extrañado preguntó: - *¿En profundidad? sigo sin entenderlo, ¿es que está dentro de la tierra?* La académica airadamente le dijo: - *¡No, no, no... es conocer lo más posible un fenómeno!* El principito repitió: - *Sigo sin entenderlo...* Y entonces la académica dejó de ser académica y le explicó: - *Una tesis es un libro sobre un tema que te apasiona, que luego quieres contar y compartir. Es felicidad, que puede ayudar a otros a entender y, en algunas ocasiones, a hacer. Suena un poco a locura, pero sin ella es difícil realizarla.* El principito sorprendido exclamó: - *¡Ahora lo entiendo! ¿me la cuentas?*

Eva L. Díaz

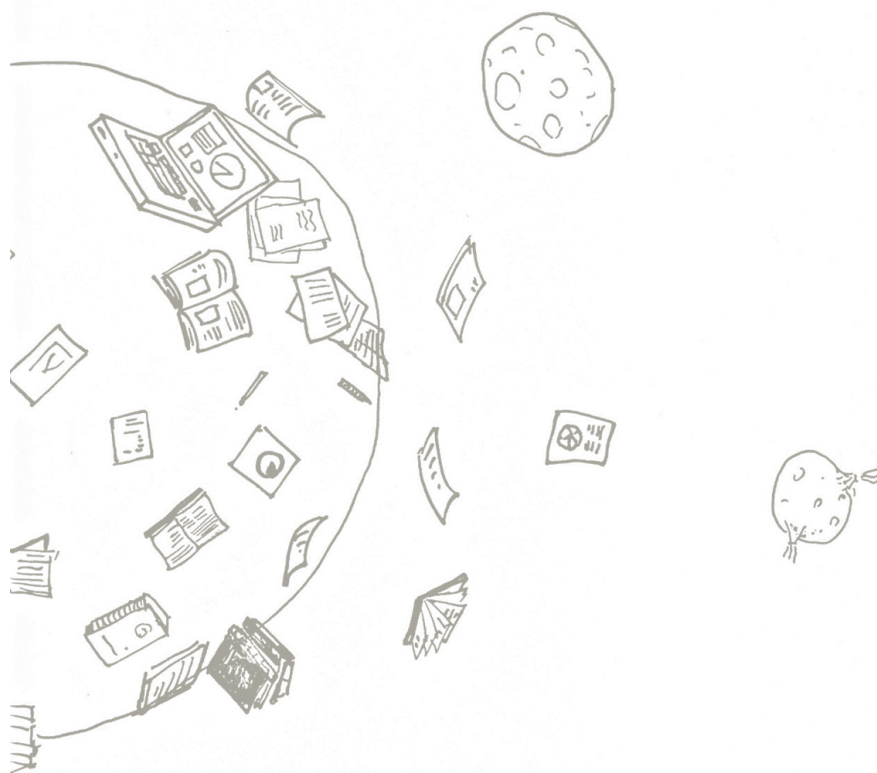


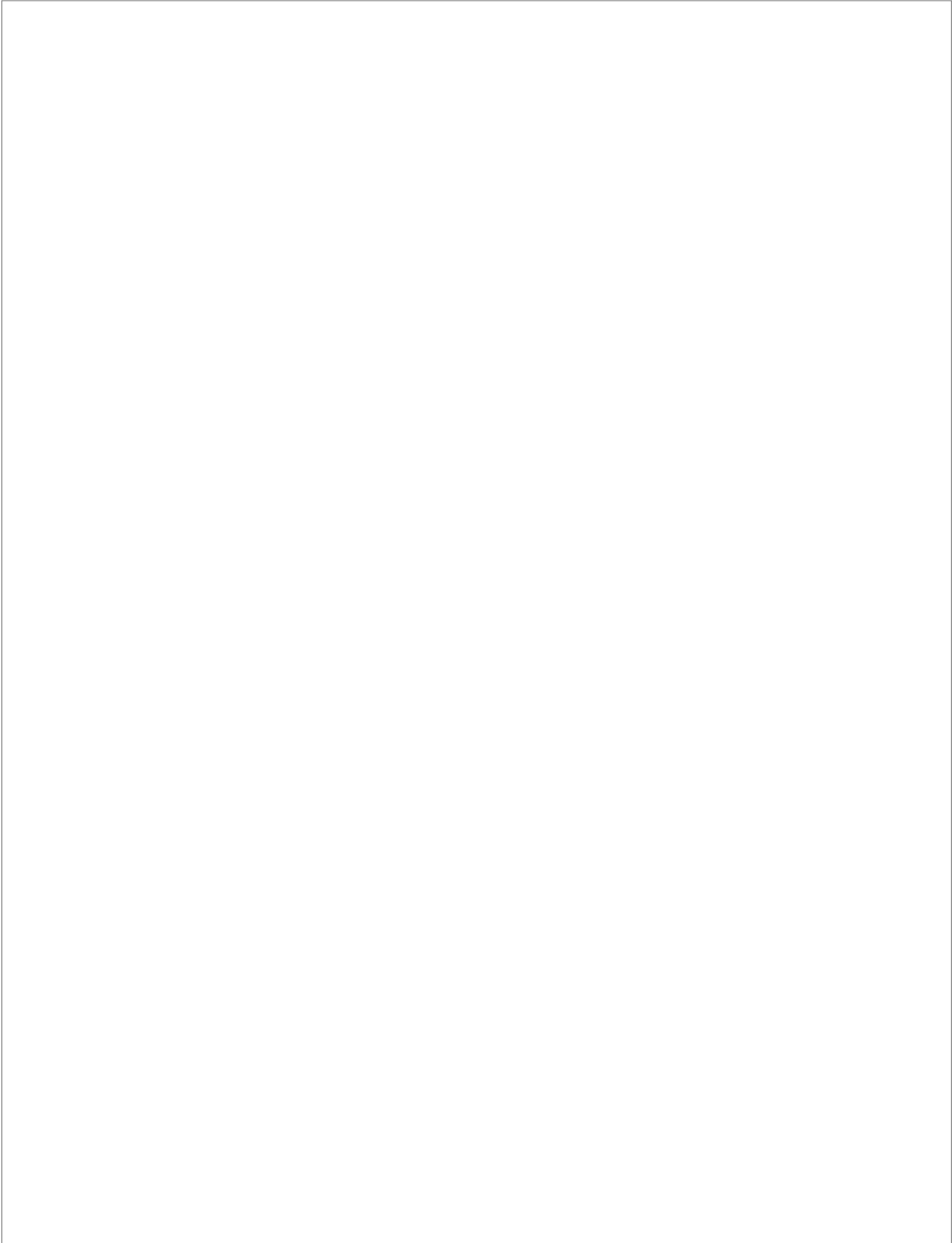
Ilustración. *El planeta de la tesis* (José Salvador Díaz, 2021)

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Agradecimientos

Si me preguntaran qué me ha aportado la realización de esta tesis sobre la felicidad... lo primero que les diría es que he aprendido muchísimo, pero sobre todo me ha permitido recordar que se puede ser feliz haciendo y dejando de hacer pequeñas cosas, entre ellas, es importante la gratitud.

Y cómo no, voy a comenzar agradeciendo a mi director Alfonso Miguel García Hernández y a mi codirector Pedro Ruymán Brito Brito su paciencia y capacidad para entenderme y dejarme hacer. Probablemente, con sus consejos esta tesis hubiese sido más rápida, sin embargo, lo que aprendí hace mucho tiempo es que “todo lo que puedas hacer tú, ¡hazlo!, incluso solo por la satisfacción de hacerlo. *Do it yourself*”.

Gracias a mi familia, a mis Ernestos y Andrea, a mi madre, a mis Cármenes y a todos los demás, por su apoyo incondicional y paciencia, por esas ausencias, por estar y no estar. Por tu presencia Papi, sin estar, has estado todo el tiempo presente. Gracias a mi hermano José por tu aportación creativa con *El planeta de la tesis*, has podido describir con esta ilustración estos últimos años. Gracias Mami por ponérmelo siempre fácil. Les quiero mucho.

Quiero hacer una mención especial a mi amiga Ana, “mi parte neurótica” de esta tesis. Quiero agradecerte tu compañía, paciencia, ayuda y sobre todo ese aprendizaje continuo y la madurez que hemos alcanzado tras tantas horas de estudio y rompecabezas. Además, sabes que espero acompañarte próximamente en tu tesis.

Quiero agradecerle a la vida tantos momentos felices en estos últimos cuatro años. A pesar de este inolvidable año 2020, sí que nos ha recordado que la felicidad está en las pequeñas cosas. Cuando llegó el final de esta tesis sentí felicidad, pero al mismo tiempo tristeza y vacío. Mi director me hablaba de la necesidad de la obsesión para que una tesis se termine, en mi modesta opinión, yo hablaría de la *pasión*, la pasión por lo que se estudia, se investiga, se hace o se vive. Esa pasión provoca en algunas ocasiones enfados, desesperación y miedo, también

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

lucha y constancia y, por supuesto, felicidad y amor hacia el trabajo realizado. Gracias a la tesis por hacerme más feliz, por disfrutar tanto con la investigación cualitativa y abrirme las puertas a mi deseo de no parar aquí y seguir investigando, Ana nos vemos pronto.

Gracias a todos y a cada uno de mis pacientes, que se mostraron dispuestos a compartir sus experiencias y opiniones y con los que sigo compartiendo momentos y conversaciones.

Todos estos años he estado acompañada sin descanso por Erik Satie y, en el último año, por Aute, sin olvidar tantos desayunos en el Benidorm como antes a las horas de trabajo.

Quiero agradecer a mi compañero Quico su colaboración y empuje al principio de esta andadura, y al que le deseo el mayor disfrute en su nueva etapa.

Por supuesto, no quiero dejar de agradecer a todos esas profesoras y profesores, que, de manera generosa, han compartido sus conocimientos y su pasión por la investigación y, sin los que seguro, hubiese sido más difícil la realización de esta tesis.

Gracias a todos y os deseo que seáis muy felices.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Índice

Agradecimientos	V
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES TEÓRICOS	2
1. INTRODUCCIÓN	4
2. ASPECTOS CONCEPTUALES	7
2.1. Aproximación al concepto de calidad de vida	7
2.1.1. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	10
2.2. Aproximación al concepto de bienestar	12
2.2.1. Bienestar subjetivo	12
2.2.2. Bienestar psicológico	14
2.3. Concepto de recuperación	17
2.4. Notas acerca del concepto de estigma	19
2.4.1. Conceptualización del estigma desde la perspectiva sociocognitiva	20
2.4.2. Conceptualización del estigma desde la perspectiva social	21
2.4.3. Revisión de los enfoques más efectivos para reducir el estigma sobre la salud mental	21
2.5. Atención plena (<i>mindfulness</i>) y felicidad	23
2.6. Aproximación al concepto de felicidad	26
2.6.1. S. XXI y felicidad	30
2.7. Concepto de trastorno mental grave	33
2.8. Situación actual en la Comunidad Autónoma de Canarias	34
2.8.1. Actividad asistencial de los profesionales de salud mental en trastorno mental grave	36
3. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA SALUD MENTAL, LA FELICIDAD, EL BIENESTAR Y/O LA CALIDAD DE VIDA	37
3.1. Calidad de vida relacionada con la salud	37
3.2. Felicidad, bienestar y/o calidad de vida en personas con trastorno mental grave	38
3.3. Tratamientos y trastorno mental grave	48
3.4. Estigma en relación con la salud mental	55
4. CONCLUSIÓN DE LOS ASPECTOS CONCEPTUALES	60
CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO	62
5. OBJETIVOS	65
6. DISEÑO DEL ESTUDIO	68
6.1. Método	68
6.2. Descripción de la población	70
6.2.1. Descripción de la muestra	70

VIII

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, calidad de vida y bienestar en personas con trastorno mental grave

6.2.1.1.	Descripción de las/os participantes de la investigación cuantitativa	71
6.2.1.2.	Descripción de las/os participantes de la investigación cualitativa	73
6.2.1.2.1.	Grupo focal	74
6.2.1.2.2.	Entrevistas individuales	76
6.3.	Instrumentos	81
6.3.1.	Instrumentos de la investigación cuantitativa	81
6.3.1.1.	Cuestionario C-VS-PCVRS-TMG	81
6.3.1.1.1.	Variables	82
6.3.1.2.	Las viñetas COOP/WONCA	99
6.3.2.	Instrumentos de la investigación cualitativa	100
6.3.2.1.	Entrevista sobre el significado de felicidad	100
6.3.2.2.	Diario de campo	101
6.4.	Procedimiento	102
6.4.1.	Procedimiento de elaboración del cuestionario y análisis de los resultados	103
6.4.2.	Procedimiento de elaboración de la entrevista y análisis de los resultados	104
6.4.2.1.	Grupo focal	106
6.4.2.2.	Entrevistas individuales	106
6.4.2.3.	Observaciones	107
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN		109
7.	INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA	112
7.1.	ANÁLISIS DE FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO	112
7.2.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO	112
7.2.1.	Variables sociodemográficas	113
7.2.2.	Datos clínicos	116
7.2.3.	Viñetas COOP/WONCA	133
7.3.	ANÁLISIS BIVARIADO	135
7.3.1.	Trastorno mental grave: trastornos psicóticos, trastornos afectivos y trastornos de personalidad	135
7.3.1.1.	Análisis bivariado entre el tipo de trastorno mental grave y las variables correspondientes a las características sociodemográficas	135
7.3.1.1.1.	Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y el sexo	135
7.3.1.1.2.	Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y la edad	135
7.3.1.1.3.	Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y el estado civil	135
7.3.1.1.4.	Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y la descendencia	136

IX

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

7.3.1.1.5. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y el número de personas que viven en el mismo domicilio, el tipo de apoyo familiar recibido, el nivel de estudios, la situación laboral actual y los ingresos económicos	136
7.3.1.1.6. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y el tipo de trabajo desempeñado	136
7.3.1.2. Análisis bivariado entre el tipo de trastorno mental grave y las variables correspondientes a los datos clínicos	137
7.3.1.2.1. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y la edad de inicio de la enfermedad	137
7.3.1.2.2. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave, el número de ingresos hospitalario y el número de visitas al servicio de urgencias en el último mes	137
7.3.1.2.3. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y los problemas de salud	137
7.3.1.2.4. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y la presencia de hábitos no saludables	138
7.3.1.2.5. Análisis bivariado entre las categorías de trastorno mental grave y la adherencia a las pautas terapéuticas	138
7.3.1.2.6. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave, la polimedicación (>4 fármacos prescritos) y los tratamientos prescritos (psiquiátricos, somáticos y totales)	138
7.3.1.2.7. Análisis bivariado entre las categorías de trastorno mental grave y los efectos adversos más relevantes	138
7.3.1.2.8. Análisis bivariado entre las categorías de trastorno mental grave y el uso de recursos asistenciales	139
7.3.1.2.9. Análisis bivariado entre las categorías de trastorno mental grave, el número de visitas en el último año a las consultas de enfermería, psiquiatría y el sumatorio total de visitas al servicio de la USMC de La Laguna	139
7.3.1.2.10. Análisis bivariado entre las categorías de trastorno mental grave y las etiquetas de NANDA-I más frecuentes	140
7.3.1.2.11. Análisis bivariado entre las categorías de trastorno mental grave y las intervenciones de enfermería NIC más frecuentes	141
7.3.1.2.12. Análisis de los tipos de trastorno mental grave con las medianas del número total de etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC	142
7.3.1.3. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y la escala de valoración de la percepción de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA	142

X

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, calidad de vida y bienestar en personas con trastorno mental grave

7.3.2. Dimensiones de calidad de vida, según la escala de valoración de COOP/WONCA	144
7.3.2.1. Correlación entre las dimensiones de calidad de vida	144
7.3.2.2. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA y las características sociodemográficas	145
7.3.2.2.1. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el sexo	145
7.3.2.2.2. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y la edad	145
7.3.2.2.3. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el estado civil	150
7.3.2.2.4. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y la variable correspondiente a la descendencia	150
7.3.2.2.5. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el tipo de convivencia	150
7.3.2.2.6. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el tipo de apoyo principal que reciben	151
7.3.2.2.7. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el nivel de estudio	151
7.3.2.2.8. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y la situación laboral actual	151
7.3.2.2.9. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el tipo de trabajo	151
7.3.2.2.10. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el tipo de ingresos económicos o la cuantía económica que reciben	152
7.3.2.3. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA y los datos clínicos	152
7.3.2.3.1. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y la edad de inicio de la enfermedad	152
7.3.2.3.2. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y los años de enfermedad	153
7.3.2.3.3. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el número de ingresos hospitalarios	153

XI

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

7.3.2.3.4. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y las visitas al servicio de urgencias en el último mes	154
7.3.2.3.5. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y la presencia o ausencia de los problemas de salud	154
7.3.2.3.6. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y los hábitos no saludables seleccionados	155
7.3.2.3.7. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y las pautas terapéuticas	158
7.3.2.3.8. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y las personas polimedicadas (≥ 4)	161
7.3.2.3.9. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el número de fármacos psiquiátricos prescritos	162
7.3.2.3.10. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el número de fármacos somáticos prescritos	162
7.3.2.3.11. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el número de fármacos totales prescritos	163
7.3.2.3.12. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el tratamiento antipsicótico inyectable depot	164
7.3.2.3.13. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el tipo de antipsicótico prescrito	165
7.3.2.3.14. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y los tratamientos terapéuticos prescritos	167
7.3.2.3.15. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y los efectos adversos	168
7.3.2.3.16. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el uso de recursos asistenciales	169
7.3.2.3.17. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, el número de visitas en el último año a las consultas de enfermería, psiquiatría y el sumatorio total de visitas al servicio de la USMC de La Laguna	169
7.3.2.3.18. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y las etiquetas de NANDA-I seleccionadas por su frecuencia de asignación	169

XII

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, calidad de vida y bienestar en personas con trastorno mental grave

7.3.2.3.19. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y las intervenciones de enfermería NIC seleccionadas	172
7.3.3. Etiquetas de NANDA-I más frecuentes e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes	177
7.3.3.1. Análisis de las etiquetas de NANDA-I asignadas más frecuentes y el resto de etiquetas seleccionadas	177
7.3.3.2. Análisis de las intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el resto de intervenciones seleccionadas	181
7.3.3.3. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y las características sociodemográficas	186
7.3.3.3.1. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el sexo	186
7.3.3.3.2. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y la edad	187
7.3.3.3.3. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes, el estado civil y la descendencia	187
7.3.3.3.4. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el tipo de convivencia o el tipo de apoyo familiar que reciben	188
7.3.3.3.5. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el nivel de estudios que tienen	188
7.3.3.3.6. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y la situación laboral actual	188
7.3.3.3.7. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes, el tipo de trabajo, de ingresos económicos y cuantía	188
7.3.3.4. Análisis de las etiquetas de NANDA-I, las intervenciones de enfermería NIC y los datos clínicos	189
7.3.3.4.1. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y la edad de inicio de la enfermedad	189
7.3.3.4.2. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y los años de enfermedad	189
7.3.3.4.3. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el número de ingresos hospitalarios	190
7.3.3.4.4. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y las visitas al servicio de urgencias en el último mes	190

XIII

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

7.3.3.4.5. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y los problemas de salud	190
7.3.3.4.6. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y los hábitos no saludables	192
7.3.3.4.7. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el consumo en el pasado de sustancias psicoactivas	193
7.3.3.4.8. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el consumo actual de sustancias psicoactivas	194
7.3.3.4.9. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y los tratamientos terapéuticos	194
7.3.3.4.10. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y la adherencia a las pautas terapéuticas	196
7.3.3.4.11. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y las personas polimedicadas (≥ 4)	197
7.3.3.4.12. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el número de fármacos psiquiátricos prescritos	197
7.3.3.4.13. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el número de fármacos somáticos prescritos	198
7.3.3.4.14. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el número de fármacos totales prescritos	198
7.3.3.4.15. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el tratamiento inyectable depot	199
7.3.3.4.16. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el tipo de antipsicótico	199
7.3.3.4.17. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y los efectos adversos	199
7.3.3.4.18. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el uso de recursos asistenciales	200
7.3.3.4.19. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el número de visitas en el último año a las consultas de enfermería	200
7.3.3.4.20. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el número de visitas en el último año a las consultas de psiquiatría	201

XIV

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, calidad de vida y bienestar en personas con trastorno mental grave

7.3.3.4.21. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes, el número de visitas totales en el último año a las consultas de enfermería y psiquiatría de la USMC	201
7.3.4. Otros análisis relevantes	202
7.3.4.1. Análisis del sexo con distintas variables seleccionadas	202
7.3.4.1.1. Análisis del sexo con las variables correspondientes a los datos sociodemográficos	202
7.3.4.1.2. Análisis del sexo, la edad de inicio de la enfermedad, el número de ingresos hospitalarios, las visitas al servicio de urgencias en el último mes y los años de enfermedad	202
7.3.4.1.3. Análisis del sexo, los tratamientos farmacológicos y la polimedicación (≥ 4)	202
7.3.4.1.4. Análisis del sexo y los problemas de salud	202
7.3.4.1.5. Análisis del sexo y los hábitos no saludables	203
7.3.4.1.6. Análisis del sexo y el uso de recursos asistenciales	203
7.3.4.1.7. Análisis del sexo y el índice de masa corporal	203
7.3.4.2. Análisis de la edad de inicio de la enfermedad y las distintas variables seleccionadas	203
7.3.4.2.1. Análisis de la edad de inicio de la enfermedad y el nivel de estudios	204
7.3.4.2.2. Análisis de la edad de inicio de la enfermedad, la situación laboral y los tipos de trabajo	204
7.3.4.2.3. Análisis de la edad de inicio de la enfermedad, la presencia o ausencia de los hábitos no saludables y el índice de masa corporal (IMC)	205
7.3.4.3. Análisis de los distintos tratamientos y las distintas variables seleccionadas	205
7.3.4.3.1. Análisis de las personas polimedicadas (≥ 4) y los problemas de salud	205
7.3.4.3.2. Análisis de las personas polimedicadas (≥ 4) y los efectos adversos de la medicación	205
7.3.4.3.3. Análisis del número de fármacos (somáticos, psiquiátricos o totales), el tipo de fármacos y de la edad de las personas	206
7.3.4.3.4. Análisis del tipo de antipsicótico, los problemas de salud, los efectos adversos, los hábitos no saludables y el índice de masa corporal	206

XV

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

7.3.4.3.5. Análisis de la intervención de enfermería NIC fomento del ejercicio y el índice de masa corporal	206
7.3.4.4. Análisis del uso de recursos asistenciales y las distintas variables seleccionadas	207
7.3.4.4.1. Análisis del uso de recursos asistenciales y los hábitos no saludables	207
7.3.4.4.2. Análisis del uso de recursos asistenciales y la adherencia a las pautas terapéuticas	208
7.3.4.5. Análisis entre las variables de consumo de sustancias psicoactivas	208
7.3.4.6. Análisis entre las variables de problemas de salud, los efectos adversos y los hábitos no saludables.	208
8. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	210
8.1. ANÁLISIS CUALITATIVO	214
8.1.1. Concepto	214
8.1.2. Experiencias relacionadas con la felicidad	229
8.1.3. Eventos biográficos significativos	233
8.1.4. Estrategias para alcanzar la felicidad	237
8.1.5. Sociedad	242
8.1.6. Salud y felicidad	245
8.1.7. Significado de la enfermedad	248
8.1.8. Rechazo social	252
8.1.9. Servicios de salud mental y estigma	255
9. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA	257
10. DISCUSIÓN	258
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES	284
CAPÍTULO V. FUTURAS INVESTIGACIONES	292
CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	297
ÍNDICE DE TABLAS	324
ÍNDICE DE FIGURAS	328
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	329
ANEXOS	332
Anexo 1	334
Anexo 2	346
Anexo 3	349
Anexo 4	360
Anexo 5	362

XVI

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, calidad de vida y bienestar en personas con trastorno mental grave

Anexo 6	364
Anexo 7	365

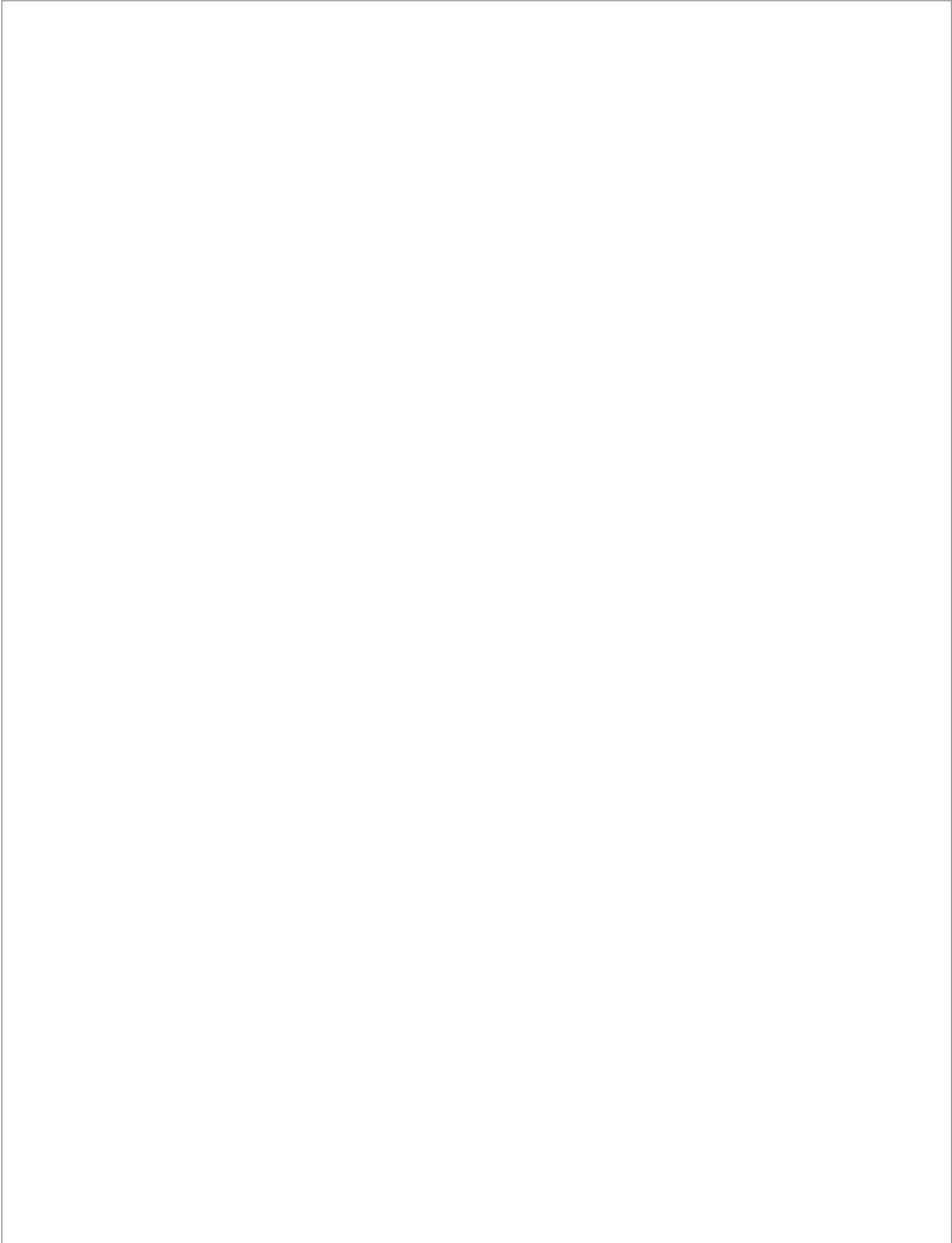
XVII

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ---/--/-- --:--:--



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

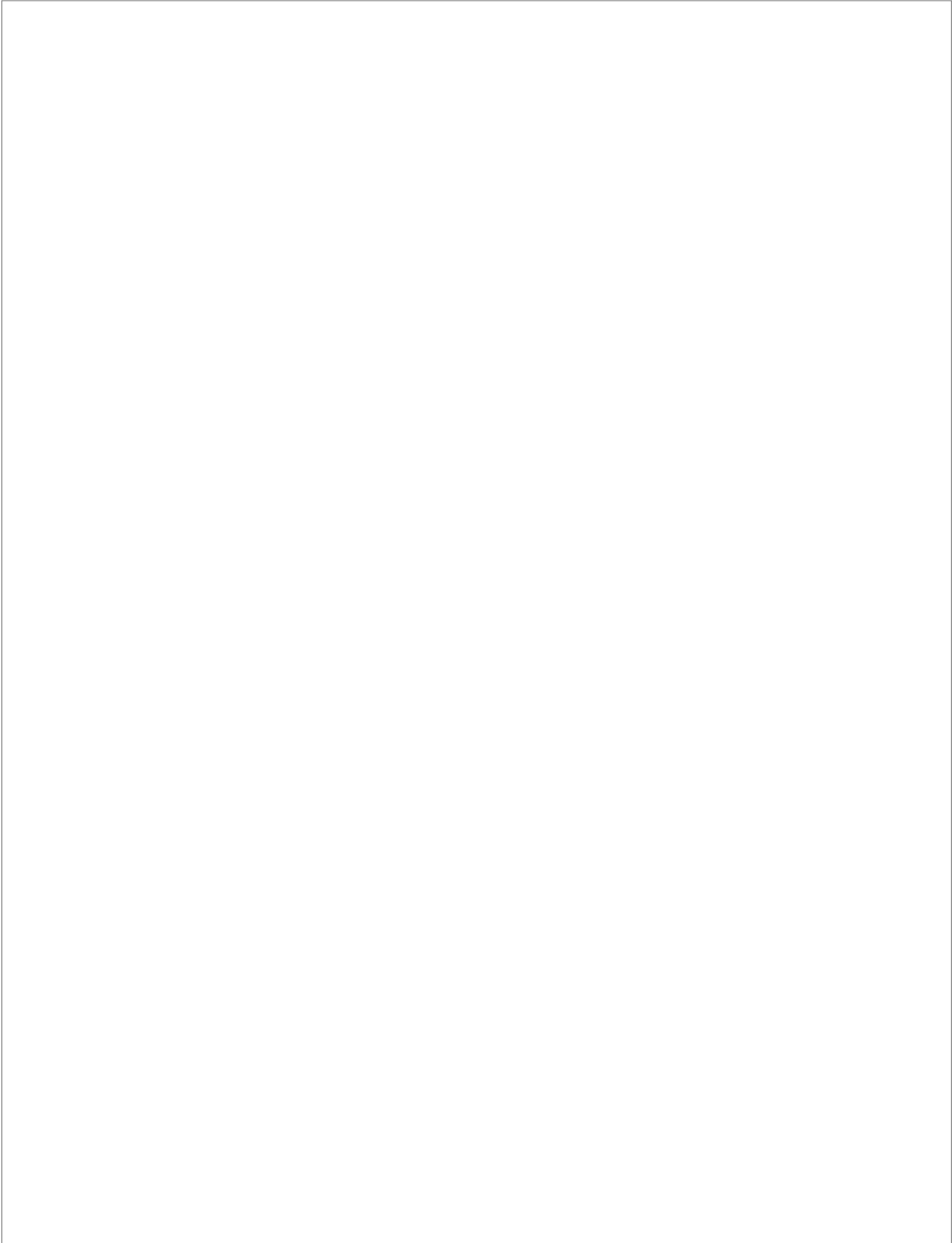
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES TEÓRICOS

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

ANTECEDENTES Y ACERCAMIENTOS TEÓRICOS

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la voz de personas con trastorno mental se escucha con mayor fuerza. Entre los objetivos de estas personas están la visibilización de estos estigmatizados trastornos y la búsqueda de la recuperación de la autonomía y la autodeterminación personal, en relación a su enfermedad, tratamientos y decisiones sobre su vida.

Para alcanzar estos objetivos es necesario desarrollar la actividad profesional de la enfermería dentro de un modelo integrador, desde un punto de vista técnico, constructorista (con ideas del constructorismo de los enfoques relacionales y sociales), colaborativo y dialógico (Anderson y Goolishian, 1988; Barker y Buchanan-Barker, 2007; De Shazer, 1994; Fisch et al., 2010; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990; Seikkula et al., 1995; Watzlawick, 2012; Watzlawick et al., 1991; White y Epston, 1993; Wittgenstein, 2017). Además, apoyando estas reivindicaciones su voz debe escucharse, ya que es frecuente evitar conversar por miedo, prejuicios, incomodidad, inseguridad y/o ignorancia...

La presente tesis doctoral, titulada "*Felicidad, calidad de vida y bienestar en personas con trastorno mental grave*", comienza su andadura desde un enfoque de investigación cuantitativa, con la búsqueda del conocimiento sobre la percepción subjetiva de la calidad de vida de personas afectadas por un trastorno mental grave, valorando, además, aspectos sociodemográficos y otras variables relevantes, tales como hábitos de salud, tratamiento que reciben, años de evolución...

Las motivaciones e intenciones que me llevaron a la realización de esta investigación, fueron la curiosidad y la necesidad de conocer la percepción de calidad de vida, así como el significado de felicidad para las personas diagnosticadas de trastorno mental grave con las que trabajo diariamente.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Hildegard Peplau, ya en los años 50, puso de relieve la importancia de la capacidad de las enfermeras para comprender su propio comportamiento y poder así ayudar a los demás a identificar las dificultades percibidas. En su libro *Relaciones interpersonales en enfermería* (1990) describe la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal, significativo y terapéutico, estableciendo, además, esquemas de los aspectos cambiantes de la relación enfermera-paciente y describiendo los roles de las enfermeras (Peplau, 1990).

Asimismo, quisiera destacar la importancia del modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, *Modelo Tidal* de Phil Barker, considerado como una teoría de rango medio. Sus investigaciones comienzan en los años 80 como una aproximación filosófica para el descubrimiento de la salud mental (Alligood y Tomey, 2011). Desde este modelo se espera que cada persona descubra lo que la salud mental significa para ellas como personas únicas. Las bases teóricas que sustentan el modelo son: la teoría de las relaciones interpersonales de Peplau (1952); la teoría de la enfermería psiquiátrica y de salud mental, derivada de la necesidad de estudios de enfermería y la delegación de poder en las relaciones interpersonales; y la importante influencia de Steve de Shazer y la terapia centrada en soluciones (de Shazer, 1994). Una característica definitoria del modelo de la marea es el énfasis en la narrativa de la persona a través de su voz, focalizándolas en las fortalezas personales y no en los problemas; la colaboración es básica, la participación es la vía y la autorresolución es el principal objetivo (Barker y Buchanan-Barker, 2004; Barker et al., 2000).

Barker coincide con Szasz en que es inútil intentar resolver los problemas para vivir (Szasz, 1961, 2000). Entiende que la vida no es un problema que deba solucionarse, sino que la vida es algo que debe vivirse de forma tan inteligente, competente y bien, como podamos todos los días (Miller, 1983). Además, las enfermeras ayudan a identificar y movilizar las fuerzas y recursos de las personas, siendo así los objetivos de la persona los que dirigen el

Antecedentes y acercamientos teóricos

trabajo del equipo sanitario (Barker, 2000; Stevenson et al., 2003). Una de las preguntas que se propone desde este modelo es *¿cómo podemos ayudar a las personas a afrontar, a lidiar con, a superar o a aceptar sus problemas de la vida humana?* (Barker y Buchanan-Barker, 2007).

Desde hace más de un cuarto de siglo, he acompañado en su sufrimiento, tanto físico como psíquico, a muchas personas. Además, durante todos estos años, he visto la gratitud, creatividad, superación y coraje, de muchas personas que se enfrentaron a los obstáculos de la vida. Uno de los anhelos del ser humano es ser feliz.

De forma casual, en una intervención en mi consulta, durante la conversación surgió el tema de la felicidad. En ella una persona calificó su nivel de felicidad con un 8 sobre 10. Asombrados (y prejuiciosos), tanto el residente de enfermería que me acompañaba, como yo, exclamamos que nuestra puntuación era menor. Él nos argumentó que lo tenía “todo”: estaba vivo, tenía familia y nos tenía a nosotros que le ayudábamos, así como a otras personas; disfrutaba con todo aquello que se le presentaba, a pesar de su esquizofrenia y deterioro.

Esta investigación cuantitativa constituyó el punto de partida de esta tesis doctoral, pero con este enfoque faltaba escuchar la voz de estas personas acerca de sus propias vivencias y opiniones sobre la felicidad. Por ello, surge la necesidad de emplear un acercamiento cualitativo mediante el análisis de los contenidos de las entrevistas individuales y del grupo focal, desde la fenomenología y la hermenéutica, a la luz de una perspectiva constructivista.

Antes de comenzar me gustaría puntualizar que, siguiendo las recomendaciones de la Fundéu RAE, durante el desarrollo de esta tesis se tendrá en cuenta que “los nombres de las enfermedades se escriben en minúscula, salvo los nombres propios que formen parte de ellos” (Fundéu RAE, 2016).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

2. ASPECTOS CONCEPTUALES

2.1. Aproximación al concepto de calidad de vida

Según Urzúa y Caqueo-Urizar (2012):

La utilización del concepto de calidad de vida puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras. (p. 62)

Desde los años 80 se puede concluir que ha habido un creciente interés en la calidad de vida desde distintos ámbitos: educación, salud, servicios sociales, familia... (Schalock y Verdugo, 2003). Es un concepto cuya definición operacional es difícil debido a su multidimensionalidad (Fernández-Ballesteros, 1997). Debido a esta vaguedad conceptual, se acuñó, en el ámbito de la medicina, el término de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) centrado en los aspectos de la salud y los dominios relacionados con ella, la enfermedad y los tratamientos, quedando excluidos otros aspectos, como los culturales, políticos y sociales (Fernández-López et al., 2010).

Según Meeberg (1993), otros términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales, son usados para designar la calidad de vida, introduciendo confusión (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Existen diferentes aproximaciones al concepto de calidad de vida. Las siguientes corresponden a una categorización con fines didácticos que proponen en su artículo Urzúa y Caqueo-Urizar (2012): en primer lugar, calidad de vida como condiciones de vida, siendo el resultado de la suma de la puntuación de las condiciones de vida, objetivamente medibles en una persona, tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupacionales; en segundo lugar, calidad de vida como la satisfacción con la vida,

Antecedentes y acercamientos teóricos

se considera un sinónimo de satisfacción personal; en tercer lugar, calidad de vida como condiciones de vida-satisfacción con la vida, desde esta perspectiva, las condiciones de vida pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden reflejarse en el bienestar general (Borthwick-Duffy, 1992; Felce y Perry, 1995); en cuarto lugar, condiciones de vida-satisfacción con la vida-valores, donde la calidad de vida es definida como un estado de bienestar general que engloba descriptores objetivos, evaluaciones subjetivas del bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, y todas estas mediadas por los valores personales, en esta categoría se podría incluir la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en 1995 crea un grupo de trabajo centrado en calidad de vida (World Health Organization Quality Of Life–WHOQOL, 1995), el cual propone una definición de calidad de vida y un instrumento propio para evaluarla, las escalas WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF, validadas al español en el año 2012 por Lucas-Carrasco y en la que los investigadores determinan algunas de las características del constructo, tales como que la calidad de vida es subjetiva, se distingue la percepción de condiciones objetivas (p. ej. recursos materiales) y condiciones subjetivas (satisfacción con ese recurso), es multidimensional e incluye tanto funcionamientos positivos como dimensiones negativas (WHOQOL, 1993, 1995, 1996); y por quinto y último lugar, condiciones de vida-satisfacción la vida-evaluación, en la que el nivel de calidad de vida percibido por un individuo estaría fuertemente modulado por los procesos cognitivos vinculados a la evaluación que la persona realiza, tanto de sus condiciones objetivas de vida, como del grado de satisfacción con cada una de ellas (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Como resultado, en 1996, la OMS define:

La calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. (WHO, 1996, p. 385)

Este modelo de la OMS no ha logrado el consenso de la comunidad científica. Pese a esto, Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) señalan que:

No existen criterios únicos para definir la calidad de vida, sin embargo, aparecen como patrones comunes palabras, tales como bienestar, satisfacción, multidimensional, subjetivo, objetivo, que parecen dar un marco común a la diversidad de definiciones, pudiéndose llegar a la definición global: el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida. (p. 65)

Más allá de conceptualizaciones subjetivas/objetivas, nomotético (si puede ser establecida una calidad de vida general para todos los sujetos) o idiográficas (si ha de ser el sujeto quien establezca cuáles son los elementos que intervienen en la calidad de vida), la calidad de vida se expresa en distintos contextos (Fernández-Ballesteros, 1997).

En esta misma línea de búsqueda, Meeberg (1993) sintetiza, tras una revisión de la literatura, elementos comunes para la definición de calidad de vida, enumerando cuatro atributos críticos para diferenciar la calidad de vida de otros conceptos: sentimiento de satisfacción con la vida en general; capacidad mental para evaluar la propia vida como satisfactoria o no; un aceptable estado de salud físico, mental, social y emocional, determinado por los sujetos; y una evaluación objetiva realizada por una persona sobre las condiciones de vida (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Benítez (2016) realiza una revisión sobre la evaluación global de la calidad de vida, destacando los retos metodológicos presentes y futuros. Destaca que no se ha establecido una

Antecedentes y acercamientos teóricos

definición clara de la calidad de vida por parte de la comunidad científica, debido a la dificultad de consenso entre los diferentes ámbitos de estudios: psicológicos, sociológicos, medicina, enfermería, educación y otras profesiones interesadas en el estudio de la calidad de vida. Asimismo, expone que otro de los retos encontrados fue crear versiones de los instrumentos que permitieran su evaluación y el establecimiento de equivalencias globales en las mediciones, aunque se han desarrollado estudios que reflejan que la dificultad de alcanzarlo se debe a que no existe acuerdo sobre la naturaleza y el impacto del sesgo en la evaluación de la calidad de vida. En este sentido, Benítez (2016) señala:

Benítez, Van de Vijver y Padilla aplicaron técnicas estadísticas para la detección del sesgo a nivel del ítem y Entrevistas Cognitivas (EC) con el objetivo de explicar sus causas. Estos autores describen tres fuentes principales de sesgo: lingüísticas (términos y expresiones que no tienen el mismo significado en las distintas versiones), contextuales (diferencias en la interpretación de los matices conectadas con los convenios establecidos en cada país o cultura) y sustantivas (interpretaciones diferenciales debidas a las circunstancias específicas de los grupos o países evaluados). (p. 72)

Tomando la propuesta de Fernández-Ballesteros (1998) se puede concluir que la calidad de vida es subjetiva, la puntuación asignada a cada dimensión es diferente en cada persona y el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a lo largo de la vida. En este contexto es importante destacar la necesidad que plantean algunos autores de incorporar aspectos evolutivos en la evaluación específica de la calidad de vida (Trujillo et al., 2004; Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

2.1.1. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Si nos centramos en el ámbito de la salud, se ha utilizado el concepto de calidad de vida indistintamente al concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Además, este

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

concepto de CVRS se ha usado como sinónimo de estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades (Urzúa, 2010). Según Urzúa (2010) “podemos definir la calidad de vida relacionada con salud como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud” (p. 359). La utilización del concepto de CVRS permite acercarnos a la percepción de las personas sobre su nivel de bienestar, desde la autoevaluación de su estado de salud (Urzúa, 2010). Este indicador se utiliza en las encuestas de salud de la población (Uribe y Zubieta, 2015).

Serrano-Gallardo et al. (2009) recogen de manera general que los instrumentos utilizados para medir la CVRS comparten similitudes en sus dimensiones.

Las viñetas COOP/WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians; la definición abreviada de WONCA es World Organization of Family Doctors), desarrolladas originalmente por The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (COOP Project) (Lizán y Reig, 2002), son uno de los instrumentos utilizados en el ámbito de la Atención Primaria para la medición de CVRS, gracias a sus viñetas gráficas, su fácil manejo, sencillez, brevedad y comprensión. Estas viñetas fueron adaptadas por Lizán y Reig (1999) al entorno español y se ajustan a los puntos de consenso propuestos por el grupo WHOQOL (WHOQOL, 1995).

Otro de los instrumentos utilizados para la valoración de la CVRS es el EuroQol-5D (EQ-5D), diseñado como cuestionario sencillo para ser administrado en condiciones de medición variadas (correo, autoadministrado o a través de las entrevistas), adaptado y validado para su uso en España en el año 1999. Este instrumento valora 5 dimensiones de salud: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión; además, incluye una Escala Visual Analógica (EVA) sobre su estado de salud actual (Herdman et al., 2001).

Antecedentes y acercamientos teóricos

2.2. Aproximación al concepto de bienestar

Salas y Garzón (2013) proponen las siguientes definiciones de calidad de vida:

Calidad de vida (quality of life): percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal; Bienestar (well-being): valoración subjetiva del estado de salud, que está más relacionada con sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a una comunidad mediante la integración social, que con el funcionamiento biológico (tiene que ver con el desarrollo del potencial humano a nivel físico, psíquico y social); Bienestar total (wellness): nuevo concepto de salud relacionado básicamente con la calidad de vida, que hace hincapié en las dimensiones de la existencia humana relativas a la experiencia y a la conducta; Condiciones de vida (living conditions): nivel de calidad de los recursos materiales y de alojamiento del entorno físico en el cual vive la persona; y Estado positivo de salud (positive health): estado de salud que va más allá de un estado asintomático; se refiere por lo general a la calidad de vida y al potencial de la condición humana e incluye la energía para vivir, la autorrealización y la creatividad. (p. 40)

Además, podría considerarse, atendiendo a una visión globalizadora y amplia, que el concepto de calidad de vida podría ser intercambiable por el de bienestar subjetivo (Salas y Garzón, 2013).

2.2.1. Bienestar subjetivo

Para Diener et al. (1995) el bienestar subjetivo sería uno de los índices más claros del constructo multidimensional de calidad de vida, este incluiría los conceptos de felicidad, paz, plenitud y satisfacción con la vida. Para Casas y Aymerich (2005) este concepto de calidad de vida engloba el de bienestar psicológico. La mayor parte de los autores están de acuerdo en que el bienestar psicológico (o bienestar subjetivo o calidad de vida subjetiva, denominaciones aún

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

hoy en día fáciles de encontrar en la literatura científica) es, cuanto menos, el componente más destacable de la calidad de vida (González et al., 2010). Sin embargo, Ferraz et al. (2007) destacan que la dificultad encontrada para tratar directamente la felicidad ha llevado a muchos investigadores a preferir medir el bienestar subjetivo que reportan las personas felices.

Los estudios sobre el bienestar se han organizado en dos grandes líneas: una relacionada fundamentalmente con la felicidad (bienestar hedónico) y otra ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar eudaimónico) (Ryan y Deci, 2001). Partiendo de esta clasificación, Keyes et al. (2002) han identificado el bienestar subjetivo como el principal representante de la tradición hedónica y el bienestar psicológico de la tradición eudaimónica (González et al., 2010).

Diener (1984) propone tres rasgos para caracterizar este concepto de bienestar: el primero de ellos, la subjetividad, depende de la interpretación y la valoración de la propia persona, no de factores objetivos; el segundo es la utilización de medidas positivas (experiencias emocionales agradables, satisfacción o afecto positivo) dentro de un período significativo de tiempo, este bienestar subjetivo tiene como criterio las construcciones mentales de la persona, tales como creencias, valores y modos de enfocar la realidad, que marcan su percepción de sentirse felices; y el tercero supone una evaluación global de los aspectos predominantes de la vida de una persona, de aquellos que estima como fundamentales para ella (González et al., 2010).

Sin embargo, González et al. (2010) en su libro recogen:

Argyle (1999) afirma que todos estos criterios anteriormente señalados, tomados en su conjunto, explican solo el 15% de la varianza del bienestar subjetivo individual. Este autor identifica el bienestar subjetivo con la felicidad. Se trataría de una apreciación global de nuestras vidas, una valoración del estado emocional

Antecedentes y acercamientos teóricos

predominante, un juicio sobre cómo se vive, en comparación con el criterio de felicidad que construye cada uno. (p. 13)

Asimismo, González et al. (2010) en su libro destacan las siguientes aportaciones:

Diener et al. (1999) concluyen que la persona feliz tiene un temperamento positivo, mira el lado positivo de las cosas, no rumia excesivamente los acontecimientos negativos, vive en una sociedad desarrollada económicamente, tiene confidentes sociales y posee recursos adecuados para progresar hacia sus metas. Además, la gente feliz vive más tiempo y la felicidad afecta a la salud, evaluada tanto objetiva como subjetivamente (Argyle, 1997). Posteriormente, Diener (2000) afirma que el bienestar subjetivo contiene no solo elementos globales de satisfacción con la vida (valoración global), sino también elementos específicos de satisfacción con la vida en ámbitos importantes (trabajo, familia...). (p. 14)

2.2.2. Bienestar psicológico

El concepto de bienestar psicológico es más reciente, está focalizado en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, como principales indicadores del funcionamiento positivo, en relación al afrontamiento de las situaciones vitales y la consecución de las metas personales (González et al., 2010).

Según Carol Ryff (1989) la felicidad no ha sido un único indicador del funcionamiento psicológico positivo, aunque también se ha definido como satisfacción con la vida. El funcionamiento psicológico positivo se ha definido desde diferentes perspectivas psicológicas:

La concepción de Maslow (1968) de la autorrealización, la visión de Rogers (1961) de la persona que funciona plenamente, la formulación de Jung (1933) de la individuación y la concepción de Allport (1961) de la madurez. Otro ámbito de la teoría para definir el bienestar psicológico proviene de las perspectivas del desarrollo vital, que hacen hincapié en los diferentes retos a los que se enfrentan en las distintas

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

fases del ciclo vital. Aquí se incluyen el modelo de etapas psicosociales de Erikson (1959), las tendencias vitales básicas de Buhler (1935) que trabajan hacia la realización de la vida, y las descripciones de Neugarten (1973) del cambio de personalidad en la edad adulta y la vejez. Los criterios positivos de salud mental de Jahoda (1958), generados para sustituir las definiciones de bienestar como ausencia de enfermedad, también ofrecen amplias descripciones de lo que significa tener una buena salud psicológica. (p. 1070)

Carol Ryff (1989) desarrolla un modelo teórico sobre el bienestar psicológico, estableciendo seis dimensiones (autoaceptación, autonomía, relaciones positivas con los demás, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal) y elabora la escala de bienestar de Carol Ryff. Esta estructura de seis dimensiones es la que reúne una mayor fiabilidad y validez para la medida del constructo bienestar psicológico (Díaz et al., 2006; González et al., 2010; Tomás et al., 2008).

Una de las dimensiones principales del bienestar es la autoaceptación, indicador de salud mental, así como de la autorrealización, del funcionamiento óptimo y de la madurez, además, implica la satisfacción con uno mismo y con las experiencias vitales experimentadas (Ryff, 1989). Ryff (1989) propone que las personas con una alta autoaceptación poseen actitudes positivas hacia uno mismo, el individuo se conoce y se acepta como es, con sus virtudes y sus defectos, y se encuentra satisfecho con sus experiencias vitales; sin embargo, las personas con baja autoaceptación se sentirían insatisfechas consigo mismas, decepcionadas con sus experiencias vitales, preocupadas con respecto a ciertas características personales y con deseos de ser diferentes de cómo son (Ryff, 1989).

La autonomía es un indicador de autodeterminación, independencia y autorregulación de la conducta. Las puntuaciones altas en autonomía están relacionadas con la capacidad de resistir a las presiones y normas sociales, con una mayor autorrealización y un mayor sentido

Antecedentes y acercamientos teóricos

de libertad a la hora de tomar decisiones, y, además, se autoevalúa por estándares personales. Las personas con puntuaciones bajas dependen de las expectativas, evaluaciones de los otros y de las opiniones y juicios de los demás para la toma de decisiones importantes, asimismo, actúan y piensan según las presiones sociales (Ryff, 1989).

En lo que respecta a las relaciones positivas con los demás, se ha enfatizado la importancia del afecto y de la confianza en las relaciones interpersonales, la capacidad de amar constituye un componente esencial de la salud mental. Las personas con altas puntuaciones sienten afecto, satisfacción y confianza en las relaciones interpersonales, preocupación por el bienestar de los otros, capacidad para sentir una alta empatía, afectividad y proximidad hacia los demás. Sin embargo, las personas con relaciones escasas y poco satisfactorias encuentran dificultades para sentir afecto, confiar y preocuparse por los otros, están aislados socialmente, frustrados en sus relaciones interpersonales y no son capaces de comprometerse con otras personas (Ryff, 1989).

El dominio del entorno habla de la habilidad del individuo para elegir y crear entornos propicios para satisfacer sus propias necesidades y desarrollarse óptimamente siendo otro de los indicadores centrales de la salud mental (Ryff, 1989) y del funcionamiento positivo (Díaz et al., 2006; González et al., 2010).

La salud mental en su definición incluye las creencias y sentimientos de que hay metas, propósitos y objetivos a alcanzar en la vida, dando un sentido a la misma. Las personas con altas puntuaciones sienten que tiene sentido su vida presente y pasada, con deseos de alcanzar sus metas vitales. Las puntuaciones bajas reflejan que carece de sentido la vida, no tienen expectativas, objetivos o propósitos (Ryff, 1989).

Un óptimo bienestar psicológico requiere el crecimiento personal de cada una de las personas, esto implica el esfuerzo por continuar desarrollando al máximo sus potencialidades y capacidades, con una apertura a nuevas experiencias y con cambios continuos que favorezcan

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

el autoconocimiento y la autoeficacia. Esta dimensión, como señala Ryff (1989), está muy próxima al concepto de eudaimonia desarrollado por Aristóteles.

2.3. Concepto de recuperación

El fin y el deseo de cualquier profesional, y sobre todo en el ámbito de la salud mental, es la recuperación (Cusack et al., 2017). Entendida como el derecho de una persona para construir por sí misma un proyecto de vida satisfactorio, independientemente de la presencia de la enfermedad mental. Desde una visión constructivista del lenguaje, la recuperación se centra en la salud, en el bienestar y en las fortalezas de las personas, además de la autodeterminación y el autocontrol. La esperanza y el cambio de la identidad personal, separada de la enfermedad, son elementos importantes para la recuperación (Shepherd et al., 2008).

Ante las dificultades para definir el concepto de recuperación existe consenso para aceptar la definición de uno de los fundadores del movimiento de la recuperación, Bill Anthony (1993):

La recuperación es un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental. (Shepherd et al., 2008, p. 1)

Según recoge el documento estratégico sobre la recuperación de Shepherd et al. (2008) los componentes del proceso de recuperación según Andresen et al. (2003) son:

Encontrar esperanza y mantenerla, creer en uno mismo, tener un sentido de autocontrol, optimismo de cara al futuro; restablecimiento de una identidad positiva, que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo; construir una vida con sentido, entender la enfermedad, encontrar un sentido a la vida

Antecedentes y acercamientos teóricos

pese a la enfermedad; asumir responsabilidad y control, sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida (Andresen et al., 2003). (p. 2)

Por tanto, Shepherd et al. (2008) afirman que “una persona puede recuperar su vida sin necesariamente ‘recuperarse de’ su enfermedad” (p. 3).

Profundizando en el concepto de recuperación centrado en las personas del *Modelo Tidal* de Phil Barker, en este propone pensar acerca de lo que estas necesitarían como ayuda en su camino, sabiendo que el significado de recuperación es diferente para cada una. Por lo tanto, con este modelo se pretende ayudar a clarificar qué les provoca el sufrimiento o malestar, a través de la recuperación de su voz, contando su historia personal, usando su propio lenguaje, metáforas y recuperando el control de sus vidas. Solo después, se podría establecer con la persona posibles soluciones, para abordar, solucionar o aceptar los problemas de la vida (Barker y Buchanan, 2007).

Según se recoge en el libro de Alligood y Tomey (2011):

El compromiso con la recuperación de Barker implica las siguientes creencias: la recuperación es posible; el cambio es inevitable, nada es duradero; las personas saben qué es lo mejor para ellas; las personas poseen todos los recursos que necesitan para empezar el viaje de recuperación; la persona es el profesor, y nosotros, los ayudantes, los alumnos; y, por último, tenemos que ser creativamente curiosos, aprender qué debe hacerse para ayudar a la persona ahora. (pp. 681-682)

Barker afirma que “la enfermería está para facilitar el afloramiento de estas soluciones” (Alligood y Tomey, 2011, p. 684). En las habilidades y las competencias de las enfermeras se ha incluido el enfoque de recuperación (Cusack et al., 2017).

Cusack et al. (2017) realizaron un estudio mixto para evaluar la implantación del modelo orientado hacia la recuperación en las enfermeras del ámbito de la salud mental en Irlanda, teniendo en cuenta las políticas en salud y la planificación de la atención de los

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

servicios de salud mental. Con este estudio confirman que más de la mitad de la muestra adoptaba un enfoque orientado hacia la recuperación, el 20% no lo informaba y el 25% desconocía si lo había utilizado. En todos los niveles asistenciales el enfoque es más holístico, centrado en la recuperación y en facilitar la colaboración activa y la participación de los usuarios de los servicios, sus cuidadores y familiares. Asimismo, recogen que las intervenciones de enfermería más utilizadas fueron: el establecimiento de objetivos, la escucha activa, las estrategias de intervención temprana y las estrategias de manejo de la ansiedad. Las enfermeras encuestadas identifican tres factores que facilitan el desarrollo del rol de la enfermera de salud mental en la práctica: el conocimiento, la motivación personal y las habilidades; mientras que los factores inhibidores fueron el modelo médico centrado en el síntoma y la cultura organizacional. Además, destacan la importancia de inculcar la esperanza, ya que ser positivos y creer que la recuperación es posible permitirá fomentarla. Dentro de las competencias enfermeras, las autoras recomiendan que deberían integrarse en los planes de estudio habilidades y competencias orientadas hacia la recuperación, evaluación de riesgos, seguridad y competencias en terapias psicológicas, así como habilidades psicosociales (Cusack et al., 2017).

2.4. Notas acerca del concepto de estigma

El concepto de estigma fue acuñado por Erving Goffman en 1963 en su libro *Estigma: la identidad deteriorada*. Dentro de la contextualización, es necesario reseñar algunas notas acerca del estigma, ampliamente estudiado y con abundantes investigaciones. Las intenciones y propuestas de la OMS en su *Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020* desarrollan diferentes proyectos para la prevención de enfermedades mentales y promoción de la salud mental (WHO, 2013). Asimismo, el *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023* recoge, en su línea estratégica 8: *Prevención y reducción del estigma*, las intervenciones con objetivos antiestigma en los servicios de salud mental, con formación y concienciación sobre los derechos de estas

Antecedentes y acercamientos teóricos

personas dirigidos a profesionales sanitarios y no sanitarios, así como a las propias personas afectadas y familiares, la sensibilización de la sociedad y medios de comunicación (SCS, 2019). El proyecto europeo *Mental European Network of Sport events* (MENS) (2018), desde una perspectiva de la recuperación, hace una propuesta sobre el impacto preventivo de la actividad física en el campo de la salud mental, los beneficios terapéuticos que ofrecen a las personas que padecen enfermedad mental y las actuaciones ante la estigmatización.

2.4.1. Conceptualización del estigma desde la perspectiva sociocognitiva

El estigma de la enfermedad mental es una construcción compleja que incluye componentes públicos, personales y estructurales, afectando no solo a la propia persona que padece la enfermedad mental, sino también a su sistema de apoyo y red de recursos comunitarios. Asimismo, el estigma es conceptualizado a través del modelo sociocognitivo incluyendo tres elementos: estereotipos, prejuicios y discriminación (Corrigan et al., 2014). Un estereotipo es una creencia excesivamente generalizada o simplificada sobre un grupo de personas que comparten ciertas características, cualidades y habilidades. Los estereotipos no siempre son negativos, ya que las personas pueden conocerlos, pero no estar de acuerdo con ellos. Los prejuicios son evaluaciones afectivas sobre las personas, objetos o ideas de manera anticipada, y dependen de nuestras creencias, aunque generalmente suelen ser negativos. La discriminación es la conducta diferenciada y observable hacia un grupo social o sus miembros, este comportamiento está asociado con una reacción emocional negativa, provocando una disminución de los derechos y las oportunidades de las personas en función de su pertenencia a un grupo concreto (Moloney, 2018).

Además, es relevante el efecto estigmatizante que puede tener el lenguaje, como se puede observar en los siguientes ejemplos: loco, demente, tarado o lunático; el efecto de la peligrosidad percibida y el miedo asociados a la esquizofrenia provocan ese rechazo y distancia social, no obstante, ese efecto del etiquetado no es observado en las personas con depresión

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

(Angermeyer y Matschinger, 2003). Persisten las creencias de que los problemas de salud mental no pueden ser tratados y que provoca incapacitación en quienes los padecen. La estigmatización, como señala Moloney (2018), “puede dar lugar a situaciones de abuso, rechazo, aislamiento y exclusión de las víctimas de la atención médica y del apoyo que pueda servirles de ayuda” (p. 77).

2.4.2. Conceptualización del estigma desde la perspectiva social

Desde una perspectiva social, el estigma se puede clasificar en tres tipos: estigma público, autoestigma (o interiorizado) y estigma estructural. El estigma público se define como una respuesta negativa de una comunidad o sociedad hacia un grupo particular (estigmatizado), basado en estereotipos como la creencia de que son peligrosas todas las personas que padecen una enfermedad mental (Corrigan y Watson, 2002). El autoestigma se produce cuando las personas estigmatizadas asumen los estereotipos presentes en los demás volviéndolos contra sí mismos (Watson et al., 2007). El autoestigma puede provocar comportamientos para evitar la discriminación, tales como no solicitar puestos de trabajo, evitar que las personas hablen o que busquen ayuda profesional (Henderson et al., 2013). Varios estudios refieren que las personas con problemas de salud mental a menudo no acuden a los servicios especializados solicitados, retrasando el tratamiento y con coste de recursos (Byrne, 2000). Asimismo, el estigma estructural se produce cuando las instituciones públicas limitan, de manera intencional o no, los derechos del grupo estigmatizado (Moloney, 2018).

2.4.3. Revisión de los enfoques más efectivos para reducir el estigma sobre la salud mental

Según su investigación, Moloney (2018) señala que el proyecto *MENS Red Europea de Deporte y Salud Mental* destaca tres estrategias efectivas contra el estigma: educación, contacto y protesta (Buechter et al., 2013; Corrigan y Penn, 1999; Corrigan et al., 2001). Los programas

Antecedentes y acercamientos teóricos

antiestigma deben centrarse en la educación y aumentar la conciencia de la salud mental (Kaminski y Harty, 1999; Pinfold et al., 2005), con acciones como informar a las personas sobre lo que es la salud mental, como fomentarla, la desmitificación de la enfermedad mental... Además, en relación al contacto, se ha demostrado que se reducen el estigma y las actitudes negativas cuando se conocen a las personas que padecen una enfermedad mental, ya sea en persona, o a través de otros medios. Sin embargo, el contacto directo con los usuarios del servicio de salud mental fue más efectivo para reducir el estigma en adultos, siendo lo contrario en adolescentes, donde es la educación la estrategia más efectiva para su reducción (Corrigan et al., 2012). Por último, la protesta es utilizada contra las actitudes estigmatizantes, incluyendo ejemplos como escritos, campañas, marchas, sentadas y boicots. Además de estas estrategias, Link (2001) recomienda un enfoque multifacético y específico a largo plazo, mientras que Borschmann et al. (2014), en el National Institute of Mental Health de Inglaterra, proponen un seguimiento de las intervenciones antiestigma para comprobar una eficacia adecuada (Moloney, 2018).

Moloney (2018) refiere que:

El autoestigma se da cuando las personas que padecen enfermedad mental están de acuerdo con los estereotipos y los vuelven contra sí mismas. Jorm (2012) demostró que puede surgir de un conocimiento inexacto o insuficiente sobre la enfermedad mental y las opciones de tratamiento. Por lo tanto, mejorar la alfabetización en salud mental podría ayudar a reducir el autoestigma. Otro método para ayudar a las personas a desafiar el autoestigma ha sido la reestructuración cognitiva, que permite a las personas percibir las creencias estigmatizantes como afirmaciones irracionales (Morrison et al., 2013). (p. 78)

Las campañas dirigidas a la población en general centradas en la recuperación son más efectivas. Según la hipótesis de contacto intergrupala de Allport (1954) se podría reducir el

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

prejuicio y el conflicto intergrupal promoviendo la tolerancia con el contacto entre miembros de diferentes grupos (con objetivos comunes, estatus igualitario o cooperación intergrupal). En muchas campañas se evidencia el beneficio por el contacto, abordando el estigma contra la identidad de género, la discriminación racial, las religiones... Posteriormente, investigaciones sobre la teoría de Allport postulan que la simple exposición a una persona estigmatizada podría provocar cambios de actitud (Pettigrew y Tropp, 2005). Asimismo, Pettigrew (1998) propone cuatro variables mediadoras en relación al contacto, las cuales pueden favorecer esos cambios en la actitud: “Aprender sobre el otro grupo, cambiar el comportamiento hacia los otros miembros del grupo, desarrollar emociones, experiencias positivas y reducir la ansiedad, y obtener información sobre el propio grupo, lo que resulta en una mayor tolerancia hacia el otro grupo” (Moloney, 2018, pp. 78-79).

Según se recoge en el artículo de Moloney (2018):

Las campañas antiestigma son una herramienta importante para desafiar la discriminación y el estigma, y se han realizado varios metaanálisis en los países occidentales (Griffiths et al., 2014; Mittal et al., 2012; Tsang et al., 2016). Sin embargo, los resultados no siempre son fáciles de cuantificar, ya que a menudo se ven limitados por la falta de descripciones detalladas y de evaluaciones publicadas (Sayce, 2003). (p. 79)

2.5. Atención plena (*mindfulness*) y felicidad

Quisiera resaltar el importante aumento en los últimos años de las intervenciones basadas en *mindfulness* en el ámbito de la salud mental, no solo como intervención principal, sino también como intervención complementaria, como en el caso de la terapia dialéctica conductual grupal en el trastorno límite de la personalidad (Linehan, 2015).

Thich Nhat Hanh (2007), en su libro *El milagro de mindfulness*, nos revela que:

Antecedentes y acercamientos teóricos

Somos pensamientos y sensaciones, estamos de mente y cuerpo, pero en realidad tú eres tus pensamientos y sensaciones. Forman parte de ti. Puedes caer en la tentación de considerarlos a todos, o al menos a algunos de ellos, como una fuerza enemiga que está intentando alterar tu concentración y la comprensión de tu mente. Pero, en realidad, cuando estás enojado, eres enojo. Cuando estás feliz, eres felicidad. Cuando tienes unos determinados pensamientos, eres esos pensamientos. Eres tanto el visitante como el guardián al mismo tiempo. Tanto la mente como el que la observa. (p. 56)

La psicología positiva ha integrado algunas prácticas contemplativas, como mindfulness o atención plena, para la búsqueda del bienestar psicológico. Entendemos el concepto de mindfulness, atención o conciencia plena como un rasgo o estado mental en el que se focaliza de manera intencional la atención en un objeto, como puede ser la respiración, las sensaciones corporales..., mientras se observan pensamientos, emociones y sensaciones, tal y como emergen en el momento presente (Vago y Silbersweig, 2012). Las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) demostraron ser eficaces en la reducción de sintomatología depresiva, ansiedad y estrés, en patologías como trastornos mentales, dolor crónico, cáncer, enfermedad cardiovascular, trastornos de personalidad, adicciones, etc. (Gotink et al., 2015; Khoury et al., 2013). Kuyken et al. (2015) concluyen que la terapia cognitiva basada en mindfulness de Segal et al. (2014) disminuía significativamente la probabilidad de sufrir nuevas recaídas en depresión, obteniendo mayor éxito en su prevención que con el uso de medicación (Cebolla et al., 2017).

Se ha estudiado la relación del mindfulness y el bienestar, demostrando que existe una relación positiva entre el mindfulness rasgo y las autoevaluaciones positivas (bienestar subjetivo) (Baer et al., 2006), y, según Kong et al. (2014), tener niveles altos de mindfulness rasgo predice una mayor satisfacción de vida.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Cebolla et al. (2017), en las investigaciones sobre mindfulness, han destacado la relación de este con:

Un aumento moderado en los niveles de afecto positivo (Schroevers y Brandsma, 2010), un mayor sentido de coherencia, en especial a nivel de significado vital (Ando et al., 2011), una mejora en la calidad de vida (Van Dam et al., 2011), mayor empatía (Aiken, 2006), una mayor satisfacción en las relaciones de pareja (Barnes et al., 2007) y una mayor esperanza (Sears y Kraus, 2009). Los practicantes de la meditación de atención plena a menudo son percibidos como más felices por observadores externos (Choi et al., 2012). (p. 13)

La práctica de mindfulness implica, además, actitudes positivas de amabilidad, compasión, gratitud, autoconciencia y no juicio, siendo el mismo el objetivo de las intervenciones positivas. No debemos olvidar que el origen del mindfulness proviene del Dharma (Alvear, 2014), que tiene como objetivo la búsqueda de la felicidad y el alivio del sufrimiento, entendiendo que la felicidad se alcanza con la comprensión del sufrimiento y el bienestar entendido como un sentido profundo de serenidad y plenitud, lo cual coincide con la búsqueda del bienestar eudaimónico (bienestar psicológico), objetivos de la psicología positiva (Cebolla et al., 2017).

La compasión, entendida por Gilbert y Choden (2015) como la sensibilidad ante el sufrimiento de uno mismo y de otros con un profundo compromiso para impedir y aliviar ese sufrimiento, puede ser utilizada como mecanismo de autorregulación y estrategia para incrementar el bienestar y las cualidades mentales positivas. Convirtiéndose así la compasión, según Simón (2014), en una motivación que nos permite organizar tanto nuestra mente como la conducta (Cebolla et al., 2017).

Antecedentes y acercamientos teóricos

2.6. Aproximación al concepto de felicidad

La felicidad, con sus subjetivos, diversos y ambiguos significados, es difícilmente definible en una única acepción. La búsqueda de la definición del concepto de felicidad se realiza desde la antigüedad hasta el surgimiento de la psicología como ciencia a finales del siglo XIX, siendo abordada por ciencias como la filosofía, la teología, la sociología, las ciencias sociales...

Comenzando con el concepto de felicidad, según la *Ética* de Platón, la naturaleza del alma está compuesta por tres partes: el alma inteligible o racional, que es inmortal; el alma irascible, fuente del ánimo y del valor; y el alma concupiscible o pasional, que tiende a los placeres corporales. El deber del alma racional es controlar los deseos de los otros dos. Platón define a la persona por el alma racional que está presa en el cuerpo. Mientras el hombre permanezca atado a su cuerpo, que busca el placer y evita el dolor, le impedirá encontrar la felicidad y el verdadero conocimiento. Ya en sus últimos escritos, Platón consideraba ciertos placeres saludables, como el placer estético de la belleza (Leahey, 1992).

Ya Aristóteles decía "todos estamos de acuerdo en que queremos ser felices, pero en cuanto intentamos aclarar cómo podemos serlo empiezan las discrepancias". Aristóteles hablaba de eudaimonía, entendiendo la felicidad como autorrealización para alcanzar las metas propias del ser humano. En su *Ética a Nicomaquea*, Aristóteles decía que eudaimonía significa "hacer y vivir bien" (Aristóteles, 2007). En *la Ética Nicómaco* (como se citó en Hirschberger, 2004) Aristóteles responde que:

La felicidad no reside en el placer o en el goce, ni en las posesiones materiales, como tampoco en el prestigio y en la influencia política, sino en la obra típica del hombre, en la perfecta actuación de la naturaleza esencial del hombre. (p. 67)

Tras su muerte y el inicio de la época helenística, los filósofos se apartan de la metafísica para volver su atención a la realidad y a los problemas vitales (Leahey, 1992).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Los filósofos de este período se dedicaron explícitamente a aconsejar a las personas acerca de cómo alcanzar la felicidad, la gente busca la ataraxia o apatía como paz de espíritu libre de pasiones que le perturben, búsqueda de la tranquilidad, no del goce, una felicidad que podían controlar ellos mismos (Leahey, 1992).

Epicuro pone así el énfasis en evitar el dolor más que en perseguir activamente el placer y aconseja a sus seguidores a llevar vidas apacibles, apartadas del mundo, depender de los placeres de la vida es arriesgarse al dolor de verse privados de ellos (Leahey, 1992).

A continuación, se muestran algunos ejemplos del pensamiento filosófico de Epicuro sobre la felicidad:

La felicidad y la dicha no la proporcionan ni la cantidad de riquezas, ni la dignidad de nuestras ocupaciones, ni ciertos cargos y poderes, sino la ausencia de sufrimiento, la mansedumbre de nuestras pasiones y la disposición del alma al delimitar lo que es por naturaleza. (Epicuro et al., 2013, p. 80)

“El mayor bien es la prudencia” (Epicuro et al., 2013, p. 75).

“Es absurdo pedirles a los dioses lo que cada uno es capaz de procurarse” (Epicuro et al., 2013, p. 128).

Epicuro enseñaba que la felicidad puede encontrarse evitando las pasiones intensas, llevando una vida sencilla, evitando la dependencia de otras personas o del mundo y afirmaba que no existe el alma ni la posibilidad de sufrir después de la muerte (Leahey, 2013).

Al mismo tiempo, en ese momento histórico, los cínicos, considerados actualmente los hippies del helenismo, permanecían en el mundo, pero sin formar parte de él, rechazaban cualquier tipo de convención social y mostraban su desprecio por cualquier opinión que los demás pudieran tener. Diógenes de Sínope, con una vida de pobreza extrema, se tituló ciudadano del mundo afirmando que la libertad de expresión era el mayor bien, defendió el amor libre y la vida en comuna como sustitución de la familia (Leahey, 1992, 2013).

Antecedentes y acercamientos teóricos

En cambio, al igual que Platón, los escépticos no confiaban en las percepciones sensoriales, considerando no aceptar ninguna conclusión general para evitar la contrariedad que produce el estar equivocado (Leahey, 1992). Según Sexto Empírico (ca 200 d. c.) (como se citó en Leahey, 2013) “afirmamos que la causa originaria del escepticismo es la esperanza de lograr tranquilidad” (p. 70).

Los estoicos considerados como aquellos que aceptan los avatares de la fortuna con filosofía, con calma y sin lamentaciones, creían que el universo era racional y bueno, eran deterministas y sostenían que cuanto le ocurre a alguien tenía que ocurrirle como consecuencia del orden causal del universo y la felicidad personal residía en la aceptación racional del logos del universo. Al igual que los mártires cristianos, los estoicos soportaban resignadamente el dolor como medio para lograr otro objetivo más elevado. Defendían que el espíritu tras la muerte volvía al universo, no existiendo la inmortalidad personal (Leahey, 1992, 2013).

El neoplatonismo desarrolla la faceta mística del platonismo hasta el punto de casi convertir tal filosofía en una religión. Consideraban que el mundo físico es una copia impura e imperfecta del mundo divino. El objetivo era que sus seguidores se apartaran de las tentaciones de la carne, dirigiéndose al mundo espiritual de la verdad, la bondad, la belleza y al reino de las formas ideales (Leahey, 1992, 2013).

Leibniz (1646-1716) sostiene la existencia de ideas innatas (Leahey, 1992), para él la perfección de la naturaleza humana se alcanza cuanto mayor semejanza se tenga con Dios, cuanto más perfectos somos tanto más somos sustancia, energía original, libertad, individualidad, como a su vez, armonía con el todo (Hirschberger, 2004).

En *La crítica de la razón pura*, Kant (1788) señala que “uno será tanto más feliz cuantas más inclinaciones logre satisfacer, procurando, además, colmarlas en lo que atañe al grado de intensidad y a la persistencia de su duración” (Kant, 2015, p. 13). Además, añade que está sujeta a una moralidad autorrecompensadora donde “la felicidad va ligada a la moralidad y es

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

proporcional a ésta, ya que la libertad misma, en parte impulsada por las leyes morales y en parte restringida por ellas, sería la causa de la felicidad general” (Kant, 2015, p. 13).

Utilitaristas, como John Stuart Mill (1806-1873), consideran como base de toda ciencia la percepción del momento. Su regla incontrovertible era el máximo de placer y el mínimo de dolor (Hirschberger, 2004).

Nietzsche (1844-1900) rechaza la moral tradicional idealista, eudaimonista, cristiana y burguesa alemana, para establecer en su lugar una filosofía moral. Afirmó que vida no es felicidad (Hirschberger, 2004). En 1895, en su libro *El Anticristo* se pregunta “¿qué es la felicidad? El sentimiento de lo que acrece el poder; el sentimiento de haber superado una resistencia” (Nietzsche, 2017, p. 2).

Maslow y otros psicólogos humanistas del siglo XX proponen como nuevos valores el crecimiento y la autenticidad, referidos a cómo se debe vivir la propia vida y valorando los sentimientos como aquello que se debe tener en mayor estima. La psicología humanista aboga por una forma moderna de escepticismo. Según Maslow el hombre autorrealizado “acepta lo que es sin alterarse, al igual que los antiguos escépticos y sin ningún problema ‘va donde le lleve la corriente’ de cambio constante de la moderna vida” (Leahey, 1992, pp. 559-561).

Abraham Maslow (1991), en su *Teoría de la Motivación Humana*, propone cinco categorías de necesidades que se construyen considerando un orden jerárquico, de acuerdo a su importancia para la supervivencia y la capacidad de motivación. En este modelo, a medida que el hombre satisface sus necesidades surgen otras y así sucesivamente (Maslow, 1991).

Según Maslow, estas cinco categorías de necesidades son: necesidades fisiológicas (de origen biológico y orientadas hacia la supervivencia del hombre); necesidad de seguridad (seguridad, estabilidad, dependencia, protección, ausencia de miedo y caos); necesidad de amor (afecto y sentido de pertenencia); necesidad de estima (deseo de fuerza, logro, adecuación, maestría y competencia, confianza ante el mundo, independencia y libertad; deseos de

Antecedentes y acercamientos teóricos

reputación o prestigio, estatus, fama y gloria, dominación, reconocimiento, la atención, la importancia, la dignidad o el aprecio); y necesidad de autorrealización (tendencia de hacer realidad lo que eres en potencia). Las necesidades fisiológicas están consideradas como punto de partida para su teoría, es decir, el nivel más básico de dichas necesidades (Maslow, 1991).

2.6.1. S. XXI y felicidad

Dentro del paradigma de la psicología positiva, en el año 2002, Martín Seligman desarrolló la *Teoría de la Auténtica Felicidad*, proponiendo la felicidad como eje central de la psicología positiva definida con la medida de la satisfacción con la vida y establece tres tipos de vida felices: la primera, la vida agradable, placentera o emoción positiva, consiste en tener tantas emociones positivas como sea posible y en aprender las habilidades que las amplifican; la segunda, la vida de compromiso, hace referencia a las responsabilidades que nos surgen a lo largo de nuestra vida, el trabajo, las amistades, la pareja, los hijos... y cuando estos compromisos no son una carga, sino una alegría, estamos desarrollando un tipo de vida feliz y estable que nos proyecta hacia un bienestar mayor; y la tercera forma de felicidad, la vida significativa, en la que las personas de forma continua buscan el significado de valor, necesitando encontrar el sentido y un propósito en la vida, la vida significativa consiste en pertenecer y servir a algo que uno cree que es superior a su yo. Existe una inmensa variedad de cosas que son mayores que nosotros mismos a las que podemos pertenecer y de las que formar parte (política, religión, ecologismo, familia...) (Seligman, 2011).

Una década después, en el año 2011, propone un cambio de paradigma y comienza a trabajar en optimismo y desarrolla la *Teoría del Bienestar*, exponiendo que el tema de estudio de la psicología positiva es el bienestar, con cinco elementos: emoción positiva, de la cual la felicidad y la satisfacción con la vida forman parte; el compromiso; las relaciones; el sentido; y los logros. Afirma que:

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Ningún elemento define por sí solo el bienestar, pero cada uno de ellos contribuye a alcanzarla. El bienestar es una combinación de sentirse bien y de tener realmente sentido, buenas relaciones y logros. La forma de elegir el rumbo de nuestra vida es maximizar los cinco elementos en su totalidad (Seligman, 2011, pp. 39-40).

El *Informe de la felicidad mundial 2021* mide cómo evaluamos nuestras propias vidas, situando a España en el puesto 27 del ranking mundial (Helliwell et al., 2021). Las investigaciones sobre la felicidad y la calidad de vida distinguen tres medidas subjetivas: satisfacción con la vida, emociones positivas y percepción del significado (Ørstavik, 2017). El ganador del premio Nobel de economía, Daniel Kahneman, desarrolló una línea de investigación al conectar los trabajos en economía con la psicología hedonista, centrada en analizar la situación de bienestar y las posibilidades de alcanzar un estado pleno de felicidad en base a la situación económica. Dicha línea conecta la psicología con la economía y la sociología, ya que investiga los efectos de las dinámicas económicas en la psicología individual y en las prácticas sociales. En el mismo sentido, el centro de esta teoría no es tanto la economía sino la investigación sobre la calidad de vida. Kahneman ha demostrado que, si bien la forma en que evaluamos nuestras vidas está influenciada en gran medida por los ingresos, nuestra salud y nuestro comportamiento de salud tienen una correlación más fuerte con las emociones positivas (Kahneman y Deaton, 2010).

En 2011, las autoridades de salud del Reino Unido lanzan el proyecto «*cinco maneras de ser felices*», basado en estudios académicos sobre cómo las personas pueden aumentar su propio nivel de felicidad, encontrando como elementos para ser felices: conectarse con las personas que lo rodean, ser físicamente activos, seguir aprendiendo, dar a otros y ser atentos (Ørstavik, 2017).

Asimismo, científicos de la Universitat Politècnica de Valencia y la Universidad de Valencia, han desarrollado un índice para medir la felicidad denominado HAIN (Happiness

Antecedentes y acercamientos teóricos

Index), basado en cinco dimensiones: desarrollo, libertad, solidaridad, justicia y paz; analizando variables cuantitativas, que incluyen: la calidad de la educación, la migración y las exportaciones e importaciones de bienes y servicios. En el último informe aportado, en el año 2018, España alcanza un índice de felicidad de 0.72, cerca del índice de Suecia, 0.75, el país más feliz del mundo. Entre sus condiciones destaca que para incrementar el nivel actual de felicidad en España es necesario invertir más en educación, investigación y desarrollo (SINC La Ciencia es Noticia, 2018).

Las investigaciones de Sonja Lyubomirsky proponen qué nos puede hacer más felices: las personas que ayudan a los demás son más felices, disfrutar de algo que te gusta, centrarse en las relaciones, hablar con la gente que aprecias, ser generoso, tener más interacciones sociales y fortalecer nuestras relaciones. Además, señala que las características propias de personas más felices son: el optimismo, presentan mejores relaciones, tienden a hacer más ejercicio físico, son más agradecidas, espirituales y tienden a perseguir metas significativas (Aprendemos Juntos BBVA, 2020). En la búsqueda de evidencia científica sobre la felicidad, Lyubomirsky et al. (2005) sugieren que las personas felices, es decir, aquellas que experimentan emociones positivas, tienden a tener éxito y logros en múltiples facetas de su vida. Ellos proponen que el éxito no conduce a la felicidad, sino que el afecto positivo engendra éxito. Las características relacionadas con el afecto positivo incluyen: confianza, optimismo y autoeficacia; simpatía e interpretación positiva de los demás; sociabilidad, actividad y energía; conducta prosocial; inmunidad y bienestar físico; afrontamiento eficaz de los desafíos y el estrés; originalidad y flexibilidad. Estos atributos fomentan la participación activa en la búsqueda de objetivos y con el medio ambiente (Lyubomirsky et al., 2005).

Asimismo, Fritz y Lyubomirsky (2017) exponen en sus investigaciones un modelo sobre la eficacia de la práctica de las actividades positivas y su efecto sobre el incremento del bienestar/felicidad. Este modelo de actividades positivas, como la expresión de gratitud o la

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

práctica de la amabilidad, ofrece predicciones sobre las condiciones en las que varias actividades positivas pueden ser más (o menos) efectivas para aumentar el bienestar.

2.7. Concepto de trastorno mental grave

Según el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, 1987), el trastorno mental grave (TMG) se define como:

Un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social. (NIMH, 1987)

En esta definición se incluye a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (véase [Tabla 1](#)) (WHO, 1992).

Tabla 1

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10

Clasificación del trastorno mental grave. CIE 10
Trastornos esquizofrénicos (F20)
Trastorno esquizotípico (F21)
Trastornos delirantes persistentes (F22)
Trastornos delirantes inducidos (F24)
Trastornos esquizoafectivos (F25)
Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)
Trastorno bipolar (F31)
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
Trastornos depresivos graves recurrentes (F33.2 y F33.3)
Trastorno de personalidad (F.60.0. paranoide, F60.1. esquizoide, F60.3. límite) grave
Trastorno obsesivo compulsivo (F42) grave

La tabla 1 muestra los diagnósticos que determinan el trastorno mental grave, Recuperado de SCS. Servicio Canario de la Salud (2019).

Antecedentes y acercamientos teóricos

Además, como se propone en la definición, la atención de personas con trastorno mental está amparada por una amplia legislación en materia de derechos y salud mental, recogido en el *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023* (SCS, 2019).

Sadock y Sadock (2008), en su libro *Kaplan y Sadock Sinopsis de psiquiatría*, recogen que la edad de inicio de la esquizofrenia se produce en el grupo de hombres entre los 10 y 25 años, mientras que en las mujeres suele aparecer más tarde, entre los 25 y los 35 años, además, la edad de inicio de los trastornos del estado del ánimo varía, siendo el trastorno bipolar más precoz que el trastorno depresivo mayor, comenzando en la infancia hasta los 50 años, con una edad media de 30 años, frente al trastorno depresivo mayor, que está entorno a los 40 años.

2.8. Situación actual en la Comunidad Autónoma de Canarias

Finalmente, en marzo de 2019, se aprobó el primer *Plan de Salud Mental en Canarias 2019-2023*. Hasta ahora, nuestra Comunidad Autónoma no contaba con un plan específico de salud mental. Este plan recoge la atención a personas con enfermedad mental grave, siendo una prioridad en los sistemas sanitarios públicos, cuyo objetivo es la búsqueda de estrategias y mejora de la efectividad de nuestro sistema de salud, recogiendo, además, los recursos para la atención a este grupo de personas. Hasta ese año, el marco de actuación y planificación de las Comunidades Autónomas, incluida Canarias, era el establecido por la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013* (MSPSI, 2011). Asimismo, el *Plan de Salud de Canarias 2016-2017* recoge en sus líneas estratégicas el apartado específico II.3 para Salud Mental, siendo una de sus prioridades, la II.3.1. la Atención a las personas con trastorno mental grave (SCS, 2019).

Según los datos de la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* (2006), entre el 2.5% y el 3% de la población adulta a nivel mundial tiene un trastorno mental grave (MSC, 2007). Esto supone más de un millón de personas en España. Para Canarias, el 2.5% de

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

2.101.924 habitantes, según los últimos datos aportados del año 2015 (ISTAC, 2016), equivale a 52.548 personas (SCS, 2019).

Además, en el último informe publicado por la ISTAC, sobre la *Encuesta de salud de Canarias 2015*, se refleja que:

La población de 16 y más años de Canarias ha mejorado su autopercepción del estado de salud en los últimos años. En los resultados se puede apreciar un 73,57% de esta población valora su salud de “muy buena o buena”, siendo esta valoración similar a la obtenida en la encuesta del 2009 (72,85%). Estos resultados son más favorables en hombres que en mujeres (76,69% frente a 70,50%). (ISTAC, 2015, p. 13)

Asimismo, “en los resultados se puede apreciar que las personas con mayores niveles de estudios tienden a obtener mejores puntuaciones en la autopercepción de salud en comparación con las personas sin estudios o con estudios primarios” (ISTAC, 2015, p. 13).

Por otro lado, en este mismo informe se refiere que:

El 92,31% de la población no tiene problemas en relación al cuidado personal, el 85,67% no tiene problemas para la realización de las actividades cotidianas, siendo también el grupo de 65 y más años los que registran mayores problemas. El 61,22% de la población no tiene dolor ni malestar y el 74,61% no se siente ansioso/a ni deprimido/a. (ISTAC, 2015, p. 13)

En relación a la salud mental, la *Encuesta de Salud de Canarias 2015* expone que:

En el año 2015, el 23,68% de los ciudadanos en Canarias con 16 años o más tienen riesgo de sufrir un problema de salud mental (similar al encontrado en el año 2009, en el que se reportó un 25,62% de posibles casos). En el 27,08% de las mujeres se evidenció la presencia de un probable trastorno psiquiátrico mientras que en los hombres dicha cifra alcanzó el 20,16%. Los resultados muestran que a mayor edad mayor es la probabilidad de sufrir un problema de salud mental, encontrándose a partir

Antecedentes y acercamientos teóricos

de los 45 años de edad el grupo con mayor frecuencia de trastornos mentales. (ISTAC, 2015, p. 15)

2.8.1. Actividad asistencial de los profesionales de salud mental en trastorno mental grave

Según datos del Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias, durante el año 2016, en las consultas realizadas por psiquiatría, el grupo diagnóstico que se atendió más frecuentemente fue el F3 (trastorno del humor (afectivo)), con 28.640 consultas; y en segundo lugar el F2 (esquizofrenia y trastorno de ideas delirantes), con 26.540 consultas. En las consultas de psicología el grupo diagnóstico con más consultas fue el F4 (trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos), con 34.209 consultas, seguido del F3, con 13.769 consultas; el grupo F2 ocupa el quinto lugar, con 3.131 consultas. En las consultas de enfermería el grupo diagnóstico mayoritario fue el F2 con 53.146 consultas, seguido del F3, con 10.550 consultas. A la vista de estos datos, puede concluirse que los profesionales que dedican más tiempo a las personas con TMG son las enfermeras (SCS, 2019).

En el 2015, el número de pacientes con diagnóstico registrado de esquizofrenia atendidos en atención primaria en Canarias fue de 11.585, con lo cual, podríamos concluir que hay un grupo importante de pacientes con TMG que no están recibiendo atención especializada. El número medio de consultas en psiquiatría a lo largo del año 2016 en Canarias por diagnóstico fue de 3.42 para F2 y 2.90 para F3. Por su parte, el número medio de consultas de psicología en los pacientes de F2 fue de 4.24 consultas y en el grupo de F3 de 3.61 consultas. Por último, enfermería atiende a los pacientes de F2 con una media de 10.75 consultas y a los pacientes de F3 con una media de 5.47 consultas. Teniendo en consideración que los estándares de calidad establecidos en nuestra comunidad autónoma para la atención a las personas con diagnóstico F2 son de al menos 4 consultas al año para psiquiatría y 12 para enfermería, puede apreciarse que, en conjunto, no se alcanzan estos estándares (SCS, 2019).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

3. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA SALUD MENTAL, LA FELICIDAD, EL BIENESTAR Y/O LA CALIDAD DE VIDA

3.1. Calidad de vida relacionada con la salud

Serrano-Gallardo et al. (2009), para facilitar la interpretación de los resultados de las viñetas COOP/WONCA, establecen unos valores poblacionales de referencia para población adulta urbana que pueden ser útiles para evaluar, por un lado, el impacto de la enfermedad en la CVRS, al comparar los resultados obtenidos con la población de referencia y, por otro lado, establecer objetivos terapéuticos. Su investigación pretende ayudar a establecer valores de referencia, debido a su ausencia, que permitan interpretar las puntuaciones obtenidas. Administraron las 9 viñetas validadas por Lizán y Reig (1999) para el entorno español.

Según los resultados obtenidos en el estudio, Serrano-Gallardo et al. (2009) destacan que en los hombres los valores medios más altos que se obtuvieron en las dimensiones mantienen el siguiente orden: cambios en el estado de salud, estado de salud, forma física y apoyo social; mientras que en las mujeres se daban valores medios más altos en el siguiente orden: forma física, seguido de estado de salud, cambios en el estado de salud y apoyo social. En todas las dimensiones las mujeres obtuvieron valores medios más altos que los varones, lo que significa una peor CVRS.

Atendiendo a los valores medios del sumatorio de CVRS obtuvieron diferencias significativas según el grupo de edad (a mayor edad, mayores puntuaciones del sumatorio, es decir, peor percepción de CVRS), la clase social (las puntuaciones aumentan a medida que desciende la clase social) y el lugar de origen (en los autóctonos el valor es mayor que en los inmigrantes mayores de 65 años). Se observaron diferencias significativas, entre los grupos de mujeres, hombres y las clases sociales, para las dimensiones forma física, estado de salud y dolor, obteniendo siempre las mujeres valores más altos. Ocurriendo lo mismo en las dimensiones de sentimientos, actividades cotidianas y actividades sociales, excepto en las

Antecedentes y acercamientos teóricos

personas jubiladas/pensionistas y amas de casa sustentadoras del hogar (Serrano-Gallardo, 2009).

Al igual que en otros estudios, las mujeres han obtenido peores puntuaciones que los hombres, coincidiendo con las publicaciones en que a mayor edad peor CVRS, y, además, en cuanto a la escala de clase social, se observaron peores puntuaciones en sus niveles más bajos (Serrano-Gallardo, 2009).

Según la *Encuesta Nacional de Salud del 2006*, la evaluación realizada por de la Cruz-Sánchez et al. (2013) entre la asociación del nivel educativo, del bienestar y la salud mental de los españoles, los resultados apuntan que el nivel educativo de la población podría ser un elemento clave en la mejora de la calidad de vida. En la población con mayor nivel educativo se percibe un mayor apoyo social y esto se traduce en mayor bienestar y calidad de vida. Además, en relación a la práctica de actividad física destaca que son menos frecuente los trastornos emocionales y problemas de salud mental en aquellos que mantienen un estilo de vida activo. Por otro lado, en estudios anteriores, según de la Cruz-Sánchez et al. (2013), se destaca que una peor condición física relacionada con la salud está más presente en aquellas personas con un nivel educativo bajo o con un menor nivel de ingresos.

3.2. Felicidad, bienestar y/o calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Se han encontrado pocos estudios publicados centrados en trastorno mental grave y felicidad, aunque ha habido una creciente atención empírica hacia construcciones positivas amplias como la calidad de vida, la satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo (Schrank et al., 2013).

Agid et al. (2012), tras su investigación, concluyen que las personas con un primer episodio de esquizofrenia y las personas del grupo control no presentaron niveles significativamente diferentes de felicidad, satisfacción o percepción de éxito, sin embargo, presentaban un deterioro significativo en el funcionamiento social y la independencia. Se debe tener en cuenta que el grupo de personas con primeros episodios estaban en remisión clínica,

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

con buenos niveles de conocimiento y solo presentaban déficits cognitivos leves. Según los autores, el curso de la esquizofrenia es heterogéneo y hay personas que alcanzan un nivel de funcionamiento similar al previo a la aparición de la enfermedad, si bien otros que presentan déficits funcionales pueden mantener la capacidad de experimentar felicidad.

Buckland et al. (2013) realizaron un estudio cualitativo de la felicidad con 13 adultos jóvenes con esquizofrenia, exponiendo que las barreras que dificultan experimentar la felicidad son: el miedo, el aislamiento, los medicamentos y el deseo de sentirse “normal”. Además, destacan que la medicación, aunque valorada positivamente, se asocia con dificultades para controlar el peso, mantenerse alerta y disminución de la libido. Las relaciones sociales son vistas como un antídoto contra el aislamiento. Por último, destacan el deseo de sentirse normal provocado por el estigma y autoestigma.

En la revisión bibliográfica integradora de Seabra et al. (2018) se realiza una búsqueda en bases de datos internacionales en agosto de 2016 y, según lo expresado por los participantes con enfermedad mental en las diferentes investigaciones, no encontraron una definición única de felicidad, coincidiendo también con la revisión sistemática de Ferraz et al. (2007) sobre felicidad y salud mental. Asimismo, concluyen que no se puede entender la felicidad separada de la experiencia social, el bienestar, la recuperación y los factores protectores internos de las personas, así establecen que los factores que contribuyen al aumento de la percepción de felicidad se podrían englobar en dos dimensiones: la dimensión personal, más subjetiva, relacionada con el yo; y la dimensión interpersonal/relacional en múltiples contextos, familiar, apoyo social y afectivo.

Además, la diferencia en la percepción de la felicidad entre las personas con y sin trastorno mental en muchos estudios es pequeña o sin significación estadística, aunque también se encuentran diferencias que fluctúan entre el 2.7% y el 27%, a favor de las personas sin trastorno mental (Seabra et al., 2018). Según Ferraz et al. (2007), en su revisión sistemática,

Antecedentes y acercamientos teóricos

concluyen que la felicidad es un fenómeno subjetivo, que depende más de aspectos de naturaleza psíquica (personalidad, optimismo, resiliencia, gratitud, presencia de altas puntuaciones de emociones positivas) y de la actitud ante la vida que de factores externos.

Los factores personales, familiares, de apoyo social y emocional, son los que contribuyen a alcanzar mejores niveles felicidad, siendo los factores que contribuyen a su disminución los siguientes: efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos, la cronicidad del trastorno mental, la falta de apoyo social y la disfunción afectiva y emocional (Seabra et al., 2018).

Con respecto a las personas con esquizofrenia, para comprender su percepción de felicidad, se debe tener en cuenta que hay mayores dificultades para obtener niveles altos de felicidad en aquellas que presentan sintomatología negativa y con una disminución progresiva de las habilidades sociales (Agid et al., 2012). Las intervenciones fundamentales para la recuperación son las que promueven la rehabilitación, las relaciones sociales y el sentido de la vida, permitiendo una mayor percepción de felicidad (Seabra et al., 2018).

Las personas con la misma enfermedad (esquizofrenia) no perciben la felicidad de la misma manera (Buckland et al., 2013). Para algunos autores el estado psicológico que presentan personas con trastorno mental altera la percepción de las situaciones objetivas vividas, por lo cual, la felicidad no sería un buen indicador de la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales (Seabra et al., 2018). Sin embargo, Bergsma et al. (2011) no encontraron ninguna razón para excluir a las personas con trastornos mentales en las encuestas de la población general sobre felicidad o satisfacción con la vida, las calificaciones de felicidad de las personas con trastornos mentales en la población general son tan válidas como las de las personas sin trastornos.

La felicidad se ha defendido como un indicador a tener en cuenta en futuras decisiones sobre la vida de las personas por su efecto positivo en el estado de salud, ya que muchos la consideran una evaluación efectiva de la calidad de vida (WHO, 2011). Se ha encontrado que

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

la correlación es casi inexistente entre la satisfacción con la vida y las circunstancias objetivas de la vida para las personas con y sin trastornos mentales, además, indica que no hay razones para desconfiar de los autoinformes de las personas con trastornos mentales (Bergsma et al., 2011).

Agid et al. (2012), en sus conclusiones, ponen en duda que se enfoquen adecuadamente las estrategias de rehabilitación, ya que asumen que el individuo mantiene las mismas motivaciones y objetivos previos a la aparición de la enfermedad y/o que no está satisfecho con su estado funcional actual, además, añaden que la falta de percepción de infelicidad provoca falta de motivación para buscar una mejora del estado funcional, y, por tanto, esto puede contribuir a la ineficacia de los programas de rehabilitación social y vocacional (Agid et al., 2012).

El hecho de que muchas personas con enfermedades mentales vivan en instituciones se asocia con menos felicidad que las que viven independientemente o con familiares y/o amistades, ya que cuentan con apoyo e interacciones sociales (Palmer et al., 2014). Las personas con enfermedades mentales que informan que son más felices presentan menor absentismo laboral, hacen un menor uso de los centros de atención médica, usan menos analgésicos, funcionan mejor psicológicamente, son menos neuróticos, tienen mayor autoestima, niveles de energía más altos y una actitud más relajada (Bergsma et al., 2011). Las personas a menudo se sienten felices incluso con los síntomas de su trastorno (Bergsma y Veenhoven, 2011).

Seabra et al. (2018) concluyen que las condiciones necesarias para la felicidad son similares, la diferencia se encuentra en los hechos de vida y no en la psicopatología. En algunos estudios de su revisión no se encontraron diferencias entre las variables sociodemográficas, la duración de la enfermedad, la gravedad de los síntomas positivos y negativos, el estado físico, las comorbilidades y el funcionamiento cognitivo. La felicidad aumenta, además, la capacidad

Antecedentes y acercamientos teóricos

social, emocional y moral. Las personas con enfermedades mentales con características personales asociadas con una buena salud mental tienen una percepción positiva de la felicidad y se sienten más felices.

Palmer et al. (2014) realizaron un estudio comparativo de la felicidad entre adultos con esquizofrenia crónica y población con ausencia de trastornos psiquiátricos, obteniendo en el primer grupo niveles más bajos de felicidad, aunque con una considerable heterogeneidad en los mismos. La felicidad se asocia con una mayor calidad de vida relacionada con la salud mental y con los siguientes factores: menor estrés percibido, mayor capacidad de recuperación y optimismo y mayor dominio personal. Sin embargo, esta asociación no se observa con la edad, la educación, la duración de la enfermedad, la gravedad de los síntomas positivos o negativos en el grupo con esquizofrenia, la salud física o el funcionamiento cognitivo. El apoyo social y las interacciones sociales podrían estar más fuertemente asociadas con la felicidad entre las personas que viven independientemente o con familiares/amistades.

Asimismo, Saperia et al. (2018) concluyen que las personas con esquizofrenia no presentan diferencias significativas en su experiencia subjetiva de felicidad, pero sí manifiestan niveles más bajos de satisfacción y éxito en la vida, asociados con síntomas negativos y depresivos más graves y con peores resultados funcionales. Además, la ausencia de resultados concluyentes entre un peor funcionamiento y niveles bajos de felicidad, satisfacción o éxito en la vida, podrían ser indicativos de que el estado funcional no determina el nivel de los mismos.

Edmonds et al. (2018) investigaron la salud mental positiva en pacientes ambulatorios con esquizofrenia, obteniendo que el grupo de personas con esquizofrenia presentaban niveles más bajos en los factores de optimismo, resiliencia, felicidad y estrés percibido, sin embargo, más de un tercio presentaba los valores esperados en la población normal. Además, los autores destacaron que estos factores podrían ser protectores contra la resistencia a la insulina, inflamación y los resultados negativos de salud, tanto en la población general como en la

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

población de estudio. Por otro lado, Jeste et al. (2015) proponen las prácticas meditativas como métodos para prevenir la enfermedad mental o promocionar la salud y el bienestar (mindfulness o atención plena, taichí, yoga y las reevaluaciones cognitivas).

En relación a la esquizofrenia, Palmer et al. (2014) afirman que esta afecta negativamente a la felicidad, pero la felicidad aún puede ser un objetivo alcanzable para las personas con este trastorno. Este hallazgo afirma el comentario de Saks (2013) sobre que las personas con esquizofrenia pueden encontrar bienestar dentro de la enfermedad.

Según Eglit et al. (2018), las personas con enfermedades mentales graves, especialmente aquellas con trastornos psicóticos, pueden ser más vulnerables a la soledad. Así, los individuos con esquizofrenia están sujetos a estigma (Dickerson et al., 2002) teniendo mayores complicaciones clínicas debido a la sintomatología (positiva y negativa), efectos adversos al tratamiento, etc. Además, estas personas presentan mayores problemas en cuanto a la pobreza, el desempleo, bajos índices de matrimonio (Cohen, 1993; Dickerson et al., 2002; Marwaha y Johnson, 2004), estando objetivamente menos integradas en sus comunidades (Abdallah et al., 2009; Yanos et al., 2012), aunque su percepción de pertenencia a las mismas puede no diferir de las personas sin esquizofrenia (Yanos et al., 2011). Encuestas realizadas a los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (76-80%) indican que las tasas anuales de soledad son aproximadamente 2.3 veces más altas que las de la población general (35%) (Badcock, 2015; Stain et al., 2012). En el ámbito clínico, la soledad contribuye significativamente a una peor calidad de vida en la esquizofrenia (Roe et al., 2011; Weiner et al., 2010) y las personas con trastornos psicóticos resaltan que la soledad ha supuesto un gran cambio en sus vidas, solo superado por los problemas económicos (Eglit et al., 2018; Morgan et al., 2016).

Antecedentes y acercamientos teóricos

En general, no hay publicaciones específicas sobre las personas con trastornos mentales y la soledad, aunque hay estudios que sugieren ciertas similitudes sobre los efectos de la soledad en estas personas y en la población general (Eglit et al., 2018).

En el análisis bioético conceptual y psicopatológico realizado por Ramos (2014), se recogen las dificultades conceptuales encontradas a la hora de definir la calidad de vida. Esto se acentúa aún más cuando se intenta reivindicar que “sea la propia persona quien decida cómo quiere llevar el proceso de vivir y de morir, es decir, qué entiende por calidad de vida” (p. 53), destacando el autor la relevancia que esto tiene para las personas con enfermedades mentales graves.

Además, Ramos (2014) afirma que:

No se trata simplemente de basarnos en una ética de máximos que indique qué proyecto de vida buena queremos, sino que, si la persona desea que sus decisiones sean respetadas, aquello que decida ha de ser acorde con aquellos criterios exigibles a todos los ciudadanos y que posibilitan la convivencia pacífica de los ciudadanos con diferentes morales, es decir, con una ética de mínimos. Y es que, como sostiene Camps (2001), no basta con elegir el bien, un bien estético, sino que hay que justificarlo, de modo que las elecciones sobre proyectos de vida no se refieren a un asunto individual, sino comunitario, pues es injusto elegir el bien a costa de los demás. Ahora bien, una vez que las personas deciden, y lo hacen responsablemente, es necesario que la sociedad pluralista como en la que vivimos reconozca el derecho a las personas de poder optar por un determinado modo de vida acorde con sus valores. Es preciso que la sociedad de un valor fundamental a la tolerancia y al respeto por esas decisiones, que son proyectos de vida, y además que garantice que no ha de haber imposiciones. (p. 47)

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Según Ramos (2014) “ha de ser la persona quien elija y determine qué es lo valioso de la vida en relación con sus valores y preferencias, concibiéndola como un valor necesario, pues se trata de una vida de calidad entendida a su modo” (p. 47).

Hamann et al. (2005) concluyen que la libre elección de tratamiento, el conocimiento de sus contraindicaciones y la importancia del seguimiento clínico favorece una mayor adherencia farmacológica y reducción de las recidivas.

Por otro lado, Greenberg et al. (2006) recogen que las personas con esquizofrenia informaban de una mayor satisfacción con la vida cuando existe un apoyo emocional y una mayor interacción familiar, destacando los efectos beneficiosos de los procesos familiares prosociales y la calidad de vida.

En España, Bobes et al. (2007) concluyen que la calidad de vida en las personas con esquizofrenia era peor que el de la población general y el de otros pacientes físicamente enfermos; los jóvenes, las mujeres, las personas casadas y las personas con bajo nivel de educación informaban una mejor calidad de vida; cuanto mayor era la duración de la enfermedad, peor sería la calidad de vida; en relación a la psicopatología, los síndromes negativos y depresivos se correlacionan negativamente con la calidad de vida; la presencia de menos efectos secundarios y la combinación de tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico mejoran la calidad de vida; las personas integradas en programas de atención comunitaria demostraron una mejor calidad de vida que aquellas que estaban institucionalizadas; asimismo, se ha demostrado que otros efectos secundarios, como el aumento de peso y la disfunción sexual, se asocian negativamente con la calidad de vida; y, aunque los antipsicóticos atípicos han demostrado una eficacia más amplia y una mejor tolerancia, los resultados sobre su mayor beneficio en la mejora de la calidad de vida eran controvertidos, no siendo concluyentes.

Antecedentes y acercamientos teóricos

Yamauchi et al. (2008) investigaron la relación entre factores clínicos y la calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia crónica, utilizando la siguiente clasificación de calidad de vida: calidad de vida subjetiva y objetiva. La primera es determinada por los propios pacientes, midiendo la satisfacción con la vida en general; y la segunda está determinada por los observadores en función de indicadores de salud, que son los datos sociodemográficos, de salud, condiciones de vida y las relaciones interpersonales. En sus resultados resaltan que los síntomas depresivos y los efectos extrapiramidales predicen la calidad de vida subjetiva, mientras que los síntomas negativos predicen la calidad de vida objetiva.

Guedes de Pinho et al. (2017) estudiaron la influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida en personas con esquizofrenia, con resultados de peor calidad de vida en aquellas personas con menor escolarización, las que viven en instituciones residenciales, las que han sido tratadas con neurolépticos de primera generación, aquellas que han tenido al menos un ingreso psiquiátrico a lo largo de su vida, las de mayor edad y cronicidad de la enfermedad, es decir, más años de enfermedad, y aquellas personas que conviven con sus parejas, aunque en la bibliografía recogida refiere que la convivencia con una pareja mejora la calidad de vida. Por otro lado, las personas con resultados de mejor calidad de vida son las que trabajan o estudian, existiendo investigaciones que destacan una correlación positiva entre calidad de vida y el trabajo, las que han sido tratadas con neurolépticos de segunda generación y aquellos que nunca tuvieron un ingreso psiquiátrico (Guedes de Pinho et al., 2017).

Debido al énfasis en las guías de práctica clínica de todo el mundo sobre la mejora de la calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados, Puolakka y Pitkänen (2019) realizaron una revisión sistemática cuyo objetivo era conocer la efectividad de las intervenciones psicosociales en la calidad de vida. Según los resultados de esta revisión, en los últimos años se ha utilizado la calidad de vida como medida para las intervenciones

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

psicosociales en personas con esquizofrenia, sin embargo, señalaron que la variabilidad de escalas utilizadas para medir la calidad de vida dificulta la posibilidad de comparar resultados y establecer conclusiones al respecto. Finalmente concluyen que parece haber poca evidencia sobre la mejora de la calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia tras la aplicación de los programas de intervención familiar, psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales y rehabilitación vocacional.

Hoertel et al. (2020) proponen un modelo integrador de calidad de vida en adultos mayores con esquizofrenia. Realizaron un estudio para la valoración de la calidad de vida en Francia, con 353 personas de las unidades comunitarias, obteniendo como resultados que los siguientes factores disminuyen la calidad de vida de manera significativa: gravedad de la psicopatología (síntomas depresivos y negativos), deterioro cognitivo, disminución de la capacidad de funcionamiento y un bajo nivel educativo; además, también obtuvieron que las patologías asociadas y un uso mayor de antipsicóticos están relacionados con la disminución de la calidad de vida, aunque sin resultados significativos estadísticamente. Sin embargo, han destacado como intervenciones que pueden favorecer o mejorar la calidad de vida de esta población: el entrenamiento en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva, las intervenciones colaborativas, las terapias psicológicas integradas y el cumplimiento estricto de las prescripciones de los antipsicóticos.

Otras investigaciones profundizan en las asociaciones entre perdón, afecto negativo (depresión, ansiedad e ira) y bienestar, calidad de vida y satisfacción con la vida. Friedman (2004, 2005) y Friedman y Toussaint (2006) encontraron “en una población clínica adulta, que el perdón está positivamente relacionado con el bienestar, calidad de vida, satisfacción con la vida, gratitud, creencias positivas, afecto positivo, optimismo, esperanza, altruismo, paz y amor” (González et al., 2010, p. 27).

Antecedentes y acercamientos teóricos

Además, la investigación de Friedman (2004) en población adulta, clínica y estudiantes universitarios, recoge que el perdón está asociado positivamente con la satisfacción con la vida, la calidad de vida y el bienestar y negativamente con estados afectivos negativos (González et al., 2010).

En resumen, según González et al. (2010) las investigaciones, en términos generales, señalan que:

El perdón está positivamente asociado con calidad de vida, bienestar, satisfacción con la vida, gratitud, optimismo, esperanza y creencias y afectos positivos. Y negativamente asociado con malestar emocional y estados afectivos negativos como depresión, ira, venganza, ansiedad, síntomas somáticos, culpa y vulnerabilidad. Una limitación de los estudios es que casi todos son correlacionales, por lo que se necesitan más estudios experimentales para comprobar la direccionalidad causal. (p. 28)

3.3. Tratamientos y trastorno mental grave

Las recomendaciones terapéuticas farmacológicas (antipsicóticos típicos y atípicos) para el tratamiento de la esquizofrenia muestran alivio de los síntomas positivos, pero este alivio no se observa en los síntomas negativos. Estos tratamientos provocan pequeñas mejoras en el funcionamiento psicosocial, la motivación y la calidad de vida, no permitiendo lograr la recuperación funcional y una vida satisfactoria en las personas con esquizofrenia (Buchanan et al., 2010).

Zhang et al. (2013) realizaron un metaanálisis para comparar la eficacia y la tolerancia de los antipsicóticos de primera y de segunda generación. Concluyen que la combinación de antipsicóticos de segunda generación fue igualmente efectiva o moderadamente mejor que el uso de antipsicóticos de primera generación y se asocian a un mayor aumento de peso. Además, fueron significativamente mejores en relación a la presencia de síntomas negativos, cognición global y recaídas a largo plazo.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Asimismo, se ha asociado el riesgo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares a la toma de antipsicóticos, tanto de primera como de segunda generación (Pintos, 2017). Respecto a los de segunda generación, los estudios concluyen que el riesgo metabólico es alto con la clozapina y la olanzapina, moderado con la risperidona y la quetiapina, y mínimo con la ziprasidona y aripiprazol (Cortés, 2011).

El síndrome metabólico, según recoge en su artículo Cortés (2011), se puede definir como:

La conjunción de factores de riesgo cardiometabólico asociados a la Resistencia a la Insulina, los cuales son: obesidad abdominal (excesivo tejido adiposo en y alrededor del abdomen), dislipidemia aterogénica (hipertrigliceridemia, disminución del colesterol-HDL y aumento del colesterol-LDL), hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa, estado protrombótico (elevación en sangre del fibrinógeno o inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1) y estado proinflamatorio (elevación en sangre de la proteína C reactiva). Estos factores de riesgo favorecen el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, que incluyen enfermedad coronaria y cerebrovascular, así como DM tipo 2 (Newcomer, 2005). (p. 304)

En los resultados de la investigación de Pintos (2017), con una muestra de 69 pacientes con trastorno mental grave de Cataluña, se destaca una mayor prevalencia de las siguientes patologías en las personas que participaron en el estudio: hipercolesterolemia, obesidad y diabetes. En relación a la obesidad, es interesante resaltar que solo el 13% estaba diagnosticado, y, sin embargo, un 65.2% presentaba un índice de masa corporal que indicaba dicha obesidad. Asimismo, hay que destacar que el consumo de tabaco es el principal tóxico consumido por las personas de esta investigación. Además, los resultados descriptivos de la muestra fueron los siguientes: la media de edad fue de 46 años (*DT* 9.785); el 71% fueron hombres; el 71% solteras/os; el 15.9% estaban casadas/os, el 13% estaba divorciada/o; el 29% tenían hijas/os; el

Antecedentes y acercamientos teóricos

2.9% no tenían estudios, mientras que el 37.7% tenían estudios primarios, el 26.1% completó los estudios secundarios, el 26.1% terminó la formación profesional y el 7.2% finalizaron los estudios universitarios; el 11.6% trabajaba, el 2.9% estaban desempleados y el 85.5% cobraban algún tipo de prestación; por otro lado, el 59.9% padecían trastornos del espectro psicótico, trastorno de personalidad un 7.2% y trastornos del estado del ánimo un 8.6%; en cuanto a los problemas de salud, el 15.9% presentaba diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) y el 15.9% diabetes tipo II; presentando problemas graves en la movilidad un 2.9%, en el cuidado personal un 3.9% y un 2.9% en la realización de las actividades de la vida diaria; el 27% presentó dolor o malestar moderado, mientras que el 7.2% dolores graves (Pintos, 2017).

La presencia de problemas de salud física en las personas con trastorno mental grave es frecuente debido a múltiples factores: estilos de vida poco saludables, sedentarismo, efectos adversos de la medicación que favorecen el riesgo cardiovascular, así como el tabaquismo. La preocupación del Servicio Murciano de Salud y la necesidad de unificar la atención con el uso de intervenciones basadas en la evidencia contribuye al desarrollo de un protocolo de monitorización y manejo de la salud física en personas con trastorno mental grave, en unidades de rehabilitación de salud mental de adultos (García et al., 2016). Además, la monitorización ayuda a identificar los problemas de salud actuales y también a prever los problemas de salud futuros (Tosh et al., 2014). La Junta de Andalucía publicó en el año 2012 una guía de intervenciones de promoción y protección de la salud general dirigidas a personas con trastorno mental grave, destacando en sus resultados la importancia de los equipos multidisciplinares y la presencia de las intervenciones grupales (Huizing et al., 2012).

Juliá-Sanchis et al. (2020), en el informe SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) sobre evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental, recogen que en los últimos años el abordaje comunitario ha sido favorecido por

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

los cambios ideológicos y legislativos; sin embargo, aún persisten resistencias para su implantación. Como conclusión proponen que:

Para conseguir una mejor atención de las personas con trastorno mental, basada en la excelencia clínica, desde un paradigma biopsicosocial, respetuoso con los principios de autonomía y derecho a la información y la toma de decisiones, y que combine la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los/las pacientes, la coordinación interinstitucional e intrainstitucional, así como medidas de inserción laboral y social, son necesarias una revisión estructural del sistema y una inversión económica, así como enfatizar el papel activo de las personas usuarias en su proceso de recuperación, en consonancia con una atención centrada en la persona usuaria y su familia, y bajo el paradigma de la recuperación. (p. 5)

En el estudio de Pawłowska et al. (2015) personas con esquizofrenia participaron durante 3 meses en entrenamientos de resolución de problemas, psicoterapia, relajación, arteterapia, psicoterapia, terapia laboral/ocupacional, talleres de higiene, cocina, literatura, lectura, clases de música, entrenamiento de habilidades sociales, entrenamiento en habilidades de comunicación, estimulación cognitiva, ejercicio físico y salidas terapéuticas. Concluyen que los programas de rehabilitación favorecen: la disminución de los niveles de miedo y ansiedad, una mayor autoimagen positiva, una mayor autoestima, un mayor afrontamiento del estrés y de las tareas propuestas y una mayor capacidad para establecer relaciones interpersonales.

Atendiendo a las estrategias terapéuticas, en el metaanálisis y la revisión sistemática sobre los efectos del ejercicio físico en pacientes con trastorno del espectro de la esquizofrenia, Dauwman et al. (2015) muestran en sus resultados los beneficios del ejercicio físico sobre los síntomas totales, positivos y negativos. Así, es reseñable que el yoga, como única actividad practicada, mostró mejoría en los síntomas generales en el funcionamiento global y una

Antecedentes y acercamientos teóricos

reducción de los síntomas depresivos. Asimismo, el yoga y el ejercicio aeróbico fueron efectivos para reducir la gravedad de los síntomas generales, positivos y negativos, mostrando, además, un efecto similar sobre la calidad de vida y los síntomas depresivos.

En la *Guía de la European Psychiatric Association (EPA)* sobre la actividad física como tratamiento para las enfermedades mentales, Stubbs et al. (2018) realizan una revisión sistemática aclarando que existe evidencia empírica que respalda el uso del mismo para el trastorno depresivo mayor y los trastornos del espectro de la esquizofrenia, apoyando así el uso de ejercicio aeróbico de intensidad moderada-alta con una frecuencia de 2-3 veces por semana. Según los autores, los mecanismos psicobiológicos subyacentes de los beneficios derivados de la actividad física son poco conocidos, siendo necesario un mayor número de investigaciones que establezcan las relaciones de los beneficios del ejercicio en las personas con TMG (Stubbs et al., 2018).

En el año 2019, Girdler et al. realizan una revisión sistemática sobre el ejercicio como tratamiento para la esquizofrenia. En ella destacan que los tratamientos farmacológicos no son del todo eficaces y que el ejercicio como tratamiento complementario no farmacológico favorece una mayor plasticidad sináptica y neurogénesis, mejora la cognición en los síntomas negativos y el funcionamiento global, proponiendo que esto se debe al aumento del volumen del hipocampo y del factor neurotrófico derivado del cerebro. Además, el ejercicio aeróbico puede reducir los problemas de salud física asociados a la esquizofrenia y los efectos secundarios de los antipsicóticos, como la obesidad, la diabetes y el síndrome metabólico, llegando incluso a mejorar las tasas de mortalidad (Girdler et al., 2019).

A continuación, se presenta información sobre las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC y su relación con la salud mental. La taxonomía NANDA-I es un sistema de lenguaje estandarizado que nos permite el establecimiento de etiquetas diagnósticas. En la fase de planificación, se dispone de sistemas estandarizados de clasificación de objetivos y resultados

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

de enfermería NOC y de clasificación de intervenciones NIC de enfermería. Para alcanzar los resultados deseados las enfermeras realizan las intervenciones NIC, basándose en sus conocimientos y juicios clínicos (Bulechek et al., 2013). Así, en la revisión de la literatura de 1999 a 2011, realizada por Escalada-Hernández et al. (2013), se obtuvo que las etiquetas diagnósticas más prevalentes en el ámbito asistencial de salud mental son: trastorno de los procesos de pensamiento, deterioro de la interacción social y afrontamiento ineficaz. Por otro lado, también se han encontrado en los diferentes estudios etiquetas frecuentes, tales como: trastorno del patrón del sueño, déficit de autocuidado (baño/vestido), riesgo de violencia (autodirigida y/o dirigida a otros), conflicto de decisiones y deterioro de la adaptación, repitiéndose, además, la intervención NIC manejo de la medicación.

En dicha revisión se comprobó que la existencia de artículos, donde está presente el uso de la clasificación de diagnóstico de enfermería NANDA-I, es mayor debido a que su uso comienza en los años 80 y se ha generalizado en la práctica asistencial; sin embargo, las clasificaciones de intervenciones y de criterios de resultados (NIC y NOC) se han desarrollado más tarde. La utilización del lenguaje estandarizado permite su utilización en la investigación y el desarrollo de la práctica basada en la evidencia, favoreciendo la expansión y el desarrollo del conocimiento de la enfermería (Escalada-Hernández et al., 2013).

Posteriormente, Escalada-Hernández et al. (2015) muestran en sus resultados que los diagnósticos NANDA-I, NIC y NOC más frecuentes recogidos en los planes de cuidados de enfermería para pacientes psiquiátricos y psicogerítricos (ingresados en unidades de atención de medio y largo plazo y centros de día psicogerítricos) están relacionados principalmente con el déficit del autocuidado, manejo del régimen terapéutico y aspectos psicosociales. Además, señalan que los cuidados de enfermería relacionados con las necesidades psicosociales de los pacientes fueron descritos a través de las siguientes etiquetas diagnósticas de enfermería de NANDA-I: trastorno de los procesos de pensamiento, deterioro de la interacción social,

Antecedentes y acercamientos teóricos

deterioro de la comunicación verbal, déficit de actividades recreativas o ansiedad; resultados NOC, tales como: autocontrol del pensamiento distorsionado, habilidades de interacción social, orientación cognitiva, participación en actividades de ocio o control de la ansiedad; y las siguientes intervenciones NIC: escucha activa, disminución de la ansiedad, potenciación de la socialización, orientación de la realidad, fomento del ejercicio o aumentar el afrontamiento. En relación con las necesidades de autocuidado hay varios diagnósticos de enfermería de déficit de autocuidado. Asimismo, destacaron como frecuentes la etiqueta NANDA-I gestión ineficaz de la salud y los NIC manejo de la medicación o administración de medicación.

Por otro lado, es relevante el uso de las etiquetas diagnósticas enfermeras para el desarrollo del plan de cuidados (NANDA-I, 2019), así como las intervenciones enfermeras (Bulechek et al., 2013). En el estudio de Escalada-Hernández y Marín-Fernández (2015), se analiza la frecuencia de la etiqueta diagnóstica de enfermería NANDA-I trastornos de los procesos del pensamiento y su necesidad, con la intención de su inclusión de nuevo en la clasificación de diagnósticos de enfermería de la NANDA-I. Como resultados, obtuvieron que en unidades de psiquiatría y de psicogeriatría el uso de esta etiqueta es muy frecuente, alrededor de un 40%, asociada a una mayor gravedad de los problemas que presentan las personas y consecuentemente se mostraba la necesidad de intervenciones más complejas. Curiosamente, estas autoras han logrado su inclusión en el año 2020, para la NANDA-I 2021-2023.

Frauenfelder et al. (2017) realizan un estudio sobre los diagnósticos de enfermería en las unidades de atención hospitalaria psiquiátrica de adultos. En sus resultados obtienen que dentro de la variabilidad de los diagnósticos NANDA-I identificados parecieron más relevantes, en concreto en la atención psiquiátrica hospitalaria, aquellos relacionados con los siguientes dominios: afrontamiento y tolerancia al estrés; seguridad y protección; promoción de la salud; autopercepción; y actividad/reposo. Encontraron 85 diagnósticos NANDA-I diferentes. Sin embargo, Thomé et al. (2014), en pacientes ambulatorios de salud mental, solo

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

identificaron los siguientes 14 diagnósticos NANDA-I, englobados en 9 de los 13 dominios establecidos (promoción de la salud, nutrición, actividad/reposo, percepción/cognición, autopercepción, rol/relaciones, afrontamiento/tolerancia al estrés, seguridad/protección y confort): gestión ineficaz de la salud, mantenimiento ineficaz de la salud, desequilibrio nutricional por exceso, riesgo de glucemia inestable, trastorno del patrón del sueño, trastorno de la percepción sensorial, trastorno de los procesos del pensamiento, desesperanza, baja autoestima crónica, deterioro de la interacción social, ansiedad, afrontamiento ineficaz, deterioro de la integridad tisular y dolor crónico. Además, Frauenfelder et al. (2017) identifican como más frecuentes los siguientes diagnósticos NANDA-I: afrontamiento ineficaz, mantenimiento ineficaz de la salud, desesperanza y riesgo de violencia dirigida por otros, deterioro de la interacción social, insomnio y riesgo de violencia autodirigida; siendo el dominio más frecuente el de afrontamiento/tolerancia al estrés, seguido de seguridad y promoción de la salud. En un estudio previo de Frauenfelder et al. (2016), de los registros de pacientes hospitalizados, se recoge la prevalencia de los diagnósticos de NANDA-I: afrontamiento ineficaz, insomnio, ansiedad y riesgo de suicidio. Asimismo, Frauenfelder et al. (2017) destacan el diagnóstico NANDA-I desesperanza como esencial para los entornos psiquiátricos ambulatorios y somáticos hospitalizados, coincidiendo con los estudios previos de Thomé et al. (2014) y Paans y Müller-Staub (2015).

3.4. Estigma en relación con la salud mental

Destacan varias investigaciones realizadas a través de encuestas sobre la discriminación y el estigma asociados con los problemas de salud mental. En la Encuesta Social General de EEUU, realizada a través de la utilización de viñetas breves sobre personas con enfermedad mental, se muestran resultados que reflejan que entre el 35% y el 69% de los participantes indicaron que no estaban dispuestos a hacer amigos, tener como vecino, socializar, casarse con un miembro de su familia o trabajar en estrecha colaboración con una persona con esquizofrenia

Antecedentes y acercamientos teóricos

(Pescosolido et al., 2010). Al cambiar el diagnóstico de esquizofrenia a depresión mayor, se obtuvieron índices menores, entre un 20% y un 53% para las mismas preguntas, lo que resalta la discriminación general y específica del diagnóstico (Moloney, 2018).

Moloney (2018) en su artículo recoge que:

Desde 2011, First Fortnight, el festival de artes de la salud mental de Irlanda, ha llevado a cabo una encuesta anual para evaluar las actitudes de los asistentes al festival con respecto a asuntos de salud mental. De las 1517 personas que respondieron en 2018, casi la mitad (47%) de los encuestados no quería que las personas supieran si tenían problemas de salud mental, el 28% consideró que era difícil hablar con alguien que padece una enfermedad mental y el 56% tenía miedo de experimentar problemas de salud mental en el futuro. Además, el 27% retrasaría la búsqueda de tratamiento por temor a que las personas conozcan sus problemas y 1/5 de los encuestados no estaban dispuestos o no estaban seguros de vivir con alguien que padeciese una enfermedad mental (D. Keegan, comunicación personal, 17 de febrero de 2018). Es esencial que abordemos el estigma de la salud mental y no permitamos que se interponga en el camino de las personas que buscan ayuda cuando están en peligro. (p. 77)

Además, Moloney (2018) en su artículo hace referencia a la encuesta anual que se realiza en St Patrick's Mental Health Services 2017 y recoge que:

Se envía una encuesta anualmente a una muestra representativa de 500 adultos en Irlanda. A pesar de que el 28% de los encuestados había recibido tratamiento para un problema de salud mental, el 64% creía que ser tratado por un problema de salud mental era una señal de fracaso personal. El 38% de los encuestados no le diría a su pareja si toma antidepresivos, el 25% no le diría a alguien que había recibido atención psiquiátrica como paciente hospitalizado, y solo el 55% compartiría esa información

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

con un compañero. Otros hallazgos relacionados con el estigma incluyen que casi la mitad (44%) de los encuestados no confiaría en alguien que sufrió depresión postparto para el cuidado de niños y el 23% no se casaría voluntariamente con alguien previamente hospitalizado por depresión. A pesar de la gran cantidad de campañas de concienciación pública en Irlanda, el 70% de los encuestados creía que todavía no se hablaba lo suficiente sobre la salud mental en los medios de comunicación. Con una cuarta parte de los 500 encuestados que indicaron que no le dirían a nadie si estaban teniendo pensamientos suicidas, el mensaje fue claro: “debemos hacer más”. (pp. 77-78)

Moloney (2018) en un estudio realizado en 6 países europeos, entre ellos España, recogió los siguientes resultados sobre el estigma percibido de una muestra de 815 adultos con discapacidad mental significativa:

El 46.7% indica que sienten vergüenza y el 18% informa sobre experiencias de discriminación, lo que resulta en un 14.8% con estigma percibido (Alonso et al., 2009). El estigma percibido es más frecuente entre aquellos con baja educación (con una duración de 12 años o menos), los casados o viviendo en pareja, y los desempleados (Alonso et al., 2009). Las personas con enfermedad mental con estigma percibido tienen una calidad de vida significativamente más baja, más limitaciones de trabajo y más limitaciones sociales que otras con problemas de salud mental que indican el significativo impacto negativo que el estigma puede tener en el bienestar psicológico, social y ocupacional. (p. 78)

La investigación por encargo de la oficina de Estadística Nacional Británica de Crisp et al., en el año 1998, sobre las opiniones públicas acerca de las personas con enfermedades mentales, refleja que a las personas con esquizofrenia, alcoholismo y drogodependencia, se las consideraba impredecibles y peligrosas. Los comportamientos discriminatorios son

Antecedentes y acercamientos teóricos

consecuencia, en muchas ocasiones, del estigma, y, además, refleja la creencia de que los problemas de salud mental se deben a la debilidad personal (Crisp et al., 2000). Cinco años después, en el año 2003, se repite la encuesta, realizando previamente campañas contra el estigma y obteniendo cambios en los resultados. Estos cambios se reflejan en porcentajes más elevados en las opiniones desfavorables sobre las personas con adicción a las drogas, donde presentaban opiniones sobre la peligrosidad, imprevisibilidad y la dificultad para hablar con ellos, añadiendo la culpabilización de su propia condición, tanto en el alcoholismo como en la adicción a las drogas, no expresada respecto a las personas con esquizofrenia, donde se mantuvieron opiniones neutrales (Crisp et al., 2005).

En el *Plan de atención social a las personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007* de la Comunidad de Madrid se realizó la investigación *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. En ella concluyen que las personas con trastorno mental grave perciben de manera clara el efecto del estigma y los estereotipos más frecuentes son la peligrosidad e incompetencia. Además, hay desconocimiento sobre la enfermedad mental y en un 56% es confundida con la discapacidad intelectual, incluso los propios familiares, a pesar del contacto con personas con TMG, presentan resultados similares a los de la población general sobre el conocimiento de la enfermedad y el nivel de estigma. Como estrategia de afrontamiento, los familiares ocultan total o parcialmente la enfermedad mental (Muñoz et al., 2009).

Según el estudio de Garay et al. (2014), en sus resultados sobre la investigación relacionada con el funcionamiento cognitivo, autoestigma y recuperación de las personas con enfermedad mental grave, destacan que el proceso de recuperación personal está negativamente afectado por las percepciones y atribuciones que realizan los pacientes sobre sus dificultades cognitivas, el autoestigma, la presencia de síntomas positivos de la enfermedad y las dificultades relacionales.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Sánchez en el año 2019 realiza una revisión sistemática sobre las intervenciones de enfermería para reducir el estigma social en familias con personas con trastorno mental, concluyendo la presencia de escasa literatura, así como la necesidad de realizar investigaciones entendiendo a la familia como entidad particular, diferenciada del estigma social. En las intervenciones y campañas sociales encontradas cuyo objetivo es la desestigmatización se recoge que al disminuir el estigma se podría mejorar la calidad de vida y el bienestar familiar, social y personal, mejorando la adherencia al tratamiento. Además, no se encontraron evidencias de intervenciones de enfermería contra el estigma.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

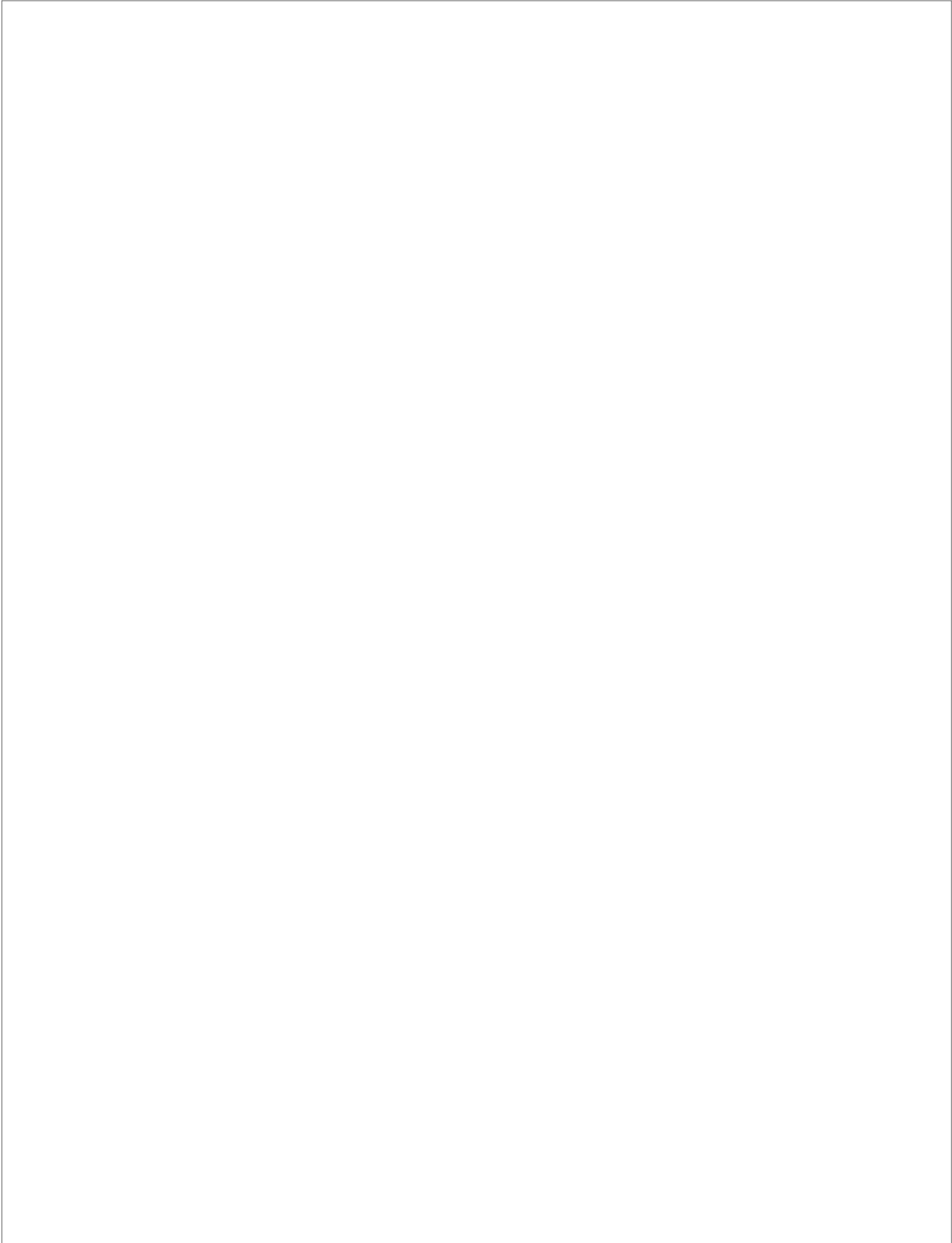
Antecedentes y acercamientos teóricos

4. CONCLUSIÓN DE LOS ASPECTOS CONCEPTUALES

Tras este acercamiento teórico nos encontramos en un gran jardín de conceptos necesarios para poder entender y concretar el objeto de estudio de esta investigación.

Esta contextualización nos permite identificar las variantes de la calidad de vida, así como algunos de los instrumentos para su medición, destacando la importancia y el peso de los aspectos subjetivos, sobre todo en relación a conceptos como el de bienestar, calidad de vida y felicidad. Sin embargo, no debemos olvidarnos de aquellos conceptos que parecen, en principio transversales, pero fundamentales, como la recuperación, la compasión y la satisfacción en la vida; además de otros como el estigma, la soledad o el perdón, que sin su presencia sería más fácil alcanzar esta anhelada felicidad.

La dificultad encontrada para la selección de un único concepto para la investigación, además de los diversos enfoques asociados a los conceptos encontrados, se ve reflejada incluso en el título de esta tesis, donde se recogen esta variedad de conceptos: felicidad, bienestar y calidad de vida, concretamente relacionada con la salud. Creemos que esta dificultad enriquece ampliamente el objetivo de esta investigación, pretendiendo no tener una visión focalizada en la calidad de vida, sino una más global sobre el bienestar y la felicidad de las personas con trastorno mental grave. Como consecuencia de este planteamiento, observamos la necesidad de una investigación mixta, con métodos cuantitativos y cualitativos, que ayuden a dar respuesta a esta perspectiva global, permitiéndonos conocer el nivel de calidad de vida subjetivo de estas personas y el significado que ellos han elaborado sobre el concepto de felicidad a partir de sus opiniones, creencias y vivencias.



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ---/--/-- --:--:--

MATERIAL Y MÉTODO

En este segundo capítulo se exponen las características de la metodología utilizada, tanto de la investigación cuantitativa como cualitativa, describiendo los objetivos, las personas participantes, los instrumentos y el proceso de la investigación.

El interés de esta investigación es explorar la percepción subjetiva de la felicidad, la calidad de vida y el bienestar de las personas con trastorno mental grave de la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de La Laguna.

La USMC de La Laguna es la unidad de salud mental comunitaria de referencia de la zona metropolitana del área norte de salud y está ubicada en el centro de salud Laguna-Universidad, en San Cristóbal de La Laguna, en la isla de Tenerife, en la Comunidad Autónoma de Canarias, España. Las unidades de salud mental (USM) son dispositivos básicos de atención especializada a la salud mental, constituyen el primer nivel de atención y coordina el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental, prestando una atención integral en régimen ambulatorio y/o domiciliario.

La realización de este estudio en la USMC de la Laguna ha sido fundamental para el acceso a la muestra, ya que es el lugar donde desarrollo mi actividad profesional, teniendo en cuenta, si me lo permiten, que haber establecido una relación terapéutica y de confianza, labrada a lo largo de los años, ha facilitado el acceso a sus opiniones y creencias sobre la felicidad, y, además, a sus vivencias y experiencias personales, que en muchas ocasiones contenían una gran carga emocional.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

5. OBJETIVOS

La investigación llevada a cabo tiene la intención de conocer la percepción subjetiva de la calidad de vida que tienen las personas encuestadas, a través de su valoración de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud por medio de las viñetas COOP/WONCA, además de su relación con otras variables de salud y clínicas. Asimismo, es de especial interés explorar el significado que tiene el concepto de felicidad para estas personas con trastorno mental grave.

La investigación cuantitativa tiene seis objetivos, que tienen como fin la descripción de las variables sociodemográficas, clínicas y CVRS, así como el análisis de las diferencias y/o asociaciones entre las mismas, a través del *Cuestionario de Valoración de la Salud y Percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de las personas con Trastorno Mental grave (C-VS-PCVRS-TMG)*. Por otro lado, la investigación cualitativa pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: *¿cuál es el significado de felicidad para las personas con trastorno mental grave?* y al séptimo objetivo general, con sus nueve objetivos específicos, a través de las 17 preguntas seleccionadas para la entrevista.

A continuación, se detallan los objetivos generales (O) y los objetivos específicos (O.E):

O 1. Describir las variables sociodemográficas, clínicas y CVRS de las personas con trastorno mental grave de la muestra de la USMC de La Laguna.

O 2. Explorar las diferencias entre las categorías del trastorno mental grave (trastornos psicóticos, trastornos afectivos y trastornos de personalidad) y el resto de las variables del cuestionario C-VS-PCVRS-TMG.

OE2.1. Analizar las diferencias y/o asociaciones entre el tipo de trastorno mental grave (trastornos psicóticos, trastornos afectivos y trastornos de personalidad) y las variables de las características sociodemográficas.

Material y método

OE2.2. Analizar las diferencias y/o asociaciones entre el tipo de trastorno mental grave (trastornos psicóticos, trastornos afectivos y trastornos de personalidad) y las variables relacionadas con datos clínicos.

OE2.3. Analizar las diferencias y/o asociaciones entre el tipo de trastorno mental grave (trastornos psicóticos, trastornos afectivos y trastornos de personalidad) y las valoraciones de la percepción de calidad de vida en las láminas COOP/WONCA.

OE2.4. Analizar las diferencias y/o asociaciones entre el tipo de trastorno mental grave (trastornos psicóticos, trastornos afectivos y trastornos de personalidad) y las etiquetas diagnósticas de enfermería de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC.

O 3. Analizar las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y su asociación con el resto de las variables sociodemográficas y clínicas.

O 4. Describir la prevalencia de las etiquetas diagnósticas de enfermería de NANDA-I y las intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y analizar su asociación con el resto de las variables sociodemográficas, clínicas y de CVRS.

O 5. Analizar las diferencias y/o asociaciones entre las variables sociodemográficas y clínicas.

O 6. Relacionar las puntuaciones sobre la percepción de calidad de vida en las láminas COOP/WONCA y el estado de felicidad o infelicidad referida por el grupo de personas que realizaron las entrevistas de la investigación cualitativa.

O 7. Descubrir el significado de felicidad de las personas entrevistadas con trastorno mental grave de la USMC de La Laguna.

OE7.1. Conocer el significado de felicidad.

OE7.2. Categorizar experiencias relacionadas con la felicidad.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

OE7.3. Identificar qué eventos vitales provocaron un cambio en el estado de felicidad.

OE7.4. Definir las estrategias personales, deseadas o intentadas, para alcanzar la felicidad.

OE7.5. Explorar qué esperan de la sociedad para que mejore su felicidad.

OE7.6. Valorar si consideran que la presencia de enfermedad es un indicador de infelicidad.

OE7.7. Indagar el efecto de la enfermedad mental en sus vidas.

OE7.8. Conocer la percepción de rechazo social ante la enfermedad mental y las estrategias utilizadas contra el estigma.

OE7.9. Determinar la presencia del estigma en los recursos de la red de salud mental.

6. DISEÑO DEL ESTUDIO

6.1. Método

Esta investigación mixta utiliza métodos cuantitativos y cualitativos que ofrecen una mayor comprensión de este complejo estudio. En la investigación cuantitativa se utilizó un método observacional, descriptivo y transversal, a través del *Cuestionario de Valoración de la Salud y Percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de las personas con Trastorno Mental grave* (C-VS-PCVRS-TMG) elaborado para esta investigación y las viñetas COOP/WONCA seleccionadas por su formato gráfico que facilita su cumplimentación y cuyas puntuaciones se recogen en los 10 últimos ítems del cuestionario (Lizán y Reig, 1999; Serrano-Gallardo et al., 2009).

Dentro de la investigación cualitativa, partiendo de una perspectiva de análisis constructivista y fenomenológico interpretativo, a través de un muestreo intencional y por conveniencia en el que se seleccionaron los participantes. Se utilizan métodos complementarios, con enfoques epistemológicos similares, en el que los datos se recogieron a través de diferentes métodos: un grupo focal, entrevistas individuales y observaciones recogidas en el diario de campo, lo que proporciona datos paralelos y permite realizar la triangulación (véase [Figura 1](#)), “para crear una interpretación única, válida y precisa” (Gibbs, 2012, p. 128). Según Rosaline Barbour (2013) “la investigación cualitativa florece analíticamente con las diferencias y las discrepancias. Centrándonos en ellas es cómo podemos beneficiarnos más de la comparación de datos conjuntos paralelos” (p. 76).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

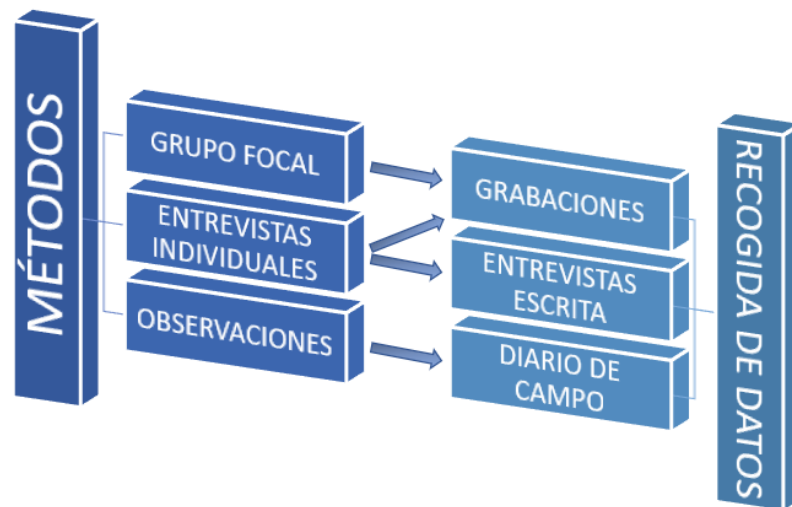


Figura 1. Triangulación de métodos y recogida de datos

Asimismo, como plantea Flick (2015) la combinación con otro método cuantitativo puede ser enriquecedor para el estudio.

Rosaline Barbour, en el año 2007, publica el libro *“Doing focus group”*, sin embargo, en el año 2013, se traduce dicho libro bajo el título *“Los grupos de discusión en investigación cualitativa”*, creando así la confusión a la hora de definir qué tipo de instrumento fue utilizado para esta investigación. Atendiendo a las definiciones traducidas, encontramos que, según Rosaline Barbour (2013), “un uso popular particular de los grupos de discusión en la investigación en los servicios sanitarios ha sido proporcionar un acceso sencillo a las perspectivas de un grupo específico de personas, con frecuencia aquellas cuyas voces no se han escuchado” (p. 47). Además, propone que “cualquier debate de grupo se puede denominar grupo de discusión en la medida que el investigador estimule activamente la interacción del grupo y esté atento a ella” (Barbour, 2013, p. 25). Teniendo en cuenta lo confuso del término, debemos señalar que el término anglosajón usado es *“focus group”*, mientras que en el ámbito investigador español, se utiliza el término grupo de discusión en ocasiones como sinónimo de

Material y método

grupo focal, y en otras, como una entidad independiente, aunque en el análisis realizado por Gutiérrez (2011) se expone que:

En definitiva, el grupo de discusión es y ha sido desde el principio una técnica radicalmente distinta al focus group, si bien el aspecto sustantivo de dicha distinción se debe a una particular forma de entender la dinámica grupal más allá del dato, es decir, como un sistemático trabajo de interpretación sobre las resistencias que sofocan e impiden la emergencia del discurso social. (p. 119)

Por lo tanto, centrándonos en estas cuestiones metodológicas, se puede considerar que se ha realizado un grupo focal, teniendo en cuenta que se siguió un guion con las preguntas de la entrevista grupal, establecido previamente, siendo las respuestas fruto de la interacción entre los participantes, y no centrada en el análisis de la interacción, sino en la búsqueda del significado de felicidad particular, a través de las opiniones, creencias y expectativas que tienen las personas con TMG acerca de la felicidad.

6.2. Descripción de la población

Según los datos de la encuesta de población en Canarias, realizada en el año 2019 por el Instituto Canario de Estadística, la población de la isla de Tenerife ascendía a 917.841 habitantes, siendo la población de La Laguna 157.503, atendiendo 4 zonas básicas de salud (Mercedes, Laguna (Universidad), Tegueste-Tejina y el Rosario-Geneto), con una población adscrita de 100.903 usuarios.

6.2.1. Descripción de la muestra

Para su inclusión en el estudio, los participantes debían ser mayores de edad, con diagnóstico de TMG, en seguimiento en la USMC de La Laguna. La participación en el estudio debía ser aceptada voluntariamente, debiendo firmar el consentimiento informado antes de la administración de los cuestionarios y la realización de la entrevista. Todos los datos recogidos

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

respetan el anonimato de quien respondió, estando guardados por el secreto profesional y respetando la Ley de Protección de Datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

Se establecieron los siguientes criterios de exclusión: descompensación psicopatológica, deterioro cognitivo grave, estar tutorizados y/o presentar retraso mental moderado o grave.

6.2.1.1. Descripción de las/os participantes de la investigación cuantitativa

Para el cálculo de la población objeto de estudio, se realizó el recuento de pacientes de las dos consultas de enfermería, seleccionando a aquellos que estaban en seguimiento, con TMG y que al menos hubieran tenido un mínimo de 4 consultas de enfermería al año en la USMC de La Laguna, obteniendo finalmente un resultado de 200 usuarios.

Entre las dificultades de acceso a la población objeto de estudio se encuentran las personas que no quisieron participar y los casos que han salido de la red de salud mental por los siguientes motivos: ingresos de larga estancia, abandono del tratamiento y/o seguimiento, fallecimiento, ingreso en recintos penitenciarios, atención domiciliaria, cambios de USM y presencia de otras patologías graves.

La muestra final está compuesta por 132 personas, de las cuales el 40.2% son mujeres, y el 59.8% son hombres, con edades comprendidas entre 19 y 69 años, con una media de 48.18 (DT 11.7); el 68.9% de los encuestados eran solteras/os, el 17.4% estaban separadas/os o divorciadas/os y solo un 13.7% convivía con pareja o estaba casada/o, además, el 72% no tenían hijas/os (véase [Tabla 2](#)).

Material y método

Tabla 2

Características sociodemográficas

Variables sociodemográficas		N	%
Género	Mujer	53	40.2
	Hombre	79	59.8
Edad	Menor de 25 años	5	3.8
	Entre 25 a 65 años	122	92.4
	Mayor de 65 años	5	3.8
Estado civil	Soltera/o	91	68.9
	Casada/o	15	11.4
	Convive en pareja	3	2.3
	Separada/o y/o divorciada/o	23	17.4
Nivel educativo	Sabe leer y escribir	12	9.1
	Estudios primarios	60	45.5
	Estudios secundarios/FP/Ciclos formativos	43	32.6
	Estudios universitarios	17	12.9
Situación laboral actual	Trabaja	13	9.8
	Estudiante	2	1.5
	Jubilación	8	6.1
	Incapacitación laboral	91	68.9
	Ocasional/espórádico	2	1.5
	Desempleo	16	12.1
Situación económica	Ingresos por actividad laboral	12	9.1
	Recibe prestación económica	106	80.3
	No recibe prestación económica	9	6.8
	Otros	5	3.8

En cuanto al nivel de estudios, podemos observar que en la muestra no hay personas analfabetas, probablemente se deba a que la población pertenece a un ámbito urbano, solo el 9.1% sabía leer y escribir, el 45.5% tenían estudios primarios, el 32.6% tenían estudios secundarios (FP, ciclos formativos), destacando que el 12.9% tenían estudios universitarios finalizados (véase [Tabla 2](#)).

En el momento de la encuesta aproximadamente el 70% de los encuestados estaban incapacitados laboralmente (certificación EVO), solo el 11.3% trabajaba (actual o esporádicamente), un 1.5% eran estudiantes, el 6.1% estaban jubiladas/os y el 12.1% desempleadas/os (véase [Tabla 2](#)). Es importante destacar que el 81.1% de la muestra comentó que había trabajado, y el 18.9% que no había trabajado nunca (véase [Tabla 13](#)).

Los tipos de trabajo se agruparon en cuatro categorías incluyendo en cada una las siguientes actividades: “Trabajos sin especialización” (Dependiente/e, Limpieza, Hostelería,

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Actividad agraria, Mozo de almacén, Seguridad, Construcción, Socorrista); “Trabajos con especialización” (Administrativa/o, Oficios, Técnica/o); “Profesión con estudios universitarios”; y “no ha trabajado”. Solo el 27.2% de las personas han desempeñado trabajos que precisan especialización técnica o universitaria, mientras que aproximadamente el 54% ha accedido a puestos laborales sin especialización (véase [Tabla 13](#)).

En el análisis de la situación económica, se observa que el 80.3% recibía una prestación económica por discapacidad, únicamente el 9.1% tenía ingresos por actividad laboral y no recibía ningún tipo de prestación económica el 6.8%. Según el tipo de prestaciones que reciben se han elaborado las siguientes categorías, en función de la cuantía de los ingresos mensuales recibidos, especificando que: las prestaciones sociales mínimas hacen referencia a menos de 400 euros al mes, correspondiendo con el 46.2% de la muestra; otras prestaciones representan ingresos entre 401 euros y 735€, recibéndolas un 22.7%; mientras que un 6.8% tenían ingresos entre 736 y 999 euros; y por último, el 12.1% tiene ingresos superiores a 1000 euros (véase [Tabla 14](#)).

6.2.1.2. Descripción de las/os participantes de la investigación cualitativa

En el muestro se han tenido en cuenta los mismos criterios de inclusión y exclusión para los participantes, ser mayor de edad, con diagnóstico de TMG, en seguimiento en la USMC de La Laguna y aceptar voluntariamente su participación, firmando el consentimiento informado para la realización de la entrevista. Se excluyeron aquellos que presentaban descompensación psicopatológica, deterioro cognitivo grave, retraso mental moderado o grave y los que estaban tutorizados.

6.2.1.2.1. Grupo focal

Para comprobar la adecuación de las preguntas de la entrevista se realizó una entrevista piloto a uno de los usuarios que cumplía los criterios de inclusión, identificado como P0.0 (véase [Tabla 4](#)).

El grupo focal lo constituyeron 5 personas, además de la entrevistadora-moderadora y con la participación de una observadora (residente de enfermería de salud mental). La duración de la entrevista grupal fue de 90 minutos, con previa firma del consentimiento informado y aceptación de ser grabados en audio para la transcripción posterior de la misma. El grupo focal lo constituyeron 4 mujeres con edades de 35, 62, 69 y 52 años y un hombre de 42 años, con los siguientes diagnósticos: depresión mayor, trastorno de ideas delirantes, trastorno por inestabilidad de la personalidad y esquizofrenia (véase [Tabla 3](#)).

Tabla 3

Perfil de los participantes del grupo focal

Identificación	Sexo	Edad	Trastorno Mental grave
P0.1	Mujer	69	T. Depresivo
P0.2	Mujer	62	T. Ideas delirantes
P0.3	Mujer	35	T. Ideas delirantes
P0.4	Hombre	42	T. Inestabilidad de la personalidad
P0.5	Mujer	52	T. Inestabilidad de la personalidad

A continuación, se presentan los participantes del grupo focal de este estudio. Quisiera aclarar que se han usado nombres metafóricos para cada uno de los participantes, así como una breve narrativa, en algunos casos sobre su historia personal condensada y en otros con anécdotas que han querido compartir.

“Las vecinas” ¿Esperanza sobre su recuperación? Duda, “Yo no puedo”, dice. “Me asomo a la ventana a vigilar a mis vecinas y se dan cuenta que las vigilo, me escondo detrás de las cortinas, pero no puedo dejar de hacerlo”. Estando mal, fue capaz de coger un taxi hasta el Sur de la isla, ella sola con su perrita, para acompañar a su hija que la necesitaba.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

“Alegría” Soltera, vive sola tras el fallecimiento de sus padres. Acude a un centro de mayores, aunque es muy joven para estar allí. Trabajó en el ayuntamiento y fue una de las etapas más felices de su vida, aún sigue visitándolos. Ahora, tras el ictus, tiene el apoyo del centro donde hace zumba y tiene a todos los “viejos locos”, baila a Pepe Benavente, se disfrazaron de cangrejos en carnavales y no para de reírse. Cada día se encuentra mejor y ya le han comunicado que le retiran el servicio de atención a domicilio del ayuntamiento, además, ya hace sola la comida, mejor que la cuidadora, ya le sabe y le sale la paella como la hacía su madre...

“Enredada en las redes” Soltera, vive con su madre y sus dos hermanas. En seguimiento en la USM, con incapacidad laboral absoluta actualmente, “es lo que nos ha tocado, somos pobres”. Desde los 16 años trabajando, sin finalizar segundo de la ESO. Todo comienza a ir mal cuando cambia de puesto y se enamora en el trabajo. Le gusta editar series en internet, pero al tiempo, hasta en las redes sociales todo el mundo hablaba de ella. Apagó el ordenador y el móvil, y se escondió en su habitación. Hace un mes comenzó con un curso de formación y este puede ser el reinicio de su vida.

P.D.: noviembre 2020, no solo realizó varios cursos de formación, sino que, además, ya le han renovado el contrato y gana más que antes. Ahora solo falta que vuelva a querer salir con...

“¿Y por qué no?” El suicidio de su hermano le señaló el camino. Desde que está enfermo, hace solo 5 años, rompió con su vida, dejó de trabajar, de disfrutar, de viajar... de vivir, sumido en el mar de los tranquilizantes, solo buscaba liberarse o aliviar tanto sufrimiento, con cortes, pastillas, intentos de ahorcamientos... Su autodestrucción, sin final, le llevó a necesitar la ayuda de su madre de 80 años para ponerse los calcetines. Pero todo comenzó a cambiar.

Material y método

“La cuidadora” Solo recuerda sufrimiento y vergüenza desde que era muy chiquitita. Creyó que al casarse encontraría la libertad, pero duró los años de la infancia de sus hijos y después comenzaron las visitas al servicio de urgencias para hacerle lavados de estómago y beber a escondidas. Sin recursos no puede huir y mira que lo ha intentado. Nadie le cree y al final como dice mi madre "mi deber y destino es ayudar a los demás".

P.D.: noviembre 2020, lleva un año trabajando para cotizar el tiempo que le falta, sus hijos ya finalizaron los estudios, su madre falleció y espera que todo cambie.

6.2.1.2.2. Entrevistas individuales

Los participantes son personas mayores de 18 años, que realizan el seguimiento en las consultas de enfermería de la unidad de salud mental por patología mental grave, teniendo en cuenta criterios de diversidad de edad, sexo y tipo de trastorno mental. Al ser usuarios frecuentes de la consulta, se les invitaba a la participación y colaboración, garantizando la confidencialidad, anonimato y solicitando el permiso para la grabación de voz de la entrevista. Una vez obtenido el consentimiento informado de los participantes, en el que se les explicaba con mayor detalle el estudio y se confirmaba su deseo de participar, se procedía a la realización de la entrevista (véase [Tabla 4](#)).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Tabla 4

Perfil de los participantes de la entrevista individual

Identificación	Sexo	Edad	Trastorno mental grave
P0.0	Hombre	47	Esquizofrenia
P1.1	Mujer	36	T. Inestabilidad de la personalidad
P1.2	Hombre	43	T. Bipolar
P1.3	Hombre	58	Esquizofrenia paranoide
P1.4	Mujer	40	T. Bipolar
P1.5	Hombre	20	Episodio psicótico
P1.6	Hombre	56	T. Bipolar
P1.7	Mujer	57	Esquizofrenia
P1.8	Hombre	56	Esquizofrenia paranoide
P1.9	Hombre	62	T. Personalidad
P1.10	Hombre	44	Esquizofrenia
P1.11	Mujer	60	T. Ideas delirantes
P1.12	Mujer	37	Esquizofrenia
P1.13	Mujer	52	Esquizofrenia paranoide
P1.14	Mujer	26	Esquizofrenia
P1.15	Mujer	22	T. Inestabilidad de la personalidad

A continuación, se presentan los participantes de las entrevistas individuales de este estudio. Quisiera aclarar que, al igual que en el grupo focal, se han usado nombres metafóricos para cada uno de los participantes, así como microcuentos de sus historias personales.

“A pesar de todo, merece la pena” Soltero. Lleva más de la mitad de su vida acompañado por la esquizofrenia, "soy un pesado, pero tengo que repetir lo que digo porque si no, no sale de mi cabeza ". Aún recuerda cuando trabajaba y hacía las pizzas con forma de corazón en San Valentín. Le gusta la gente y los chistes, pero ya ha olvidado cómo contarlos, aunque está empezando a hacer teatro y danzaterapia, se va soltando. Se ríe y disfruta los momentos que comparte.

“Supervivencia” Su cuerpo tatuado intenta ocultar todas las cicatrices de sus autolesiones, sus brazos y piernas completos están llenos de dibujos de colores. Ha hecho de todo para que alguien la quiera. Escribe maravillosamente, se enamora, y sigue enamorándose al cien por cien, pero nadie lo ha hecho con ella. Ha viajado mucho y ha vivido más... e incluso vivió en la calle y en el albergue municipal. “Nunca en mi vida he sido feliz, y todos los días recuerdo lo que pasó y tú, madre, no me ayudaste, me diste una torta y me dijiste que me

Material y método

callara”. “Estoy vacía, solo mis perros me han hecho feliz y los tuve que abandonar porque no los podía cuidar”.

P.D.: noviembre 2020, es la cuidadora de su madre que está enferma y es dependiente.

P.P.D.: febrero 2021, la cuidó hasta el último día, recuperó a sus hermanos y ahora tiene que preparar los exámenes finales.

“La cabra” Consumo habitual de drogas. Vivió durante meses con una cuerda preparada para ahorcarse, colgada de una viga de madera. Todas las noches pensaba hacerlo, se la puso varias veces en su cuello, el alcoholismo lo había derrotado, pero le salvó la mirada de su cabra más vieja, Candelaria. Además, comienza su despertar espiritual el 10 de mayo de 2015, tras acudir a Alcohólicos Anónimos y es en plena abstinencia, cuando encuentra el sentido de su existencia y la motivación para no volver a estar ebrio y beber 8 litros de vino diarios. “En ese estado solo habla el charlatán, no el profeta” me decía, quiere demostrar que se puede dejar de ser dependiente del alcohol y ayudar a otros como él. No desea nada, lo tiene todo, una casa, su familia, sus cabras, su pensión “si cobrara más, estaría enganchado”.

P.D.: noviembre 2020, está pendiente de pedirle la mano a su mejor amiga (ella se lo pidió primero y se asustó).

“Y todo lo que tendría si no fuera por...” Peluquero hasta el día que tuvo su primer episodio de confusión trabajando y no sabía quién era y que hacía con unas tijeras en sus manos. Tiene 3 hijos que no ve desde hace mucho tiempo. Su madre y hermanos no quieren saber nada de él. Actualmente duerme en un cajero porque le agredieron en la casa donde vivía, ha solicitado ayuda a los servicios sociales y en eso andamos. Le gusta mucho la ropa y cree que la gente es buena.

“Sin norte” Estudió turismo, habla varios idiomas y era azafata de vuelo hasta los 30 y pico. Natural de una isla chica, rodeada de hermanos con estudios y éxito, piensa que ha decepcionado a su familia y que no la entienden a pesar de los años que lleva. Sus proyectos

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

vitales se truncaron tras el diagnóstico, boda, hijos, trabajo... Sus idas y venidas, así como el seguimiento errático de los tratamientos al principio, la mantuvo durante años sin estabilidad, hasta que llega la discapacidad y vuelta al hogar familiar en una isla chica.

“Mi niño” Hasta cuarto de la ESO era feliz, pero en bachillerato se sintió solo, sus amigos se fueron, fueron dos años muy duros, sin entender qué sucedía con los demás. Aprobó la EBAU, pero ya no era él. Hizo un episodio psicótico del que no recuerda nada. Ahora ha vuelto a encontrarse y reconducir sus estudios, quiere ser ilustrador. Sus amigos han vuelto, lo aceptan y lo quieren tal y como es.

“Sin complejos” Se come el mundo y es el más chulo de todos, “¿es la bipolaridad?” se pregunta, “pero gracias a ella he sobrevivido en la calle”. Trabajó, se casó, tuvo hijas y a los 30 lo perdió todo, amigos, drogas, vivir aquí o allá, comedores sociales y ahora esperando que los políticos cumplan sus promesas y suban las pensiones.

“El Quitapenas” Su risa y buen humor lo contagia todo, vive con su hermana y tiene UNA hija. Estas dos hermanas se hacen compañía. Le encanta pintarse y tomarse un cortadito. Hace lo que quiere, sale cuando le apetece y tiene en vilo a su hermana, ella es feliz.

“Tatuajes” Triste y solitario, su último tatuaje es un pájaro de colores en una jaula. Ha vivido en centros residenciales de salud mental desde hace muchos años, ha tenido varias relaciones largas y no puede con la soledad. Su cara refleja sufrimiento y tristeza, ya no es cuestión de fármacos. "La vida es lo que es y las ilusiones son las que son, el reloj que me regaló mi hermana por sorpresa o el arroz a la cubana los lunes en el piso; las conversaciones con mis compañeros son locas y vacías, son autoconversaciones y a esperar a que acabe el día, los miércoles me voy a ver a mi Conchita al Sur, no podemos estar juntos, necesitamos que nos cuiden. Todos los miércoles bajo a verla y nos sentamos en la plaza, charlamos, vamos a tomarnos algo, nos sentimos bien y vuelta a La Laguna..."

Material y método

“Silencio” La música es su pasión y es un pianista que toca con los mejores. Todo se truncó hace 5 o 6 años, un ERE, acabó con todo, el éxito profesional, económico, una separación, una ruptura familiar, fallecimiento de sus padres y el cuerpo se reveló y su cabeza también. Tras múltiples intentos de suicidio, ha aceptado su soledad y ya solo vive momentos sin esperanza.

“Los médicos” Vive feliz cerca de la playa con su pareja y su familia, le encanta irse de hotel. No tiene problemas con nadie, es campechano y disfruta lo que viene. Evita los médicos, porque son los que nos enferman.

“Amigos invisibles” “Mis vecinos no dejan de rayarme los muebles, y hasta el barniz de un espejo lo han quitado”. “Cambio las cerraduras, pero en la cerrajería les dan las copias a mis vecinos”. “Llevo una vida tranquila, ahora me encantan las clases de calado, también hice punto de cruz”. “He sufrido mucho y me doy cuenta de lo importante que es vivir la vida, estoy atravesando un buen momento”.

“Poco a poco” Huyó de su país en busca de trabajo y vivió en varias ciudades del Mediterráneo, hasta llegar a Tenerife. Es intérprete y traductora Y trabaja en un centro comercial. Tiene dos hijos, y en estos años ha conseguido traer a su familia, madre y hermanas a Tenerife. Sensible, solidaria, ecologista, amante de la naturaleza. “Creo que todo llega cuando tiene que llegar, poco a poco, cariño”.

“Las pelotas” Trabaja en un organismo público en la limpieza desde hace más de 20 años, vive sola rodeada de fincas, aunque “le aprietan pelotas sus vecinos” y solo le acompañan los gatos. Tuvo un novio y estuvo a punto de casarse. Ahora lo único que quiere es no estar sola, pero al mismo tiempo es incapaz de vivir con otras personas.

P.D.: mayo 2021, aceptó vivir en un centro residencial y ya no quiere volver a su casa.

“Esperando su príncipe azul” Cree en el amor y espera que aparezca su príncipe azul. Desde chiquitita ha vivido con su madre esquizofrénica y con su padre, y a los 16 recuerda que

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

comenzó a oír voces, ahora le acompañan, pero no les hace caso. Su familia la ha tratado siempre como una niña. Casi nadie apostaba por ella, incluso hasta algunos profesionales. Finalizó en mayo un ciclo de cocina y le han ofrecido trabajo.

“Sin rumbo” desde los 8 años en seguimiento en la unidad infanto juvenil, con ingresos involuntarios en psiquiatría, cuando tuvo un poco de lucidez, tras dejar de estar drogada por los medicamentos prescritos, inicia un viaje sin rumbo con muchas paradas, pero sin encontrar lo que buscaba, porque la solución no está en los demás, está en ella. Le gusta la danza y esa es su mejor manera de comunicarse.

6.3. Instrumentos

6.3.1. Instrumentos de la investigación cuantitativa

6.3.1.1. Cuestionario C-VS-PCVRS-TMG

El *Cuestionario de Valoración de la Salud y Percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de las personas con Trastorno Mental grave (C-VS-PCVRS-TMG)* (véase [Anexo 1](#)), es una prueba *Ad hoc*, de elaboración propia, establecida como instrumento adecuado para el objeto de la investigación, recogiendo información según tres grupos de variables denominados: 1) variables sociodemográficas, 2) datos clínicos y 3) puntuaciones de las Viñetas COOP/WONCA. Complimentado siempre y cuando fuese aceptada su colaboración voluntaria, con previa firma del consentimiento informado creado para el estudio (véase [Anexo 2](#)), además, garantizando el anonimato. El cuestionario fue elaborado con la aplicación de formularios de Google, consta de 48 ítems, de los cuales, del 2 al 16 son los datos sociodemográficos (edad; sexo; estado civil; hijas/os; convivencia y número de personas que conviven; apoyo principal; nivel de estudios; situación laboral; y situación económica); del 17 al 38 son datos clínicos (número de visitas USMC en el último año, enfermería y psiquiatría; recursos asistenciales; hábitos de vida no saludables; diagnóstico TMG; edad de inicio de la

Material y método

enfermedad; hospitalizaciones; último ingreso; visita a urgencias; problemas de salud; tratamientos; diagnósticos de enfermería NANDA-I; intervenciones de enfermería NIC; efectos adversos; y consumo de sustancias psicoactivas), y del 39 al 48 recoge las puntuaciones de las 10 viñetas COOP/WONCA.

6.3.1.1.1. Variables

A continuación, se presentan los ítems utilizados en este cuestionario, así como las recategorizaciones de las variables en el SPSS para su posterior análisis.

- Código de identificación del sujeto [Código]. Variable nominal en la que se asigna un código numérico a cada sujeto del estudio.
- Número de visitas USMC en el último año (enfermería y psiquiatría). Se han recogido los datos relacionados con:
 - Sumatorio visitas USMC [SumatorioVisitas]. Variable de escala.
 - Visitas anuales a la consulta de psiquiatría USMC en el último año [Visitas_USMCpsiquiatría]. Variable de escala.
 - Visitas anuales a la consulta de enfermería USMC en el último año [VisitasUSMCEnf]. Variable de escala.
 - Visitas anuales a la consulta de enfermería USMC (3 categorías) [VisitEnf_Bloques_USMC]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Menos de 12”; 2= “Entre 13 y 27”; y 3= “Más de 28”.
- Edad [Edad]. Variable de escala. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó en:
 - Edad por grupos [Edad por grupos]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Menor de 25 años”; 2= “Entre 25 y 65 años”; y 3= “Mayor de 65 años”.
 - Grupos_Edad2categ [Edad por grupos]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Menor de 25 años”; y 2= “25 años o más”.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Sexo [Sexo]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Mujer”; y 2= “Hombre”.
- Estado civil [Estadocivil]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Soltera/o”; 2= “Casada/o”; 3= “Convive pareja”; 4= “Separada/o y/o Divorciada/o”; 5= “Viuda/o”; y 6= “Otros”. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó en:
 - Estado civil [Estadocivil_2categ]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Soltera/o”; y 2= “casada/o-conviviente-separada/o-divorciada/o-viuda/o”.
- Número de hijos [Hijos]. Variable de escala. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó en:
 - Tiene hijas/os [Hijos_2categ]. 0= “No”; y 1= “Sí”.
- Convivencia [Convivencia]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Familia”; 2= “Piso tutelado”; 3= “Residencia de salud mental”; 4= “Residencia de mayores”; 5= “Sola/o”; 6= “Sin domicilio”; 7= “Otros”. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó en:
 - Convivencia: sola/o sin domicilio y resto [Convivencia_2categ]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Sola/o Estado civil sin domicilio”; y 2= “En familia, en piso tutelado, en residencias u otros recursos”.
- Número de personas que viven en el domicilio [Habitantes]. Variable de escala. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó en:
 - Conviven 1 o más de una persona [Habitantes_2categ]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Vive sola/o”; y 2= “Vive con alguien”.
- Apoyo sociofamiliar [Apoyo] / Apoyo principal [Apoyo]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Madre”; 2= “Padre”; 3= “Hijas/os”; 4= “Hermanas/os”; 5= “Pareja/Cónyuge”; 6= “Varios familiares”; 7= “Vecinas/os”; 8= “Amigas/os”; y 9= “Ninguno”. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó en:

Material y método

- ¿Tiene apoyo de alguna persona? [Apoyo_2categ]. 0= “No”; y 1= “Sí”.
- Apoyo principal de los padres y madres o de otros [Apoyopadres2_categ]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Apoyo padres y madres”; 2= “Apoyo de otros”; y 9= “Perdidos”.
- Apoyo principal de pareja y cónyuges o de otros [Apoyoparejaconyuge_2categ]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Apoyo pareja y cónyuges”; 2= “Apoyo de otros”; y 9= “Perdidos”.
- Apoyo principal varios familiares [Apoyofamilires_2categ]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Apoyo de varios familiares”; 2= “Apoyo de otros”; y 9= “Perdidos”.
- Nivel de estudios [Estudios]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Persona analfabeta”; 2= “Sabe leer y escribir”; 3= “Estudios primarios”; 4= “Estudios secundarios/FP/Ciclos formativos”; 6= “Estudios universitarios”. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó en:
 - Nivel de estudios 2 categorías sin estudios o primarios y secundarios o universitarios [Estudios_2categprimariosotros]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Sin estudios o primarios”; y 2= “Estudios secundarios o estudios universitarios”.
 - Nivel de estudios [Estudios_Dicot_univ]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “No universitarios”; 2= “Estudios universitarios”.
 - Nivel de estudios 2 categorías sabe leer y escribir o tiene estudios [Estudios_2categ_sabeleery]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Sabe leer y escribir”; y 2= “Tiene estudios primarios, secundarios o universitarios”.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Situación laboral actual [S_Laboral]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Trabaja”; 2= “Estudiante”; 3= “Jubilación”; 4= “Incapacitación laboral”; 5= “Ocasional/Esporádico”; y 6= “Desempleo”. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó en:
 - ¿Trabaja? [S_laboral_Trabaja_o_no]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Trabaja”; y 2= “No trabaja”.
- ¿Ha trabajado? [Trabajó]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 0= “No”; y 1= “Sí”.
- Tipos de trabajo [Trabajos]. Variable nominal. Sin valores asignados. Las respuestas obtenidas fueron recategorizadas, siendo los valores asignados:
 - Grupos de los trabajos [GruposTrabajos]. Variable nominal. Sin valores asignados. (*Técnica/o, Profesión con estudios universitarios; Técnica/o, Oficio; Técnica/o, Seguridad, Mozo de almacén, Construcción; Seguridad, Hostelería; Profesión con estudios universitarios; Oficio, Mozo de almacén; Oficio, Construcción; Oficio; Mozo de almacén; Limpieza, Socorrista, Mozo de almacén; Limpieza, Oficio; Limpieza, Hostelería, Dependienta/e; Limpieza; Hostelería, Seguridad; Hostelería, Mozo de almacén; Hostelería, Limpieza, Actividad agraria; Hostelería, Limpieza; Hostelería, Construcción; Hostelería, Actividad Agraria; Hostelería; Dependiente/a, Construcción; Dependienta/e, Oficio; Dependienta/e, Hostelería, Limpieza; Dependienta/e, Construcción; Dependienta/e, Administrativa/o; Dependienta/e; Construcción, Dependienta/e; Construcción, Actividad agraria; Construcción; Administrativa/o; Actividad agraria, Dependienta/e; Actividad agraria, Construcción; Actividad agraria*).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Material y método

- Categorías Trabajos [Cat_Trab]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Trabajos sin especialización”; 2= “Trabajos con especialización”; 3= “Profesión con estudios universitarios”; 4= “No ha trabajado”.
- Trabajos 2 categorías: sin especialización y con especialización [Cat_Trab2sinespecial]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Trabajos sin especialización”; 2= “Trabajos con especialización”; y 9= “Perdidos”.
- Trabajos 2 categorías: con menos especialización y con estudios universitarios [Cat_Trab2univ]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Con menos especialización”; 2= “Con estudios universitarios”; y 9= “Perdidos”.
- Situación económica [Sit_Económic]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Ingresos por actividad laboral”; 2= “Recibe prestación económica”; 3= “No recibe prestación económica”; 4= “Otros”.
- Cuantía ingreso individual [Ingresos]. Variable escala. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó en:
 - Categorías Ingresos [Grupo_Ingresos]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Sin ingresos”; 2= “Menor de 400 euros”; 3= “Entre 401 euros y 735 euros”; 4= “Entre 736 euros y 999 euros”; y 5= “Superiores a 1000 euros”.
 - ¿Tiene ingresos? [Ingresos_económicos_si_no]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Sin ingresos”; y 2= “Con ingresos”.
 - Ingresos en 2 categorías: sin ingresos o menos de 400 euros y más de 400 euros [Ingresos_económicos_400]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Sin ingresos o menores de 400 euros”; 2= “Con ingresos mayores de 401 euros”.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Ingresos menores del salario mínimo interprofesional [Ingresos_económicos_735].
Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Sin ingresos o ingresos menores de 735 euros”; 2= “Ingresos mayores de 736 euros”.
- Ingresos superiores a 1000 euros [Ingresos_económicos1000]. Variable nominal.
Los valores asignados fueron: 1= “Sin ingresos o con ingresos menores de 1000 euros”; 2= “Con ingresos iguales o mayores de 1000 euros”.
- Uso de recursos asistenciales [Recursos]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “CRPS”; 2= “Centros de Día”; 3= “Atención del ECA”; 4= “Talleres ocupacionales”; 5= “Asociaciones de familiares”; 6= “Formación/Empleo”; 7= “Varios”; y 8= “Ninguno”.
Para un análisis más específico, la variable se recategorizó, obteniendo por cada respuesta una nueva variable nominal, con valores asignados de: 0= “No”; y 1= “Sí”, para cada una:
 - Uso de recursos asistenciales [Recursos_sí_no]
 - CRPS [R_CRPS]
 - Centro de Día [R_CD]
 - Equipo Comunitario Asertivo [R_ECA]
 - Talleres ocupacionales [R_taller]
 - Asociación de familiares [R_asocfam]
 - Formación y Empleo [R_formaempleo]
- Hábitos de vida no saludables [Hábitos]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Tabaco”; 2= “Consumo de alcohol”; 3= “Consumo de otras sustancias psicoactivas”; 4= “No realizar ejercicio físico”; 5= “Consumo de café >3 al día”; 6= “Consumo de azúcares (refrescos, bollería, golosinas...)”; 7= “Sueño < de 6 horas”; 8= “Varios”; 9= “Ninguno”. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó, obteniendo por cada respuesta una nueva variable nominal, con valores asignados de: 0= “No”; y 1= “Sí”, para cada una:

Material y método

- Consumo de tabaco [Hab_tabac]
- Consumo de alcohol [Hab_OH]
- Consumo de drogas [Hab_drugs]
- No realización de ejercicio físico habitual [Hab_ejerfis]
- Consumo de café (>3 al día) [Hab_cafe]
- Consumo productos ricos en azúcares [Hab_azuc]
- Horas de sueño < 6 horas [Hab_sueño]
- Además, se realizó un sumatorio de los diferentes hábitos no saludables. Total, de hábitos no saludables [Sumatorio_hábitosdevida] Variable de Escala.
- Diagnóstico TMG [TMG]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes...”; 2= “Trastorno afectivo (T. Bipolar y T. Depresivo)”; 3= “Trastorno de la personalidad”. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó, obteniendo por cada respuesta una nueva variable nominal, con valores asignados de: 0= “No”; y 1= “Sí”, para cada una:
 - Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno de ideas delirantes... [TMG_psicot]
 - Trastornos afectivos (trastorno bipolar, depresión mayor, distimia...) [TMG_afectiv]
 - Trastorno de personalidad [TMG_TP]
- Edad de inicio de la enfermedad [Inicio_Enferm]. Variable escala. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó en:
 - Inicio de la enfermedad según grupos de edad 3 categorías [Grupos_Inico_Enferm]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Menor de 18 años”; 2= “Entre 18 y 25 años”; y 3= “Mayor de 25 años”.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Edad de inicio de la enfermedad 2 categorías [Inicio_Enfer_2categ]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Menor de 25 años”; y 2= “25 años o más”.
- Número de ingresos [Hospitalizaciones]. Variable escala.
 - Año del último ingreso [Añohospitalización]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 0= “Ninguno”.
- Año del último ingreso [Añohospitalización]. Variable escala. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó en:
 - Duración de enfermedad (años) [Agrupa_años_enf]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Menos de 5 años de enfermedad”; 2= “De 5 años a 10 años de enfermedad”; 3= “De 11 a 20 años de enfermedad”; 4= “De 21 años a 30 años de enfermedad”; 5= “De 31 años a 40 años de enfermedad”; y 6= “Más de 41 años de enfermedad”.
- Visita al servicio de urgencias recientes (menos de un mes) [Urgencias]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 0=No; 1=Sí.
- Problema de salud [Patología]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “HTA”; 2= “Obesidad”; 3= “Diabetes”; 4= “Dislipemia”; 5= “EPOC o Asma”; 6= “Problemas reumatológicos”; 7= “Anemia”; 8= “Problemas infecciosos (VIH, hepatitis C, B)”; 9= “Problemas tiroides”; 10= “Otros problemas (oncología, ginecología...)”; 11= “Más de un problema”; y 12= “Ningún problema”. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó, obteniendo por cada respuesta una nueva variable nominal, con valores asignados de: 0= “No”; y 1= “Sí”, para cada una:
 - Diabetes [Pat_diabet]
 - HTA [Pat_HTA]
 - Obesidad [Pat_obes]

Material y método

- Problemas de tiroides [Pat_tiroid]
- Dislipemia [Pat_dislip]
- Problemas respiratorios [Pat_resp]
- Problemas reumatológicos [Pat_reuma]
- Anemia [Pat_anemia]
- Problemas infecciosos [Pat_infec]
- Problemas traumatológicos [Pat_traum]
- Problemas cardiacos [Pat_cardiac]
- Otros problemas [Pat_otras]
- Además, se realizó un sumatorio de los diferentes problemas de salud. Total, de problemas de salud [Sumatorio_probl_salud] Variable de Escala.
- ¿Paciente polimedicado (≥ 4)? [Polimedicado]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 0= “No”; y 1= “Sí”.
- Número de tratamientos psiquiátricos [Psicofármacos]. Variable escala.
- Número de tratamientos somáticos [Somaticofármacos]. Variable escala.
- Número total de fármacos prescritos [Número_Total_de_fármacos]. Variable escala.
- Diagnóstico de enfermería. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó, obteniendo por cada respuesta una nueva variable nominal, con valores asignados de: 0= “No”; y 1= “Sí”, para cada una:
 - 00052 Deterioro de la interacción social [Dxe_det_interac]
 - 00053 Aislamiento social [Dxe_aislam]
 - 00069 Afrontamiento ineficaz [Dxe_afront_inef]
 - 00071 Afrontamiento defensivo [Dxe_afront_def]
 - 00078 Gestión ineficaz de la salud [Dxe_gest_inef]
 - 00079 Incumplimiento [Dxe_incump]

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- 00080 Gestión ineficaz del régimen familiar [Dxe_gest_ineffam]
- 00095 Insomnio [Dxe_insom]
- 00097 Déficit de las actividades recreativas [Dxe_def_activrecre]
- 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud [Dxe_mant_inef]
- 00101 Deterioro generalizado del adulto [Dxe_det_generadult]
- 00124 Desesperanza [Dxe_desesp]
- 00128 Confusión aguda [Dxe_confusagud] (00130 Trastorno de los procesos del pensamiento*)
- 00173 Riesgo de confusión aguda [Dxe_riesg_confus]
- 00138 Riesgo de violencia dirigida a otros [Dxe_riesg_heterviol]
- 00140 Riesgo de violencia autodirigida [Dxe_riesg_autoviol]
- 00146 Ansiedad [Dxe_ansied]
- 00148 Temor [Dxe_temor]
- 00150 Riesgo de suicidio [Dxe_riesg_suic]
- 00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud [Dxe_disp_mejsalud]
- 00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo [Dxe_tend_conducriesg]
- 00193 Descuido personal [Desc_pers]
- 00198 Trastorno del patrón del sueño [Dxe_trast_sueñ]
- 00210 Deterioro de la resiliencia [Dxe_det_resili]
- 00232 Obesidad [Dxe_obes]
- 00233 Sobrepeso [Dxe_sobrep]
- 00251 Labilidad emocional [Dxe_labilemoc]
- Además, se recategorizaron en nuevas variables los distintos diagnósticos, según su clasificación por dominios, obteniendo por cada respuesta una nueva variable de escala:
 - Dominio 1. Promoción de la salud [Dominio_1_sumatorio]

Material y método

- Dominio 2. Nutrición [Dominio_2_sumatorio]
- Dominio 4. Actividad/Reposo [Dominio_4_sumatorio]
- Dominio 5. Percepción/Cognición [Dominio_5_sumatorio]
- Dominio 6. Auto percepción [Dominio_6_sumatorio]
- Dominio 7. Rol/Relaciones [Dominio_7_sumatorio]
- Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al Estrés [Dominio_9_sumatorio]
- Dominio 11. Seguridad/Protección [Dominio_11_sumatorio]
- Dominio 12. Confort [Dominio_12_sumatorio]
- Número total de etiquetas diagnósticas enfermeras (Hasta 27 diagnósticos) [Dxe_sumatorio]
- Tratamientos terapéuticos [Tratamiento]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Farmacológico oral”; 2= “Farmacológico inyectable”; 3= “Psicológico”; 4= “Intervenciones de enfermería”; 5= “Programa de entrenamiento en técnicas de relajación”; 6= “Programa de ejercicio físico”; 7= “Atención psicológica en Centros de Día y CRPS”; 8= “Programa de entrenamiento en mindfulness”; 9= “Varios”. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó, obteniendo por cada respuesta una nueva variable nominal, con valores asignados de: 0= “No”; y 1= “Sí”, para cada una:
 - Tratamiento farmacológico oral [Tto_farmaoral]
 - Tratamiento farmacológico inyectable [Tto_farmainyect]
 - Atención por psicología USMC [Tto_psicol]
 - Intervenciones de enfermería [Tto_intervenferm]
 - Programa de entrenamiento en relajación muscular [Tto_progrelej]
 - Programa de ejercicio físico [Tto_progejerfisc]
 - Atención psicológica en Centros de Día y CRPS [Tto_psiccdyrps]
 - Programa de entrenamiento en atención plena/mindfulness [Tto_progmindfulness]

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Intervenciones de enfermería. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó, obteniendo por cada respuesta una nueva variable nominal, con valores asignados de: 0= “No”; y 1= “Sí”, para cada una:
 - 0200 Fomento del ejercicio [NIC_fom_ejer]
 - 5246 Asesoramiento nutricional [NIC_ases_nut]
 - 1280 Ayuda para disminuir de peso [NIC_dism_peso]
 - 5614 Enseñanza dieta prescrita [NIC_enseñ_diet]
 - 1850 Mejorar el sueño [NIC_mej_sueñ]
 - 2313 Administración de medicación: intramuscular [NIC_adm_im]
 - 2304 Administración de medicación: oral [NIC_adm_ttooral]
 - 2380 Manejo de la medicación [NIC_manej_med]
 - 4420 Acuerdo con el paciente [NIC_acuerd_pte]
 - 4380 Establecer límites [NIC_establ_limit]
 - 4350 Manejo de la conducta [NIC_manej_conduct]
 - 4354 Manejo de la conducta: autolesión [NIC_manej_conductcautoles]
 - 4640 Ayuda para el control del enfado [NIC_contr_enfad]
 - 4820 Orientación de la realidad [NIC_orient_real]
 - 4700 Reestructuración cognitiva [NIC_reestruct_cogn]
 - 4920 Escucha activa [NIC_escuch_activ]
 - 5020 Mediación de conflictos [NIC_mediacion_conflict]
 - 5328 Visitas domiciliarias de apoyo [NIC_visit_domic]
 - 5270 Apoyo emocional [NIC_apoy_emoc]
 - 5250 Apoyo en la toma de decisiones [NIC_apoy_tomadec]
 - 5240 Asesoramiento [NIC_asesor]
 - 6160 Intervención en caso de crisis [NIC_interv_crisis]

Material y método

- 5230 Mejora del afrontamiento [NIC_mej_afront]
 - 5400 Potenciación de la autoestima [NIC_potenc_autoestim]
 - 5510 Educación para la salud [NIC_educ_salud]
 - 5820 Disminución de la ansiedad [NIC_dism_ansied]
 - 5880 Técnica de relajación [NIC_tecn_relaj]
 - 6340 Prevención del suicidio [NIC_prevenz_suicid]
 - 6510 Manejo de las alucinaciones [NIC_manej_aluc]
 - 6450 Manejo de las ideas delirantes [NIC_manej_ideasdelir]
 - 6440 Manejo del delirio [NIC_manej_delir]
 - 6680 Monitorización de los signos vitales [NIC_sign_vitales]
 - 8340 Fomentar la resiliencia [NIC_fomen_resili]
 - 7140 Apoyo a la familia [NIC_apoy_fam]
 - 7040 Apoyo al cuidador principal [NIC_apoy_cuidad]
 - 8180 Consulta por teléfono [NIC_consult_telef]
 - 8020 Reunión multidisciplinar sobre cuidados [NIC_reun_multidiscip]
 - 7960 Intercambio de información de cuidados de salud [NIC_interc_inform]
 - 8190 Seguimiento telefónico [NIC_seguim_telef]
 - 8700 Desarrollo de un programa [NIC_desarroll_program]
- Además, se recategorizaron en nuevas variables las distintas intervenciones de enfermería, según su clasificación por campos, obteniendo por cada respuesta una nueva variable de escala:
- Campo 1. Fisiológico: Básico [Campo_1_sumatorio]
 - Campo 2. Fisiológico: Complejo [Campo_2_sumatorio]
 - Campo 3. Conductual [Campo_3_sumatorio]
 - Campo 4. Seguridad [Campo_4_sumatorio]

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Campo 5. Familia [Campo_5_sumatorio]
- Campo 6. Sistema Sanitario [Campo_6_sumatorio]
- Campo 7. Comunidad [Campo_7_sumatorio]
- Sumatorio de intervenciones NIC (hasta 41 intervenciones) [NIC_Sumatorio]
- Tratamiento inyectable DEPOT [Depot]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 0= “No”; y 1= “Sí”.
- Tipo de tratamiento depot [Tipodepot]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Zuclopentixol”; 2= “Flufenazina”; 3= “Risperidona”; 4= “Paliperidona (Xeplion)”; 5= “Paliperidona (Trevicta)”; 6= “Aripiprazol”; y 7= “Ninguno”. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó en:
 - Antipsicóticos [Antipsicóticos]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Típicos o de primera generación”; 2= “Atípicos o de segunda generación”; y 3= “Ninguno”.
- Adherencia tratamiento farmacológico [Adherencia]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Adecuado”; 2= “Adecuado para parenteral, no para tratamiento oral”; 3= “Adecuado para oral, no para tratamiento parenteral”; y 4= “Inadecuado”.
- Incumplimiento de las pautas terapéuticas [mal_adherenc]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Ninguno”; 2= “Inyectable”; 3= “Tratamiento oral”; 4= “Retrasos”; 5= “Dieta”; 6= “Ejercicio”; 7= “Varios”. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó, obteniendo por cada respuesta una nueva variable nominal, con valores asignados de: 0= “No”; y 1= “Sí”, para cada una:
 - Cumplimiento [cumplim]
 - Mala adherencia al tratamiento inyectable [maladher_inyect]
 - Mala adherencia al tratamiento oral [malaadher_ttooral]
 - Retraso inyectable [retrasos]

Material y método

- Dieta no saludable [dieta_nosalud]
- No práctica de ejercicio físico [no_ejercic]
- Presencia de efectos adversos [Eadversos]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “P. Neurológicos”; 2= “P. Sexuales”; 3= “P. Cardiovasculares”; 4= “P. Hematológicos”; 5= “P. Metabólicos”; 6= “Otros”; 7= “Ninguno”; y 8= “Varios”. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó, obteniendo por cada respuesta una nueva variable nominal, con valores asignados de: 0= “No”; y 1= “Sí”, para cada una:
 - Efectos adversos metabólicos [Eadv_metab]
 - Efectos adversos neurológicos [Eadv_neurol]
 - Disfunción sexual [Eadv_sex]
 - Efectos adversos cardiovasculares [Eadv_cardio]
 - Efectos adversos hematológicos [Eadv_hemat]
- Consumo de sustancias psicoactivas actual [Consumo]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 0= “No”; y 1= “Sí”.
- ¿Consumió sustancias psicoactivas? [Consumió]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 0= “No”; y 1= “Sí”.
- Índice de Masa Corporal [IMC]. Variable de escala. Para un análisis más específico, la variable se recategorizó en:
 - Estado ponderal [NivelPeso]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Bajo peso”; 2= “Normopeso”; 3= “Sobrepeso”; 4= “Obesidad I”; 5= “Obesidad III mórbida”.
 - Nivel de peso: peso normal y otros pesos [Peso_2categ]. Los valores asignados fueron: 1= “Peso normal”; y 2= “Sobrepeso, obesidad o bajo peso”.
- Percepción de salud: Las puntuaciones de las viñetas COOP/WONCA fueron recogidas en las siguientes variables:

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Forma física [coop_ffisica]. Variable ordinal. Los valores asignados fueron: 1= “Muy intensa”; 2= “Intensa”; 3= “Moderada”; 4= “Ligera”; y 5= “Muy ligera”.
- Sentimientos [coop_sentim]. Variable ordinal. Los valores asignados fueron: 1= “Nada”; 2= “Un poco”; 3= “Moderadamente”; 4= “Bastante”; y 5= “Intensamente”.
- Actividades cotidianas [coop_activcot]. Variable ordinal. Los valores asignados fueron: 1= “Ninguna dificultad”; 2= “Un poco de dificultad”; 3= “Dificultad moderada”; 4= “Mucha dificultad”; 5= “Todo, no he podido hacer nada”.
- Cuidados personales: lavarse y vestirse [coop_lavvestirs]. Variable ordinal. Los valores asignados fueron: 1= “Ninguna dificultad”; 2= “Un poco de dificultad”; 3= “Dificultad moderada”; 4= “Mucha dificultad”; 5= “Todo, no he podido hacer nada”.
- Actividades sociales [coop_activsoc]. Variable ordinal. Los valores asignados fueron: 1= “No, nada en absoluto”; 2= “Ligeramente”; 3= “Moderadamente”; 4= “Bastante”; y 5= “Muchísimo”.
- Cambios en el estado de salud [coop_cestadsalud]. Variable ordinal. Los valores asignados fueron: 1= “Mucho mejor”; 2= “Un poco mejor”; 3= “Igual, por el estilo”; 4= “Un poco peor”; y 5= “Mucho peor”.
- Estado de salud [coop_estadsalud]. Variable ordinal. Los valores asignados fueron: 1= “Excelente”; 2= “Muy buena”; 3= “Buena”; 4= “Regular”; y 5= “Mala”.
- Dolor [coop_dolor]. Variable ordinal. Los valores asignados fueron: 1= “Nada de dolor”; 2= “Dolor muy leve”; 3= “Dolor ligero”; 4= “Dolor moderado”; y 5= “Dolor intenso”.
- Apoyo social [coop_apoysoc]. Variable ordinal. Los valores asignados fueron: 1= “Si, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme”; 2= “Sí, bastante gente”; 3= “Sí, algunas personas”; 4= “Sí, alguien había”; y 5= “No, nadie en absoluto”.

Material y método

- Calidad de vida [coop_calidvida]. Variable ordinal. Los valores asignados fueron: 1= “Estupendamente: no podían ir mejor”; 2= “Bastante bien”; 3= “A veces bien, a veces mal. Bien y mal a partes iguales”; 4= “Bastante mal”; 5= “Muy mal: no podían haber ido peor”.
- Percepción de salud: se recategorizaron las alternativas de respuesta de las variables que recogen las puntuaciones de las viñetas COOP/WONCA, asignando valores de Favorable o Desfavorable, a las puntuaciones extremas respectivamente (Favorable: 1 y 2; Desfavorable: 4 y 5), estableciendo el valor intermedio (Valor: 3) como casos perdidos, no siendo tenidos en cuenta para su posterior análisis bivariado.
- Sumatorio COOP General de CDV (menos puntos, mejor estado, entre 10 y 50) [COOP_Suma]. Variable de escala.
- Rangos COOP [COOP_Categ]. Variable nominal. Los valores asignados fueron: 1= “Puntuación de 10 a 20”; 2= “Puntuación de 21 a 30”; 3= “Puntuación de 31 a 40”; y 4= “Puntuación de 41 a 50”.

*Aclaración sobre el uso de la etiqueta 00130 y 00128 NANDA-I: ante la retirada de la clasificación de diagnósticos de enfermería de la NANDA-I 2012-2014, de la etiqueta de trastorno de los procesos del pensamiento, institucionalmente se recomendaba el uso de otras etiquetas como: confusión crónica, confusión aguda y riesgo de confusión aguda (NANDA-I, 2019). Sin embargo, debido a la falta de actualización del sistema de registro de casos psiquiátricos esta etiqueta trastorno de los procesos del pensamiento pudo ser utilizada debido a su disponibilidad en dicho sistema de registro. Esto supone que durante la recogida de datos se mantuviera esta etiqueta diagnóstica, así como las otras tres, usándose indistintamente, aunque, circunstancialmente, para el análisis de datos no fue tenida en cuenta, sino sustituida por la asignación de una de estas tres etiquetas.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

6.3.1.2. Las viñetas COOP/WONCA

Las viñetas COOP/WONCA originalmente desarrolladas por profesionales de una red de centros médicos comunitarios: The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (COOP Project). Es un instrumento propuesto por la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) para estimar la CVRS. Se han utilizado versiones de seis, siete y nueve ítems, para el presente estudio se optó por la versión más amplia, de nueve ítems, baremada en población española (Lizán L. y Reig A, 1999; Serrano-Gallardo, Lizán-Tudela y Díaz-Olalla, 2009). Además, se ha incluido la escala de Cuidados personales: lavarse y vestirse de Gonzalo Duarte con el fin de evaluar estos cuidados personales. A través de las láminas representan cada una de las dimensiones de la calidad de vida con ilustraciones, con 5 opciones de respuestas según el nivel de funcionamiento que defina su estado. Cada una de ellas consta de un título, una cuestión referida al estado de salud durante el último mes y 5 posibles respuestas. Las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento. La puntuación de cada una de las láminas permite una interpretación directa en las dimensiones estudiadas y del sumatorio de las puntuaciones de todas las láminas, en la que, las mayores puntuaciones se corresponden con una peor calidad de vida percibida, mientras que las menores puntuaciones con una percepción mejor de calidad de vida. El uso de las viñetas facilita un mejor procesamiento y comprensión de las opciones de respuesta, siendo más amena y dinámica su administración para los participantes.

Las 10 viñetas COOP/WONCA utilizadas fueron: forma física, *¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?*; sentimientos, *¿en qué medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?*; actividades cotidianas, *¿cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?*; cuidados personales: lavarse y vestirse, *¿cuánta*

Material y método

dificultad ha tenido al hacer sus actividades de cuidado personal como lavarse o vestirse a causa de salud física o por problemas emocionales?; actividades sociales, ¿su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?; cambios en el estado de salud, ¿cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?; estado de salud, durante las últimas semanas... ¿cómo calificaría su salud en general?; dolor, durante las últimas semanas, ¿cuánto dolor ha experimentado?; apoyo social, durante las últimas semanas, ¿había alguien dispuesto a ayudarle si necesitaba o quería ayuda?; calidad de vida, ¿qué tal le han ido las cosas durante las últimas semanas? (véase [Anexo 3](#)). Las puntuaciones fueron recogidas en las 10 últimas preguntas, de la 39 a la 48, del cuestionario C-VS-PCVRS-TMG.

6.3.2. Instrumentos de la investigación cualitativa

6.3.2.1. Entrevista sobre el significado de felicidad

La entrevista consta de 17 preguntas (véase [Tabla 5](#)), cuya finalidad es explorar el significado de felicidad para las personas con TMG, utilizadas en el grupo focal y las entrevistas individuales. La entrevista fue realizada, una vez aceptada su colaboración voluntaria, con previa firma del consentimiento informado creado para el estudio (véase [Anexo 4 y 5](#)), además garantizando el anonimato. Las preguntas fueron seleccionadas según su objetivo, siendo:

Preguntas de contacto: ¿Qué es la felicidad? ¿Qué te haría feliz? ¿Qué elementos tiene la felicidad?

Preguntas vivenciales: ¿Eres feliz o infeliz? ¿Recuerdas un momento feliz? ¿Qué sentiste? ¿Recuerdas un momento infeliz? ¿Qué sentiste? ¿Qué cambios/situaciones/momentos te hicieron pasar de feliz a infeliz? ¿Qué significó la enfermedad? ¿Cambió tu vida? ¿Tiene un sentido? ¿Sientes que te rechazan?

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Preguntas de elaboración: ¿Cómo debería ser el mundo para que fueras feliz o más feliz?

¿Cómo deberías ser/cambiar tú para ser feliz o más feliz? ¿Qué haces tú para ser feliz?

Preguntas de explicación: ¿Es feliz cualquier persona independientemente de la enfermedad que tenga? ¿Crees que las personas son igual de felices si tienen un trastorno mental? ¿Qué elementos cambiaron? ¿Cómo te proteges del rechazo? ¿Crees que acudir a centros de Salud Mental o los centros en sí mismo discriminan?

Tabla 5

Entrevista sobre el significado de felicidad

¿Qué es la felicidad?

¿Eres feliz o infeliz?

¿Qué te haría feliz?

¿Qué elementos tiene la felicidad?

¿Recuerdas un momento feliz? ¿Qué sentiste?

¿Recuerdas un momento infeliz? ¿Qué sentiste?

¿Qué cambios o situaciones te hicieron pasar de ser feliz a infeliz o de infeliz a feliz?

¿Qué haces tú para ser feliz?

¿Cómo debería ser el mundo para que fueras feliz o más feliz?

¿Cómo deberías ser/cambiar tú para ser feliz o más feliz?

¿Es feliz cualquier persona independientemente de la enfermedad que tenga?

¿Crees que las personas son igual de felices si tienen un trastorno mental?

¿Qué significó la enfermedad? ¿Cambió tu vida? ¿Tiene un sentido?

¿Qué elementos cambiaron?

¿Sientes que te rechazan?

¿Cómo te proteges del rechazo?

¿Crees que acudir a centros de Salud Mental o los centros en sí mismo discriminan?

6.3.2.2. Diario de campo

Durante el periodo de investigación realizaba seguimientos y recogía algunas anotaciones de apreciaciones sobre el estado de felicidad en relación a las situaciones relevantes vividas por los participantes en su vida cotidiana en los últimos años. El cuaderno de campo recoge los testimonios de los sucesos o actividades acaecidos y en el diario de campo plasmo mi impresión

Material y método

sobre los efectos de los sucesos, interpretación de lo sucedido, estrategias de afrontamiento, y/o recuperación, logros y elogios...

6.4. Procedimiento

Para el desarrollo de esta investigación se realizó una revisión bibliográfica, en la que se han utilizado los siguientes descriptores:

Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS): calidad de vida, bienestar, felicidad, infelicidad, salud mental, psiquiatría, trastorno mental, trastorno mental grave, trastorno psicótico, esquizofrenia, estigma social, discriminación, investigación cualitativa, NANDA-International, NIC.

Medical Subject Headings (MeSH): quality of life, wellness, welfare, happiness, mental health, psychiatry, mental disorders, psychotic disorders, social stigma, schizophrenia, discrimination, qualitative research.

Las búsquedas se realizaron a través de diferentes buscadores como Punto Q (Biblioteca virtual de la ULL), Google Scholar, Trip Database, Biblioteca virtual del Servicio Canario de Salud, así como en las siguientes bases de datos: Pubmed, MEDLINE, Scielo, Dialnet, Cochrane, CINAHL, Elsevier, CUIDEN, PsycINFO (EBSCO), Researchgate, Web of Science (WOS), Instituto Nacional de Estadística (INE), NNNConsult, SpringerLink Books, SpringerLink_Journals. Asimismo, la búsqueda fue ampliada a conferencias y entrevistas grabadas y difundidas en plataformas como youtube, páginas oficiales o blogs de los propios autores. Además, se consultaron libros físicos del fondo de la biblioteca de la ULL y propios.

La revisión bibliográfica se ha realizado en varios momentos, con el fin de actualizar la información recogida: 2018, verano del 2019 y durante los meses de agosto, septiembre y diciembre de 2020.

Tras la revisión, se seleccionaron y elaboraron los instrumentos necesarios para esta investigación, cuestionario, viñetas COOP/WONCA y entrevista.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Los procesos de elaboración, administración y análisis de cada uno de los instrumentos utilizados se especifican a continuación.

6.4.1. Procedimiento de elaboración del cuestionario y análisis de los resultados

Para alcanzar los objetivos de esta investigación fue necesario la elaboración de un cuestionario que recogiera datos sociodemográficos, datos clínicos-salud, así como las puntuaciones del instrumento seleccionado para medir la CVRS, en este caso, las viñetas COOP/WONCA.

En primer lugar, se delimitó el contenido del cuestionario, que fue modificado y ampliado tras una revisión de los directores, añadiendo las variables relacionadas con las etiquetas de NANDA-I e intervenciones NIC. Quedando constituido el cuestionario “*Cuestionario de Valoración de la Salud y Percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de las personas con Trastorno Mental grave (C-VS-PCVRS-TMG)*”, con 48 variables, de las cuales, las 10 últimas recogen las puntuaciones del instrumento utilizado para la evaluación de la CVRS, viñetas COOP/WONCA. Asimismo, se realizó un documento que recogía la información del estudio y el consentimiento informado que debían cumplimentar las/os participantes antes de su administración. Estos documentos fueron enviados al Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Provincia de Santa Cruz de Tenerife), siendo aceptado para su realización el 15 de marzo de 2019 (véase [Anexo 6](#)).

La muestra se seleccionó atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión ya descritos anteriormente en el apartado de Descripción de los participantes de la investigación cuantitativa, y se calculó el número muestral, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, obteniendo un mínimo de 132 participantes. Se procedió a su administración a partir de su aceptación hasta alcanzar el número necesario de participantes. El cuestionario fue administrado en formato papel, durante las visitas habituales a las consultas de enfermería

Material y método

de la Unidad de Salud Mental de La Laguna, con una duración de 15 a 30 minutos, y posteriormente se completaban datos clínicos.

Para facilitar el vaciado de los datos, las respuestas al cuestionario fueron cumplimentadas en la plataforma de Google formularios, obteniendo un documento Excel que permitió su exportación a una base de datos creada para el estudio en el programa estadístico SPSS. Una vez exportados los datos recogidos, se recategorizan las variables para su análisis, según se ha recogido en el subapartado Variables. El análisis estadístico de los resultados del cuestionario C-VS-PCVRS-TMG se realizó mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Statistics) para Windows, V. 21. Se realizó un análisis de fiabilidad de las variables de las dimensiones de las viñetas COOP/WONCA, comprobando su viabilidad y consistencia interna, para ello, se utilizó la técnica Alfa de Crombach, basada en la relación entre las dimensiones, esperando obtener una fiabilidad por encima de $\alpha = .7$. Además, se utilizaron, para el análisis bivariado, pruebas de contraste: Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney, Anova y T de Student; y pruebas de correlación: χ^2 , Spearman y Pearson, destacando en el apartado de Resultados aquellos que son significativos. Por último, se redactaron las discusiones según la teoría encontrada. Señalar que, durante el análisis de los datos estadísticos y la redacción de los resultados, debido a la amplitud del estudio, fueron necesarias varias reuniones y revisiones, hasta lograr un documento definitivo que posibilitara su posterior discusión y conclusiones.

6.4.2. Procedimiento de elaboración de la entrevista y análisis de los resultados

En la primera fase de la investigación cualitativa se definieron las preguntas de la entrevista, atendiendo al objetivo de esta parte de la investigación, es decir, conocer el significado de la felicidad en las personas con TMG. Se establecieron 17 preguntas, agrupadas según su finalidad en preguntas de contacto, vivenciales, de elaboración y de explicación (véase [Tabla 5](#)), aprobadas por los investigadores.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Se realizó una entrevista piloto al participante P0.0 (véase [Tabla 4](#)) para garantizar que las preguntas fueran comprensibles, fáciles de usar y orientadas a dar respuesta al objetivo de la investigación, además de poder establecer el tiempo aproximado necesario para la realización de la entrevista, que finalmente fueron tiempos comprendidos entre los 20 y 50 minutos. Tras esta no se realizaron modificaciones en la redacción de la misma, utilizándose en las posteriores entrevistas, tanto para el grupo focal, como para las individuales, incluyendo, además, la entrevista de participante P0.0 en el posterior análisis.

Al ser usuarios frecuentes de la consulta, se les invitaba a la participación y colaboración, garantizando la confidencialidad, anonimato y solicitando el permiso para la grabación de voz de la entrevista, y una vez obtenido el consentimiento informado de los participantes, en el que se le explicaba con mayor detalle el estudio y se confirmaba su deseo de participar, se procedía a su realización. En el muestreo se tuvieron en cuenta criterios de edad, sexo y tipo de trastorno mental (véase [Tabla 3](#) y [4](#)).

Los audios de las entrevistas grabadas fueron transcritos verbatim por la entrevistadora para su posterior análisis, salvo tres casos que no permitieron ser grabados.

El texto transcrito fue fragmentado estableciendo diferentes códigos mediante un proceso inductivo y constantemente comparado, realizando agrupaciones según categorías de conceptos más amplios para cada código. A partir de la entrevista individual número 15 no se identificaron nuevas respuestas, llegando a la saturación del análisis. Se utilizó el programa N-Vivo versión Release 1.4.1 (851), como apoyo para la organización y gestión de las entrevistas realizadas, para la agrupación en códigos, con sus categorías y subcategorías (véase [Anexo 7](#)). Asimismo, para la codificación y la fase más interpretativa del análisis, se utilizaron las entrevistas impresas y las herramientas del programa informático N-Vivo versión Release 1.4.1 (851). Realizando, además, la verificación de los resultados con otros profesionales expertos y

Material y método

observaciones para su triangulación, basándose el proceso de análisis en el método de comparación. Finalmente, se realizaron las discusiones y conclusiones.

A continuación, se especifica el procedimiento empleado para el grupo focal, las entrevistas individuales y las observaciones.

6.4.2.1. Grupo focal

La entrevista grupal se realizó a 5 participantes (véase [Tabla 3](#)), por la entrevistadora-moderadora y, además, con la participación de una observadora (residente de enfermería de salud mental). La duración de la entrevista grupal fue de 90 minutos, con previa firma del consentimiento informado y aceptación de ser grabados en audio para la transcripción posterior de la misma.

La entrevista del grupo focal se realizó fuera del centro de salud, en una cafetería, con la intención de favorecer la normalización, buscando un lugar neutral, que permitiera encontrar un espacio cómodo para el desarrollo de la misma, rodeado de ruido ambiental propio de una cafetería, así podemos escuchar en las grabaciones el sonido de la cafetera.

Durante la transcripción de la entrevista del grupo focal se observa la influencia que las opiniones provocan en los otros, a veces con la reafirmación de sus opiniones personales y en otras ocasiones, con el cuestionamiento de sus convicciones, porque dentro de la heterogeneidad del grupo, lo que todos tienen en común y comparten es el sufrimiento similar con el que se identifican y esas voces que escuchan no les son ajenas.

6.4.2.2. Entrevistas individuales

Las entrevistas individuales fueron realizadas por la autora de la investigación debido a las características del contenido de las mismas, debido a que en la práctica profesional del ámbito de la salud mental es fundamental el establecimiento de una relación terapéutica que permita un clima de confianza.

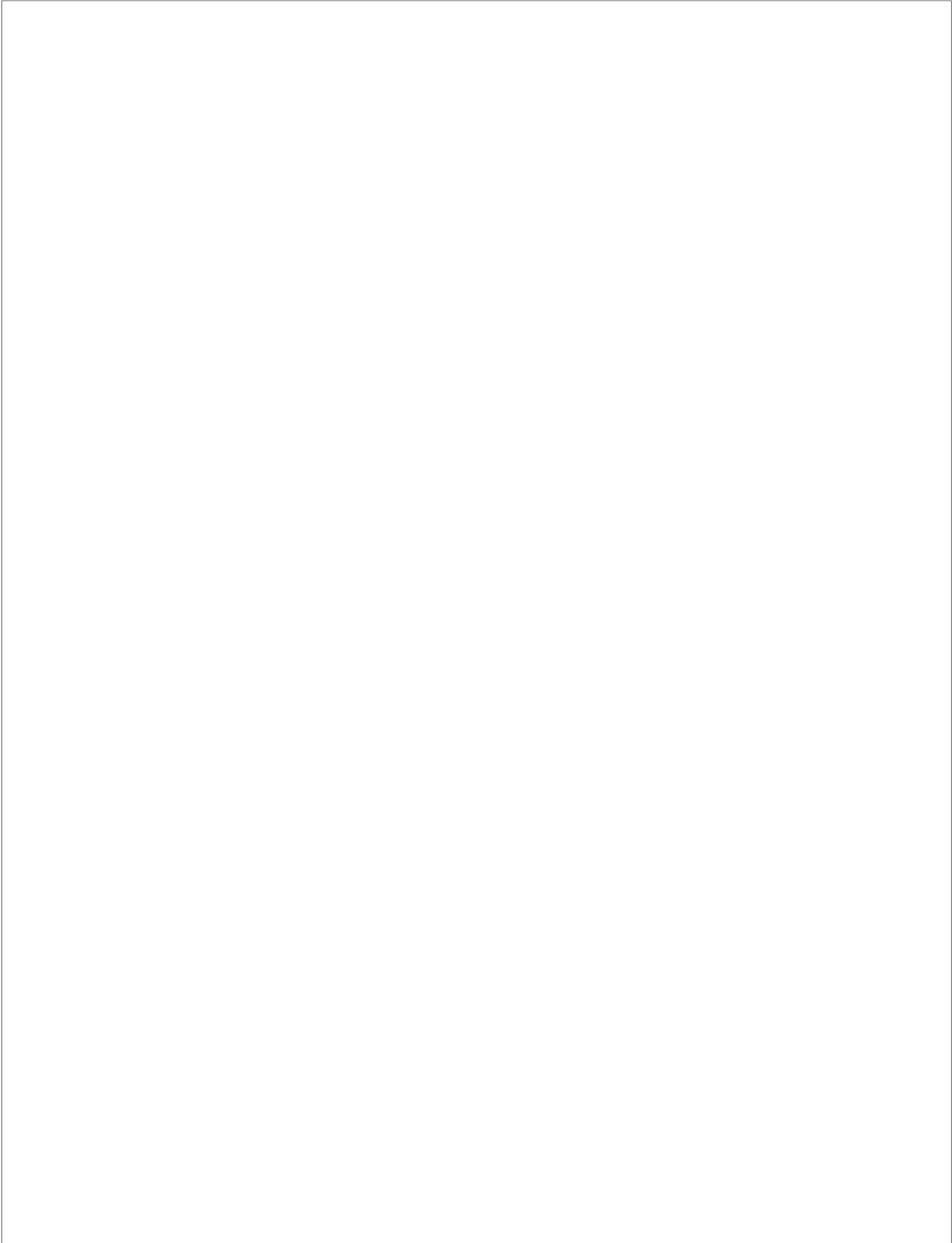
Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Las entrevistas se realizaron en el centro de salud, en la consulta de enfermería. La duración de las entrevistas osciló entre 20 y 50 minutos, con previa firma del consentimiento informado y aceptación de ser grabados en audio para la transcripción posterior de la misma, salvo en tres casos en los que no permitieron ser grabados. Durante el proceso de selección de los participantes y la realización de las entrevistas se les recordaba la posibilidad de interrumpir y de cambiar su decisión de participar en el estudio, no obstante, no presentaron dificultad ni incomodidad para responder a las preguntas. En total se realizaron 15 entrevistas individuales (véase [Tabla 4](#)).

6.4.2.3. Observaciones

Las observaciones sobre acontecimientos relevantes relacionados con el estado de felicidad fueron recogidas en el cuaderno de campo a lo largo de la investigación. Posteriormente se realiza un diario de campo con esos datos recogidos, lo que permitió corregir y completar esas anotaciones llevadas a cabo previamente en el cuaderno de campo. El diario de campo permite la codificación de sus anotaciones, según las categorías de las dimensiones personal e interpersonal-relacional, relacionadas con el concepto de felicidad, y sus subcategorías, todas ellas obtenidas tras el análisis de los datos recogidos en las entrevistas. De esta manera no se obtuvieron nuevas categorías, confirmando las ya establecidas. Estas observaciones sirvieron para confirmar los datos recogidos durante la entrevista en momentos diferentes a la misma y permitir así la triangulación de métodos y datos.

Ejemplos de estas observaciones son incluidos en las diferentes subcategorías con la letra “O” previa a la identificación de los diferentes participantes (Ejemplos: OP0.0 y OP1.1).



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ---/--/-- --:--:--

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta la naturaleza de los datos cuantitativos y cualitativos de la investigación, se realizaron los siguientes análisis:

El análisis estadístico de los resultados del cuestionario C-VS-PCVRS-TMG se realizó mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Statistics) para Windows, V. 21. utilizando pruebas de contraste: Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney, Anova y T de Student; y pruebas de correlación: Chi², Spearman y Pearson.

Asimismo, para el análisis cualitativo de la entrevista realizada al grupo focal y a otros participantes de manera individual, se utilizó el programa N-Vivo versión Release 1.4.1 (851), además del análisis de expertos, necesario para su triangulación.

7. INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

7.1. ANÁLISIS DE FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO

Para la valoración de fiabilidad del cuestionario C-VS-PCVRS-TMG, se utilizó el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach, aplicado a los 10 ítems que recogen las puntuaciones de las viñetas COOP/WONCA, siendo el índice resultante de $\alpha = .805$, lo que indicó una adecuada consistencia de la escala, permitiendo utilizar el instrumento, en base a los valores obtenidos. La fiabilidad del cuestionario no mejoraría si se eliminara alguno de los ítems (véase [Tabla 6](#)).

Tabla 6

Consistencia interna Alfa de Cronbach del Cuestionario de Valoración de la Salud y Percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de las personas con Trastorno Mental grave (C-VS-PCVRS-TMG) si se elimina el elemento

Variable	α
COOP-Forma física	.787
COOP-Sentimientos	.785
COOP-Actividades cotidianas	.771
COOP-Cuidados personales: lavarse y vestirse	.782
COOP-Actividades sociales	.800
COOP-Cambios en el estado de salud	.794
COOP-Estado de salud	.776
COOP-Dolor	.787
COOP-Apoyo social	.801
COOP-Calidad de vida	.790

7.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

A continuación, se presenta el análisis estadístico descriptivo de las variables utilizadas en el cuestionario empleado para esta investigación, que describe las variables sociodemográficas, clínicas y CVRS de las personas con trastorno mental grave de la muestra de la USMC de La Laguna (O.1.).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

7.2.1. Variables sociodemográficas

Con el fin de dar respuesta a este objetivo, en este apartado se describen las características sociodemográficas (convivencia, apoyo principal, nivel de estudios, situación laboral y económica), de la muestra, así como la frecuentación a las consultas de la unidad de salud mental (enfermería y psiquiatría).

Tabla 7

Características demográficas de la muestra y frecuentación a la USMC de La Laguna

Variables sociodemográficas		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sexo	Mujer	53	40.2
	Hombre	79	59.8
Edad (por grupos)	Menor de 25 años	5	3.8
	Entre 25 y 65 años	122	92.4
	Mayor de 65 años	5	3.8
Visitas anuales USMC de enfermería	Menos de 12	29	22.0
	Entre 13 y 27	72	54.5
	Más de 28	31	23.5

Tabla 8

Frecuencia de visitas a la USMC de La Laguna de la muestra

		Media	Desv. Típica (DT)
Visitas anuales USMC de La Laguna	Enfermería	22.15	14.1
	Psiquiatría	4.39	3.6
	Totales (enfermería y psiquiatría)	26.55	14.3

El número de visitas a las consultas de enfermería de la unidad de salud mental de La Laguna de mayor frecuencia son 12, 13 y 26 veces, coincidiendo con la administración de tratamientos pautados cada 14 días, 21 días, 28 días y 1 mes, que corresponden con las pautas establecidas habitualmente por la prescripción médica. Asimismo, se relaciona el número de visitas mayor de 28 con el programa de ejercicio físico, que se realiza dos veces en semana. Teniendo en cuenta que la mayoría de la muestra corresponde al espectro psicótico, se calcularon las medias de sus visitas anuales a enfermería y psiquiatría, obteniendo una media de 22.66 (DT 14.4) consultas a enfermería y una media de 4.18 (DT 3.3) a psiquiatría.

Resultados y Discusión

Tabla 9

Características demográficas

Variables sociodemográficas		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Estado civil	Soltera/o	91	68.9
	Separada/o-divorciada/o	23	17.4
	Casada/o	15	11.4
	Convive en pareja	3	2.3
Número de hijas/os	0	95	72.0
	1	8	6.1
	2	19	14.4
	3	6	4.5
	4	4	3.0

Tabla 10

Características de convivencia

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Tipo de convivencia	Familia	85	64.4
	Sola/o	31	23.5
	Piso tutelado	8	6.1
	Otros	5	3.8
	Residencia de mayores	2	1.5
	Residencia de salud mental	1	.8
Número de personas que viven en el domicilio	1	29	22.0
	2	40	30.3
	3	37	28.0
	4	9	6.8
	5	6	4.5
	6	6	4.5
	15	1	.8
	19	1	.8
	20	1	.8
25	1	.8	
50	1	.8	

En relación al tipo de convivencia, el 64.4% vive con sus familias de origen, el 8.4% vive en instituciones (pisos tutelados 6.1%, residencias de salud mental 0.8% y residencias de mayores 1.5%), específicamente, las personas que conviven en las instituciones con más de 15 personas representan el 4% (albergue y otros servicios sociales). El 23.5% vive solo, lo cual refleja el grado de autonomía e independencia de estas personas para su autocuidado.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Tabla 11

Apoyo principal

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Varios familiares	87	65.9
Hermanas/os	22	16.7
Amigas/os	6	4.5
Madre	5	3.8
Pareja/cónyuge	4	3.0
Ninguno	4	3.0
Padre	3	2.3
Hijas/os	1	.8

Hay que destacar la importancia del apoyo familiar, en concreto, de las/os hermanas/os, para el cuidado de las personas con trastorno mental grave, debido probablemente al envejecimiento de sus padres y madres de estas personas, el cuidado es delegado a sus hermanas/os, representando el 16.7%, así como el cuidado realizado por varios familiares representa el 65.9%.

Tabla 12

Nivel de estudios

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sabe leer y escribir	12	9.1
Estudios primarios	60	45.5
Estudios secundarios/FP/Ciclos formativos	43	32.6
Estudios universitarios	17	12.9

Resultados y Discusión

Tabla 13

Situación laboral

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Situación laboral actual	Incapacitación laboral	91	68.9
	Desempleo	16	12.1
	Trabaja	13	9.8
	Jubilación	8	6.1
	Trabajo ocasional/ esporádico	2	1.5
	Estudiante	2	1.5
¿Ha trabajado?	Sí	107	81.1
	No	25	18.9
Trabajos por categorías	No ha trabajado	25	18.9
	Trabajos sin especialización ¹	71	53.8
	Trabajos con especialización ²	30	22.7
	Profesión con estudios universitarios	6	4.5

1: Dependienta/e; Limpieza; Hostelería; Actividad agraria; Mozo de almacén; Seguridad; Construcción; Socorrista

2: Administrativa/o; Oficios; Técnica/o

Tabla 14

Situación económica

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Situación económica	Recibe prestación económica	106	80.3
	Ingresos por actividad laboral	12	9.1
	No recibe prestación económica	9	6.8
	Otros	5	3.8
Ingresos según categorías	Sin ingresos	16	12.1
	< 400 euros	61	46.2
	Entre 701 y 735 euros	30	22.7
	Entre 736 y 999 euros	9	6.8
	Ingresos superiores a 1000 euros	16	12.1

7.2.2. Datos clínicos

En este apartado se recoge la información sobre aspectos clínicos y de salud de los participantes, tanto de las aportaciones personales, como de los datos obtenidos de su historia clínica. Para ello, a continuación se describen los datos relacionados con: el uso de recursos asistenciales y su tipo; la presencia de hábitos no saludables; el consumo de sustancias psicoactivas; el diagnóstico de trastorno mental grave; el inicio de la enfermedad; la cronicidad de la enfermedad; los ingresos hospitalarios y último ingreso; la frecuencia de visitas al servicio de urgencias; los problemas de

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

salud; el estado ponderal; los tratamientos farmacológicos; las etiquetas de diagnósticos de enfermería de NANDA-I; las etiquetas de clasificación de intervenciones de enfermería NIC; los planes terapéuticos; el tratamiento inyectable depot; la adherencia al tratamiento farmacológico; el incumplimiento de las pautas terapéuticas; y los efectos adversos.

Tabla 15

Clasificación según el TMG

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Trastornos psicóticos (Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno de ideas delirantes...)	103	78.0
Trastornos afectivos (bipolar, depresión mayor, distimia...)	25	18.9
Trastorno de personalidad	4	3.0

Las consultas de enfermería de salud mental de La Laguna tienen como objetivo atender principalmente a personas con trastorno mental grave, siendo el grupo con trastorno psicótico el que más acude a la consulta, debido a su demanda de la administración de tratamiento inyectable, lo cual se evidencia en la muestra, tal y como se muestra en la [Tabla 15](#), el 78% de los participantes presentan trastornos psicóticos, mientras que el 18.9% fue diagnosticado de trastornos afectivos y el 3% de trastorno de personalidad.

Tabla 16

Inicio de la enfermedad, según grupos de edad

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Menor de 18 años	8	6.1
Entre 18 y 25 años	69	52.3
Mayor de 25 años	55	41.7

La edad de inicio de la enfermedad comienza en el 58.4% antes de los 25 años, de los cuales, solo un 6.1% comenzó antes de los 18 años y para el 41.7% comenzó la enfermedad después de los 25 años.

Resultados y Discusión

Tabla 17

Cronicidad de la enfermedad, según número de años de enfermedad

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Menos de 5 años	6	4.5
De 5 años a 10 años	20	15.2
De 11 a 20 años	34	25.8
De 21 años a 30 años	41	31.1
De 31 años a 40 años	22	16.7
Más de 41 años	9	6.8

En cuanto a la cronicidad de la enfermedad, se calculó su mediana obteniendo un valor de 22 (4.7-41) años.

Tabla 18

Número de ingresos hospitalarios

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
0	19	14.4
1	30	22.7
2	25	18.9
3	23	17.4
4	14	10.6
5	8	6.1
6	6	4.5
7	2	1.5
9	1	.8
10	1	.8
11	1	.8
12	1	.8
16	1	.8

El 14.4% de los encuestados no ha tenido ingresos hospitalarios, mientras que el 59% ha tenido entre 1 y 3 ingresos, y el 26.7% ha tenido más de 3 ingresos.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Tabla 19

Año del último ingreso hospitalario

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Ningún ingreso	19	14.4
1986	2	1.5
1987	1	.8
1991	2	1.5
1992	1	.8
1993	1	.8
1994	1	.8
1995	1	.8
1999	4	3.0
2000	2	1.5
2001	1	.8
2002	2	1.5
2003	3	2.3
2004	5	3.8
2005	1	.8
2006	2	1.5
2007	4	3.0
2008	5	3.8
2009	4	3.0
2010	1	.8
2011	2	1.5
2012	9	6.8
2013	4	3.0
2014	5	3.8
2015	9	6.8
2016	9	6.8
2017	18	13.6
2018	9	6.8
2019	5	3.8

Es relevante destacar que, en los últimos 5 años, la cifra correspondiente al último ingreso de los pacientes encuestados corresponde al 37.9%, además, se puede observar que, en el año 2017, el 13.6% de los pacientes tuvo su último ingreso hospitalario, pudiendo coincidir con cambios del equipo multidisciplinar habitual de la USMC de La Laguna. Desde el año 2015, el 47.8% de los pacientes encuestados no han reingresado. Un 14.4% de los encuestados no ha tenido ingresos hospitalarios psiquiátricos.

Resultados y Discusión

Tabla 20

Visita al servicio urgencias (durante el mes previo a la encuesta)

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
No	127	96.2
Sí	5	3.8

Los pacientes suelen acudir a los profesionales de la unidad de salud mental de La Laguna en los momentos de descompensaciones psicopatológicas o problemas. Esto se refleja en la reducción de asistencia a los servicios de urgencias de atención primaria o al hospital de referencia, indicador de la buena relación terapéutica que se establece con el equipo que les atiende en la USMC. Aun así, existe un 3.8% de asistencias a dicho servicio en el mes anterior a la realización de la encuesta.

Tabla 21

Problemas de salud

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Ningún problema de salud	37	28.0
Solo un problema de salud	32	24.2
Más de un problema de salud	63	47.7
Obesidad	58	43.9
HTA	29	22.0
Otros	23	17.4
Diabetes	21	15.9
Dislipemia	20	15.2
Problemas respiratorios	16	12.1
Problemas tiroides	14	10.6
Anemia	12	9.1
Problemas infecciosos	6	4.5
Problemas reumatológicos	5	3.8
Problemas cardiacos	3	2.3
Problemas traumatológicos	2	1.5

Según los datos obtenidos en las variables referidas a los problemas de salud, se puede observar que el 28% afirma no presentar las patologías registradas en la encuesta, mientras que el 24.2% presenta una de las patologías y el 47.7% más de una. Destaca la obesidad presente en un 43.9% de la muestra, seguida de la HTA con un 22%. Otros problemas registrados en las personas

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

encuestadas fueron: diabetes presente en el 15.9%; dislipemia en el 15.2%; el 12.1% presenta problemas respiratorios; el 3.8% presenta problemas reumatológicos; anemia en el 9.1%; el 10.6% presenta problemas de tiroides; el 4.5% presenta patología infecciosa; problemas traumatológicos en el 1.5%; patología cardiaca en el 2.3%; y el 17.4% presenta otros problemas diferentes a los registrados (oncología, urología, ginecología...).

Tabla 22

Estado ponderal (peso)

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Bajo peso	1	.8
Normopeso	31	23.5
Sobrepeso	42	31.8
Obesidad I	53	40.2
Obesidad III mórbida	5	3.8

El análisis del índice de masa corporal fue agrupado según las categorías del estado ponderal, obteniendo que solo una de las personas encuestadas tiene bajo peso (<18.5), el 23.5% se encuentra en un peso normal (entre 18.5 y 24.9), el 31.8% tiene sobrepeso (entre 25 y 29.9), el 40.2% presenta obesidad (entre 30 y 39.9) y el 3.8% tiene obesidad mórbida (mayor o igual a 40).

Tabla 23

Presencia de hábitos no saludables

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Solo un hábito no saludable	24	18.2
Más de un hábito no saludable	99	75.0
Ninguno (llevan una vida saludable)	9	6.8
Hábitos no saludables		
No realiza ejercicio físico habitual	96	72.7
Consumo de tabaco	74	56.1
Consumo de productos ricos en azúcares	63	47.7
Consumo de café (>3 al día)	55	41.7
Consumo de drogas	27	20.5
Consumo de alcohol	25	18.9
Horas de sueño < 6 horas	7	5.3

El 18% de los encuestados presenta uno de los hábitos no saludables recogidos en la encuesta y solo el 6.8% de los encuestados lleva una vida saludable. Destaca que un 72.7% de los

Resultados y Discusión

participantes afirman no realizar ejercicio físico, además, el 56.1% de los encuestados fuma tabaco y el 47.7% consume alimentos ricos en azúcares, como refrescos, golosinas, dulces, bollería... Las horas de sueño insuficientes es un indicador de riesgo de descompensación psicopatológica, así, observamos, con los resultados obtenidos, que solo el 5.3% manifiesta dormir menos de 6 horas diarias.

Tabla 24

Consumo de sustancias psicoactivas

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Consumo actual de sustancias psicoactivas	No	96	72.7
	Sí	36	27.3
Consumió sustancias psicoactivas	No	62	47.0
	Sí	70	53.0

Atendiendo a la variable de consumo de sustancias psicoactivas, se observa que el 53% de la muestra refiere haber consumido drogas, si bien el 27.3% mantiene dicho consumo actualmente, lo cual refleja una reducción del consumo del 50% entre ambas variables. En el momento de las entrevistas, el 72.7% de la muestra refirió no consumir sustancias psicoactivas. Cabe resaltar que el 47% ni consumió ni consume actualmente drogas.

Tabla 25

Planes terapéuticos

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
	Tratamiento farmacológico inyectable (exclusivo)	5	3.8
	Varios planes terapéuticos	127	96.2
Planes terapéuticos	Intervenciones de enfermería	132	100.0
	Tratamiento farmacológico inyectable	112	84.8
	Tratamiento farmacológico oral	94	71.2
	Atención psicológica en Centros de Día y CRPS	29	22.0
	Programa de ejercicio físico	23	17.4
	Programa de entrenamiento en atención plena	6	4.5
	Atención por psicología USMC	5	3.8
	Programa de entrenamiento en relajación muscular	1	.8

Solo el 3.8% tiene únicamente tratamiento farmacológico de administración inyectable. El programa de ejercicio físico se propuso en un principio para fomentar la actividad física en personas

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

con diagnóstico de trastorno mental grave, exclusivamente psicóticos. En los últimos 3 años se han modificado los criterios de inclusión, con el objetivo de que el programa no solo fuera para fomentar la actividad física y el control del peso, sino también como un programa para activación conductual en las personas con trastornos del ánimo. Por otro lado, en junio de 2018, en la unidad de salud mental se comienzan a realizar grupos de atención plena para gestión de la ansiedad.

Tabla 26

Adherencia al tratamiento farmacológico

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Adecuado	119	90.2
Adecuado para parenteral, no para oral	4	3.0
Adecuado para oral, no para parenteral	2	1.5
Inadecuado	7	5.3

Podemos observar que el 90.2% de los encuestados mantiene una buena adherencia al tratamiento farmacológico, indicador de una buena prevención en el riesgo de descompensación psicopatológica, mientras que solo un 5.3% reconoce incumplimiento del tratamiento farmacológico.

Tabla 27

Incumplimiento de las pautas terapéuticas

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Ningún incumplimiento	52	39.4
Incumplimiento de solo una pauta	23	17.4
Incumplimiento de varias pautas	57	43.2
No práctica de ejercicio físico	62	47.0
Pautas terapéuticas incumplidas		
Dieta no saludable	61	46.2
Retraso inyectable	13	9.8
Mala adherencia al tratamiento oral	8	6.1
Mala adherencia al tratamiento inyectable	7	5.3

El 43% de los encuestados incumple varias de las pautas terapéuticas propuestas, mientras que el 39% cumple y el 17.4% incumple únicamente una de las pautas. Entre las pautas más frecuentemente incumplidas se encuentra la dieta saludable (46.2%) y la práctica habitual de ejercicio físico (47%).

Resultados y Discusión

Tabla 28

Tratamientos farmacológicos

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
¿Paciente polimedicado (≥ 4) ^{1?}	No	57	43.2
	Sí	75	56.8
Número total de fármacos prescritos	0	1	0.8
	1	18	13.6
	2	17	12.9
	3	21	15.9
	4	22	16.7
	5	12	9.1
	6	14	10.6
	7	10	7.6
	8	4	3.0
	9	5	3.8
	10	4	3.0
	11	1	0.8
	13	1	0.8
	14	2	1.5
	Número de tratamientos psiquiátricos	0	1
1		24	18.2
2		30	22.7
3		31	23.5
4		22	16.7
5		15	11.4
6		9	6.8
Número de tratamientos somáticos	0	70	53.0
	1	19	14.4
	2	16	12.1
	3	11	8.3
	4	3	2.3
	5	3	2.3
	6	3	2.3
	7	3	2.3
	8	1	.8
	11	2	1.5
	12	1	.8

1: Polimedicado: definido comúnmente como la ingestión de cuatro o más medicamentos, especialmente en el ámbito ambulatorio (Rollason y Vogt, 2003)

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Tabla 29

Tratamiento inyectable depot

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Administración	No	20	15.2
	Sí	112	84.8
Principio activo	Zuclopentixol	62	47.0
	Flufenazina	11	8.3
	Risperidona	15	11.4
	Paliperidona (Xeplion®) administración mensual	15	11.4
	Paliperidona (Trevicta®) administración trimestral	1	.8
	Aripiprazol	8	6.1
	Ninguno	20	15.2
Antipsicóticos	Típicos o de primera generación	73	55.3
	Atípicos o de segunda generación	39	29.5
	Ninguno	20	15.2

Más del 50% de los encuestados tiene como pauta de fármaco un antipsicótico típico o de primera generación (Zuclopentixol y Flufenazina, con un 55.3%), mientras que el 29.5% de los encuestados tiene prescrito un antipsicótico atípico o de segunda generación (Risperidona, Paliperidona y Aripiprazol).

Tabla 30

Presencia de efectos adversos

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
No presentan efectos adversos		37	28.0
Solo presentan un efecto adverso		51	38.6
Presentan varios efectos adversos		44	33.3
Efectos adversos más frecuentes	Metabólicos	55	41.7
	Neurológicos	39	29.5
	Disfunción sexual	37	28.0
	Cardiovasculares	13	9.8
	Hematológicos	4	3.0

Los tratamientos psicofarmacológicos crónicos (pudiendo llegar a ser 30 o incluso más años) pueden provocar efectos adversos, así observamos que el 38.6% refiere presentar un único efecto adverso, mientras que el 33.3% refiere que presenta varios de los efectos adversos propuestos en la

Resultados y Discusión

encuesta. Solo el 28% de los encuestados refiere no manifestar efectos adversos a los tratamientos prescritos.

Tabla 31

Uso de recursos asistenciales de salud mental

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Solo hace uso de un recurso asistencial	39	29.5
Uso de varios recursos asistenciales	24	18.2
No utiliza recursos asistenciales	69	52.3

El 52.3% de los encuestados no ha participado, ni participa, en los recursos asistenciales de salud mental (Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de día, Talleres ocupacionales, Servicios ofrecidos por AFES y Formación/Empleo), mientras que el 18.2% hace uso de varios recursos y el 29.5% de un único recurso asistencial.

Tabla 32

Uso de los diferentes recursos asistenciales

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Equipo Comunitario Asertivo (ECA)	21	15.9
Talleres ocupacionales	21	15.9
Asociación de familiares (AFES)	18	13.6
Formación/Empleo	16	12.1
Centro de día	14	10.6
Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	11	8.3

En cuanto al uso de los diferentes recursos asistenciales y rehabilitadores de salud mental, el 8.3% de los encuestados acude al CRPS, el 10.6% asiste al Centro de Día, el 15.9% es asistido por el ECA, el 15.2% recibe atención de AFES y el 12.1% están incluidos en el programa de formación y empleo.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Tabla 33

Número total de etiquetas de diagnósticos de enfermería de NANDA-I asignada a cada persona (hasta 26 diagnósticos)

Etiquetas asignadas por persona	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
1	8	6.1
2	20	15.2
3	27	20.5
4	28	21.2
5	18	13.6
6	13	9.8
7	7	5.3
8	5	3.8
9	2	1.5
10	2	1.5
11	2	1.5

La mediana de la evolución del número total de etiquetas de diagnósticos de enfermería de NANDA-I asignado a cada persona es 4 (1-8.4). Casi 6 de cada 10 cuentan en su historia de salud con 2-4 diagnósticos de enfermería NANDA-I.

Resultados y Discusión

Tabla 34

Etiquetas de diagnósticos de enfermería de NANDA-I ordenadas según su frecuencia (26 diagnósticos) y su relación con el TMG

	Total N (%)	T. Psicótico (n=103) %(N)	T. Afectivos (n=25) %(N)	T. Personalidad (n=4) %(N)
Deterioro de la interacción social	59 (44.7)	49 (47.6)	9 (36.0)	1 (25.0)
Disposición para mejorar la gestión de la salud	49 (37.1)	38 (36.9)	10 (40.0)	1 (25.0)
Ansiedad	48 (36.4)	29 (28.2)	15 (60.0)	4 (100.0)
Gestión ineficaz de la salud	46 (34.8)	39 (37.9)	4 (16.0)	3 (75.0)
Obesidad	44 (33.3)	34 (33.0)	8 (32.0)	2 (50.0)
Déficit de las actividades recreativas	43 (32.6)	33 (32.0)	10 (40.0)	0 (0)
Tendencia a adoptar conductas de riesgo	32 (24.2)	26 (25.2)	3 (12.0)	3 (75.0)
Sobrepeso	28 (21.2)	25 (24.3)	3 (12.0)	0 (0)
Deterioro de la resiliencia	26 (19.7)	18 (17.5)	6 (24.0)	2 (50.0)
Descuido personal	20 (15.2)	18 (17.5)	1 (4.0)	1 (25.0)
Riesgo de confusión aguda	18 (13.6)	17 (16.5)	1 (4.0)	0 (0)
Labilidad emocional	18 (13.6)	8 (7.8)	7 (28.0)	3 (75.0)
Afrontamiento ineficaz	13 (9.8)	5 (4.9)	7 (28.0)	1 (25.0)
Insomnio	13 (9.8)	10 (9.7)	2 (8.0)	1 (25.0)
Deterioro generalizado del adulto	13 (9.8)	11 (10.7)	2 (8.0)	0 (0)
Gestión ineficaz del régimen familiar	12 (9.1)	9 (8.7)	3 (12.0)	0 (0)
Incumplimiento	11 (8.3)	9 (8.7)	1 (4.0)	1 (25.0)
Temor	11 (8.3)	8 (7.8)	2 (8.0)	1 (25.0)
Mantenimiento ineficaz de la salud	9 (6.8)	9 (8.7)	0 (0)	0 (0)
Desesperanza	9 (6.8)	4 (3.9)	4 (16.0)	1 (25.0)
Aislamiento social	8 (6.1)	8 (7.8)	0 (0)	0 (0)
Riesgo de violencia dirigida a otros	7 (5.3)	6 (5.8)	1 (4.0)	0 (0)
Riesgo de suicidio	7 (5.3)	3 (2.9)	3 (12.0)	1 (25.0)
Trastorno del patrón del sueño	7 (5.3)	4 (3.9)	2 (8.0)	1 (25.0)
Afrontamiento defensivo	4 (3.0)	3 (2.9)	1 (4.0)	0 (0)
Riesgo de violencia autodirigida	3 (2.3)	0 (0)	1 (4.0)	2 (50.0)

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Tabla 35

Frecuencia de etiquetas de diagnóstico de enfermería de NANDA-I por Dominios de NANDA-I

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Dominio 1. Promoción de la salud	0	5	3.8
(Gestión ineficaz de la salud; incumplimiento;	1	66	50.0
gestión ineficaz del régimen familiar; déficit de	2	37	28.0
las actividades recreativas; mantenimiento	3	21	15.9
ineficaz de la salud; deterioro generalizado del	4	3	2.3
adulto; disposición para mejorar la gestión de la	Total* dominio 1	127	96.2
salud; tendencia a adoptar conductas de riesgo)	0	61	46.2
Dominio 2. Nutrición	1	70	53.0
(Obesidad; sobrepeso)	2	1	.8
Total* dominio 2	71	53.8	
Dominio 4. Actividad/Reposo	0	97	73.5
(Insomnio; descuido personal; trastorno del	1	30	22.7
sueño)	2	5	3.8
Total* dominio 4	35	26.5	
Dominio 5. Percepción/Cognición	0	98	74.2
(Riesgo de confusión aguda; labilidad emocional)	1	32	24.2
2	2	1.5	
Total* dominio 5	34	25.8	
Dominio 6. Autopercepción	0	123	93.2
(Desesperanza)	1	9	6.8
Total* dominio 6	9	6.8	
Dominio 7. Rol/Relaciones	0	73	55.3
(Deterioro de la interacción social)	1	59	44.7
Total* dominio 7	59	44.7	
Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al	0	71	53.8
Estrés	1	32	24.2
(Afrontamiento ineficaz; afrontamiento defensivo;	2	18	13.6
ansiedad; temor; deterioro de la resiliencia)	3	10	7.6
4	1	.8	
Total* dominio 9	61	46.2	
Dominio 11. Seguridad/Protección	0	117	88.6
(Riesgo de violencia dirigida a otros; riesgo de	1	13	9.8
violencia autodirigida; riesgo de suicidio)	2	2	1.5
Total* dominio 11	15	11.4	
Dominio 12. Confort	0	124	93.9
(Aislamiento social)	1	8	6.1
Total* dominio 12	8	6.1	

* Total de personas que tienen al menos una etiqueta en ese dominio

Los dominios de NANDA-I 3, 8, 10 y 13 no están presentes en la selección de etiquetas de NANDA-I realizada para este estudio.

Resultados y Discusión

Tabla 36

Número total de etiquetas de clasificación de intervenciones de enfermería NIC asignada a cada persona (hasta 40 intervenciones)

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
3	2	1.5
4	4	3.0
5	13	9.8
6	13	9.8
7	16	12.1
8	18	13.6
9	19	14.4
10	12	9.1
11	11	8.3
12	8	6.1
13	4	3.0
14	2	1.5
15	1	0.8
16	4	3.0
17	3	2.3
18	1	.8
19	1	.8

La mediana del sumatorio de intervenciones de enfermería NIC es 8.5 (4.7-16).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Tabla 37

Etiquetas de clasificación de intervenciones de enfermería NIC ordenadas según la frecuencia (40 intervenciones) y su relación con el TMG

	Total N (%)	T. Psicótico (n=103) %(N)	T. Afectivos (n=25) %(N)	T. Personalidad (n=4) %(N)
Escucha activa	119 (90.2)	92 (89.3)	23 (92.0)	4 (100.0)
Administración de medicación: intramuscular	112 (84.1)	97 (94.2)	13 (52.0)	2 (50.0)
Monitorización de los signos vitales	102 (77.3)	80 (77.7)	19 (76.0)	3 (75.0)
Fomento del ejercicio	82 (62.1)	63 (61.2)	16 (64.0)	3 (75.0)
Educación para la salud	56 (42.2)	43 (41.7)	13 (52.0)	0 (0)
Manejo de la conducta	54 (40.9)	43 (41.7)	8 (32.0)	3 (75.0)
Intervención en caso de crisis	51 (38.6)	38 (36.9)	11 (44.0)	2 (50.0)
Fomentar la resiliencia	45 (34.1)	31 (30.1)	11 (44.0)	3 (75.0)
Manejo de la medicación	42 (31.8)	34 (33.0)	5 (20.0)	3 (75.0)
Disminución de la ansiedad	42 (31.8)	26 (25.2)	12 (48.0)	4 (100.0)
Asesoramiento nutricional	41 (31.1)	31 (30.1)	8 (32.0)	2 (50.0)
Intercambio de información de cuidados de salud	39 (29.5)	33 (32.0)	4 (16.0)	2 (50.0)
Apoyo emocional	36 (27.3)	21 (20.4)	13 (52.0)	2 (50.0)
Orientación de la realidad	33 (25.0)	28 (27.2)	3 (12.0)	2 (50.0)
Manejo de las ideas delirantes	29 (22.0)	29 (28.2)	0 (0)	0 (0)
Reunión multidisciplinar sobre cuidados	26 (19.7)	23 (22.3)	1 (4.0)	2 (50.0)
Apoyo a la familia	25 (18.9)	22 (21.4)	2 (8.0)	1 (25.0)
Establecer límites	23 (17.4)	16 (15.5)	5 (20.0)	2 (50.0)
Desarrollo de un programa	21 (15.9)	12 (11.7)	8 (32.0)	1 (25.0)
Manejo de las alucinaciones	20 (15.2)	20 (19.4)	0 (0)	0 (0)
Asesoramiento	19 (14.4)	13 (12.6)	5 (20.0)	1 (25.0)
Ayuda para el control del enfado	15 (11.4)	12 (11.7)	3 (12.0)	0 (0)
Acuerdo con el paciente	12 (9.1)	7 (6.8)	2 (8.0)	3 (75.0)
Potenciación de la autoestima	12 (9.1)	5 (4.9)	5 (20.0)	2 (50.0)
Apoyo al cuidador principal	12 (9.1)	8 (7.8)	2 (8.0)	2 (50.0)
Mejora del afrontamiento	11 (8.3)	7 (6.8)	3 (12.0)	1 (25.0)
Enseñanza: dieta prescrita	11 (8.3)	10 (9.7)	1 (4)	0 (0)
Ayuda para disminuir de peso	10 (7.6)	9 (8.7)	1 (4.0)	0 (0)
Manejo del delirio	10 (7.6)	10 (9.7)	0 (0)	0 (0)
Mejorar el sueño	9 (6.8)	5 (4.9)	2 (8.0)	2 (50.0)
Mediación de conflictos	9 (6.8)	7 (6.8)	2 (8.0)	0 (0)
Apoyo en la toma de decisiones	9 (6.8)	7 (6.8)	1 (4.0)	1 (25.0)
Consulta por teléfono	9 (6.8)	5 (4.9)	2 (8.0)	2 (50.0)
Prevención del suicidio	6 (4.5)	1 (1.0)	3 (12.0)	2 (50.0)
Seguimiento telefónico	5 (3.8)	4 (3.9)	1 (4.0)	0 (0)
Reestructuración cognitiva	4 (3.0)	3 (2.9)	1 (4.0)	0 (0)
Visitas domiciliarias de apoyo	4 (3.0)	3 (2.9)	1 (4.0)	0 (0)
Técnica de relajación	4 (3.0)	0 (0)	3 (12.0)	1 (25.0)
Manejo de la conducta: autolesión	3 (2.3)	2 (1.9)	0 (0)	1 (25.0)
Administración de medicación: oral	1 (0.8)	1 (1.0)	0 (0)	0 (0)

Resultados y Discusión

Tabla 38

Frecuencia de intervenciones de enfermería NIC según agrupación por categorías de Dominios NIC

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
	0	43	32.6
Dominio 1. Fisiológico: Básico (Fomento del ejercicio; asesoramiento nutricional; ayuda para disminuir de peso; enseñanza dieta prescrita; mejorar el sueño)	1	44	33.3
	2	29	22.0
	3	13	9.8
	4	3	2.3
	Total* dominio 1	89	67.4
	0	13	9.8
Dominio 2. Fisiológico: Complejo (Administración de medicación: intramuscular; administración de medicación: oral; manejo de la medicación)	1	84	63.6
	2	35	26.5
	Total* dominio 2	109	82.6
	0	1	.8
Dominio 3. Conductual (Acuerdo con el paciente; establecer límites; manejo de la conducta; manejo de la conducta: autolesión; ayuda para el control del enfado; orientación de la realidad; reestructuración cognitiva; escucha activa; mediación de conflictos; visitas domiciliarias de apoyo; apoyo emocional; apoyo en la toma de decisiones; asesoramiento; intervención en caso de crisis; mejora del afrontamiento; potenciación de la autoestima; educación para la salud; disminución de la ansiedad; técnica de relajación)	1	10	7.6
	2	17	12.9
	3	36	27.3
	4	24	18.2
	5	17	12.9
	6	15	11.4
	7	9	6.8
	8	1	.8
	9	1	.8
	10	1	.8
	Total* dominio 3	131	99.2
	0	22	16.7
Dominio 4. Seguridad (Prevención del suicidio; manejo de las alucinaciones; manejo de las ideas delirantes; manejo del delirio; monitorización de los signos vitales)	1	55	41.7
	2	53	40.2
	3	2	1.5
	Total* dominio 4	110	83.3
	0	62	47.0
Dominio 5. Familia (Fomentar la resiliencia; apoyo a la familia; apoyo al cuidador principal)	1	58	43.9
	2	12	9.1
	Total* dominio 5	70	53.0
	0	84	63.6
Dominio 6. Sistema Sanitario (Consulta por teléfono; reunión multidisciplinar sobre cuidados; intercambio de información de cuidados de salud; seguimiento telefónico)	1	21	15.9
	2	23	17.4
	3	4	3.0
	Total* dominio 6	48	36.4
	0	111	84.1
Dominio 7. Comunidad (Desarrollo de un programa)	1	21	15.9
	Total* dominio 7	21	15.9

* Total de personas que tienen al menos una etiqueta en ese dominio

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

7.2.3. Viñetas COOP/WONCA

En este apartado se recogen las puntuaciones de las viñetas COOP/WONCA, señaladas por los participantes, realizando un sumatorio total de las mismas (véase [Tabla 39](#)), estando relacionadas las puntuaciones menores con una mejor percepción subjetiva de calidad de vida. Además, se realizan recategorizaciones en favorable y desfavorable de cada dimensión de las viñetas COOP/WONCA, agrupando las puntuaciones extremas y tomando como valor perdido la puntuación intermedia en las respuestas de la escala COOP/WONCA (véase [Tabla 40](#)).

Tabla 39

Puntuación total del Cuestionario COOP/WONCA: General de CDV (entre 10 y 50, puntuaciones menores relacionadas con mejor estado)

Puntuación total del Cuestionario COOP/WONCA	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
12	2	1.5
14	3	2.3
15	2	1.5
16	3	2.3
17	5	3.8
18	2	1.5
19	3	2.3
20	7	5.3
21	5	3.8
22	12	9.1
23	12	9.1
24	7	5.3
25	4	3.0
26	9	6.8
27	6	4.5
28	8	6.1
29	4	3.0
30	9	6.8
31	6	4.5
32	5	3.8
33	4	3.0
34	2	1.5
35	4	3.0
36	3	2.3
37	1	.8
38	3	2.3
42	1	.8

Resultados y Discusión

La mediana de la puntuación total del cuestionario de la calidad de vida COOP/WONCA es 25 (15-36).

Tabla 40

Dimensiones del cuestionario COOP/WONCA

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
COOP-Forma física	Favorable (valor 1 y 2)	35	26.5
	Desfavorable (valor 4 y 5)	49	37.1
	Intermedio (valor 3)	48	36.4
COOP-Sentimientos	Favorable (valor 1 y 2)	65	49.2
	Desfavorable (valor 4 y 5)	25	18.9
	Intermedio (valor 3)	42	31.8
COOP-Actividades cotidianas	Favorable (valor 1 y 2)	88	66.7
	Desfavorable (valor 4 y 5)	16	12.1
	Intermedio (valor 3)	28	21.2
COOP-Cuidados personales: lavarse y vestirse	Favorable (valor 1 y 2)	113	85.6
	Desfavorable (valor 4 y 5)	8	6.1
	Intermedio (valor 3)	11	8.3
COOP-Actividades sociales	Favorable (valor 1 y 2)	52	39.4
	Desfavorable (valor 4 y 5)	45	34.1
	Intermedio (valor 3)	35	26.5
COOP-Cambios en el estado de salud	Favorable (valor 1 y 2)	52	39.4
	Desfavorable (valor 4 y 5)	19	14.4
	Intermedio (valor 3)	61	46.2
COOP-Estado de salud	Favorable (valor 1 y 2)	20	15.2
	Desfavorable (valor 4 y 5)	57	43.2
	Intermedio (valor 3)	55	41.7
COOP-Dolor	Favorable (valor 1 y 2)	77	58.3
	Desfavorable (valor 4 y 5)	24	18.2
	Intermedio (valor 3)	31	23.5
COOP-Apoyo social	Favorable (valor 1 y 2)	47	35.6
	Desfavorable (valor 4 y 5)	40	30.3
	Intermedio (valor 3)	45	34.1
COOP-Calidad de vida	Favorable (valor 1 y 2)	50	37.9
	Desfavorable (valor 4 y 5)	11	8.3
	Intermedio (valor 3)	71	53.8

En general, las puntuaciones en cada dimensión son mayores en la categoría de favorables, excepto en la dimensión de forma física (37.1%) y estado de salud (43.2%) donde son mayores las desfavorables.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

7.3. ANÁLISIS BIVARIADO

7.3.1. Trastorno mental grave: trastornos psicóticos, trastornos afectivos y trastornos de personalidad

Se analizan las diferencias y relaciones entre trastorno mental grave y las siguientes variables. Es necesario aclarar que los datos expuestos a continuación recogen las frecuencias y los porcentajes en relación al 100% de las variables a analizar con los diferentes trastornos mentales graves.

7.3.1.1. Análisis bivariado entre el tipo de trastorno mental grave y las variables correspondientes a las características sociodemográficas

7.3.1.1.1. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y el sexo

Se comprobó mayor frecuencia de trastorno psicótico en el grupo de los hombres (66%, n=68), que en el de las mujeres (34%, n=35), (p=.006). Además, hay mayor frecuencia de trastornos afectivos en las mujeres (60%, n=15), que en los hombres (40%, n=10), (p=.0025).

7.3.1.1.2. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y la edad

No hay resultados estadísticos significativos.

7.3.1.1.3. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y el estado civil

Existe relación significativa en la frecuencia de trastornos psicóticos (n=103), siendo mayor en el grupo de personas solteras (86.6%, n=79) que en el grupo de casadas/os, convivientes, separadas/os, divorciadas/os o viudas/os (58.8%, n=24), (p<.001). Sin embargo, en el trastorno afectivo (n=25), la frecuencia es mayor en las casadas/os, convivientes, separadas/os, divorciadas/os y viudas/os (34.1%, n=14), que en las personas solteras (12.1%, n=11), (p=.003).

Resultados y Discusión

7.3.1.1.4. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y la descendencia

Existe relación significativa en la frecuencia de trastornos psicóticos ($n=103$), siendo mayor el grupo de personas que no tienen hijas/os (85.3%, $n=81$), frente a los que sí tienen (59.5%, $n=22$), ($p=.001$). En el grupo de personas con trastorno afectivo ($n=25$) existe una frecuencia mayor en los que sí tienen hijas/os (31.5%, $n=13$), frente a los que no tienen (12.6%, $n=12$), ($p=.003$).

7.3.1.1.5. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y el número de personas que viven en el mismo domicilio, el tipo de apoyo familiar recibido, el nivel de estudios, la situación laboral actual y los ingresos económicos

No hay resultados estadísticos significativos.

7.3.1.1.6. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y el tipo de trabajo desempeñado

Se debe tener en cuenta que se han considerado como casos perdidos aquellos que no han trabajado, $n=25$.

Existe relación significativa en el grupo de personas con trastorno psicótico ($n=103$), siendo mayor la frecuencia de aquellos que desempeñan trabajos que no requieren especialización (83.1%, $n=59$), frente a los que sí la requieren (58.3%, $n=21$), ($p=.005$). Sin embargo, en el grupo de personas con trastorno afectivo ($n=25$) la frecuencia es mayor en los que desempeñan trabajos con especialización (38.9%, $n=14$), frente a los que no la requieren (14.1%, $n=10$), ($p=.004$).

Existe relación significativa en el grupo de personas con trastornos psicóticos ($n=103$), presentando mayor frecuencia en el grupo que desempeñan trabajos que requieren menos especialización (77.2%, $n=78$), frente a los que requieren estudios universitarios (33.3%, $n=2$), ($p=.034$). También lo observamos en el grupo de trastornos afectivos ($n=25$), donde es mayor la

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

presencia del grupo de personas con trabajos con menos especialización (19.8%, n=20), frente a los que requieren estudios universitarios (66.7%, n=4), (p=.022).

7.3.1.2. Análisis bivariado entre el tipo de trastorno mental grave y las variables correspondientes a los datos clínicos

7.3.1.2.1. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y la edad de inicio de la enfermedad

Se comprobaron diferencias significativas, siendo menor la edad de inicio de la enfermedad en las personas con trastornos psicóticos 22(17-40) vs 30(14.5-57); U de Mann-Whitney 1008.000 (p=.007); y mayor en las personas con trastornos afectivos 30(18-57.8) vs 22(16.4-40); U de Mann-Whitney 995.000 (p=.025).

Además, se comprobó en el grupo de personas con trastornos afectivos (n=25) una frecuencia mayor en las que el inicio de la enfermedad fue a los 25 años o después (26.2%, n=16), frente al grupo de personas en las que el inicio fue antes de los 25 años (12.7%, n=9), (p=.048).

7.3.1.2.2. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave, el número de ingresos hospitalario y el número de visitas al servicio de urgencias en el último mes

No hay resultados estadísticos significativos.

7.3.1.2.3. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y los problemas de salud

En el grupo de personas con trastornos psicóticos (n=103) existe menor presencia de problemas de salud oncológicos y ginecológicos (60.9%, n=14), frente a los que no presentaban estos problemas (oncológicos y ginecológicos) (81.7%, n=89), (p=.029). Del mismo modo, en el caso del grupo de

Resultados y Discusión

personas con trastorno afectivo (n=25) era menor la presencia de problemas oncológicos y ginecológicos (34.8%, n=8) vs (15.6%, n=17), (p=.043).

7.3.1.2.4. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y la presencia de hábitos no saludables

No hay resultados estadísticos significativos entre las variables de trastorno mental grave y la presencia de hábitos no saludables seleccionados (consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas actual y/o en el pasado, no realización de ejercicio físico, consumo de café >3 al día, consumo de productos ricos en azúcares, <6 horas de sueño).

7.3.1.2.5. Análisis bivariado entre las categorías de trastorno mental grave y la adherencia a las pautas terapéuticas

Solo existe relación significativa en el grupo de personas con trastornos de personalidad (n=4), refiriendo mantener una dieta no saludable el 100% (n=4), (p=.043).

7.3.1.2.6. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave, la polimedicación (>4 fármacos prescritos) y los tratamientos prescritos (psiquiátricos, somáticos y totales)

No hay resultados estadísticos significativos.

7.3.1.2.7. Análisis bivariado entre las categorías de trastorno mental grave y los efectos adversos más relevantes

Existe relación significativa en el grupo de personas con trastornos psicóticos (n=103), siendo menor la presencia de efectos adversos metabólicos en este grupo (87.3%, n=48) vs (71.4%, n=55), (p=.030). Del mismo modo, en el grupo de personas con trastornos afectivos (n=25), la presencia es menor (7.3%, n=4) vs (27.3%, n=21), (p=.004); sin embargo, del grupo total de la muestra que refieren presentar efectos adversos metabólicos (n=55), el 87.3% (n=48) tienen diagnosticado trastorno psicótico.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

En relación a los efectos adversos neurológicos, la presencia es significativamente menor en el grupo de personas con trastornos afectivos (7.7%, n=3) vs (23.7%, n=22), (p=.033).

Además, se comprobó menor presencia de disfunción sexual en el grupo de personas con trastornos psicóticos (94.6%, n=35) vs (71.6%, n=68), (p=.004), y en el de trastornos afectivos (5.4%, n=2) vs (24.2%, n=23), (p=.013); sin embargo, del grupo total de la muestra que refieren presentar disfunción sexual (n=37), el 94.6% (n=35) tienen diagnosticado trastorno psicótico.

7.3.1.2.8. Análisis bivariado entre las categorías de trastorno mental grave y el uso de recursos asistenciales

Existe relación significativa entre el grupo de personas con trastornos psicóticos (n=103) y el uso de recursos asistenciales (n=63), siendo mayor su frecuencia de uso (85.7%, n=54) vs (71%, n=49), (p=.042). Además, la asistencia por el ECA (n=21) a personas con trastorno psicótico es menor (95.2%, n=20) vs (74.8%, n=83), (p=.044); sin embargo, del total de personas atendidas por el ECA, el 95.2% están diagnosticados con trastorno psicótico. Igualmente, la asistencia a los Centros de Día (n=14) es menor dentro del grupo de personas con trastorno psicótico (100%, n=14) vs (75.4%, n=89), (p=.039), si bien el total de las personas que acuden a los Centros de Día tienen el diagnóstico de trastorno psicótico.

Sin embargo, en el grupo con trastornos afectivos (n=25), se comprobó menor frecuencia del uso de recursos asistenciales (11.1%, n=7) vs (26.1%, n=18), (p=.028).

7.3.1.2.9. Análisis bivariado entre las categorías de trastorno mental grave, el número de visitas en el último año a las consultas de enfermería, psiquiatría y el sumatorio total de visitas al servicio de la USMC de La Laguna

No hay resultados estadísticos significativos.

Resultados y Discusión

7.3.1.2.10. Análisis bivariado entre las categorías de trastorno mental grave y las etiquetas de NANDA-I más frecuentes

Tabla 41

Frecuencia de las etiquetas diagnósticas de enfermería (NANDA-I) más frecuentes, según el tipo de trastorno mental grave. Pruebas de Chi-cuadrado

Dxe		T. Psicótico (n=103)		P	T. Afectivos (n=25)		P	T. Personalidad (n=4)		P
		%(N)			%(N)			%(N)		
Ansiedad	Ausente	88.1 (74)		<.001	A 11.9 (10)		.006	A 0 (0)		.016
	Presente	60.4 (29)			P 31.3 (15)			P 8.3 (4)		
Gestión ineficaz de la salud	Ausente	34.3 (64)		-	A 24.4 (21)		.028	A 1.2 (1)		-
	Presente	84.8 (39)			P 8.7 (4)			P 6.5 (3)		
Tendencia a adoptar conductas de riesgo	Ausente	77.0 (77)		-	A 22.0 (22)		-	A 1.0 (1)		.044
	Presente	81.3 (26)			P 9.4 (3)			P 9.4 (3)		
Labilidad emocional	Ausente	83.3 (95)		.001	A 15.8 (18)		.045	A .9 (1)		.008
	Presente	44.4 (8)			P 38.9 (7)			P 16.7 (3)		
Afrontamiento ineficaz	Ausente	82.4 (98)		.001	A 15.1 (18)		.003	A 2.5 (3)		-
	Presente	38.5 (5)			P 53.8 (7)			P 7.7 (1)		
Desesperanza	Ausente	80.5 (99)		.024	A 17.1 (21)		-	A 2.4 (3)		-
	Presente	44.4 (4)			P 44.4 (4)			P 11.1 (1)		
Riesgo de suicidio	Ausente	80.0 (100)		.041	A 17.6 (22)		-	A 2.4 (3)		-
	Presente	42.9 (3)			P 42.9 (3)			P 14.3 (1)		
Riesgo de violencia autodirigida	Ausente	79.8 (103)		.010	A 18.6 (24)		-	A 1.6 (2)		.002
	Presente	0 (0)			P 33.0 (1)			P 66.7 (2)		

-.: sin significación

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

7.3.1.2.11. Análisis bivariado entre las categorías de trastorno mental grave
 y las intervenciones de enfermería NIC más frecuentes

Tabla 42

Frecuencia de las intervenciones de enfermería NIC más frecuentes, según el tipo de trastorno mental grave. Pruebas de Chi-cuadrado

NIC		T. Psicótico (n=103)		p	T. Afectivos (n=25)		p	T. Personalidad (n=4)		p	
		%	(N)		%	(N)		%	(N)		
Administración de medicación: intramuscular	Ausente	30.0	(6)	<.001	A	60.0	(12)	<.001	A	10.0	(2)
	Presente	86.6	(97)		P	11.6	(13)		P	1.8	(2)
Disminución de la ansiedad	Ausente	85.6	(77)	.002	A	14.4	(13)	-	A	0	(0)
	Presente	61.9	(26)		P	28.6	(12)		P	9.5	(4)
Apoyo emocional	Ausente	85.4	(82)	.001	A	12.5	(12)	.002	A	2.1	(2)
	Presente	58.3	(21)		P	36.1	(13)		P	5.6	(2)
Manejo de las ideas delirantes	Ausente	71.8	(74)	.001	A	24.3	(25)	.003	A	3.9	(4)
	Presente	100.0	(29)		P	0	(0)		P	0	(0)
Prevención del suicidio	Ausente	81.0	(102)	.002	A	17.5	(22)	-	A	1.6	(2)
	Presente	16.7	(1)		P	50.0	(3)		P	33.3	(2)
Manejo de las alucinaciones	Ausente	74.1	(83)	.007	A	22.3	(25)	.014	A	3.6	(4)
	Presente	100.0	(20)		P	0	(0)		P	0	(0)
Reunión multidisciplinar sobre cuidados	Ausente	75.5	(80)	-	A	22.6	(24)	.027	A	1.9	(2)
	Presente	88.5	(23)		P	3.8	(1)		P	7.7	(2)
Desarrollo de un programa	Ausente	82.0	(91)	.020	A	15.3	(17)	.029	A	2.7	(3)
	Presente	57.1	(12)		P	38.1	(8)		P	4.8	(1)
Acuerdo con el paciente	Ausente	80.0	(96)	-	A	19.2	(23)	-	A	.8	(1)
	Presente	58.3	(7)		P	16.7	(2)		P	25.0	(3)
Potenciación de la autoestima	Ausente	81.7	(98)	.005	A	16.7	(20)	.051	A	1.7	(2)
	Presente	41.7	(5)		P	41.7	(5)		P	16.7	(2)
Apoyo al cuidador principal	Ausente	79.2	(95)	-	A	19.2	(23)	-	A	1.7	(2)
	Presente	66.7	(8)		P	16.7	(2)		P	16.7	(2)
Mejorar el sueño	Ausente	79.7	(98)	-	A	18.7	(23)	-	A	1.6	(2)
	Presente	55.6	(5)		P	22.2	(2)		P	22.2	(2)
Consulta por teléfono	Ausente	79.7	(98)	-	A	18.7	(23)	-	A	1.6	(2)
	Presente	55.6	(5)		P	22.2	(2)		P	22.2	(2)
Técnica de relajación	Ausente	80.5	(103)	.002	A	17.2	(22)	.021	A	2.3	(3)
	Presente	0	(0)		P	75.0	(3)		P	25.0	(1)

--: sin significación

Resultados y Discusión

7.3.1.2.12. Análisis de los tipos de trastorno mental grave con las medianas del número total de etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC

En relación a las etiquetas diagnósticas, se han obtenido los siguientes resultados:

Para los trastornos psicóticos la mediana es 4 (2-8).

Para los trastornos afectivos la mediana es 4 (1-10.10).

Para los trastornos de personalidad la mediana es 7 (6-).

En relación a las intervenciones de enfermería NIC, se han obtenido los siguientes resultados:

Para los trastornos psicóticos la mediana es 8 (4.20-15.80).

Para los trastornos afectivos la mediana es 8 (4.30-16.70).

Para los trastornos de personalidad la mediana es 14.50 (11-).

7.3.1.3. Análisis entre el tipo de trastorno mental grave y la escala de valoración de la percepción de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA

Se comprobaron diferencias significativas en las personas con trastorno psicótico (n=103), obteniendo una media de puntuación global menor en las láminas COOP/WONCA, lo que significa una mejor percepción de calidad de vida, 24.9 (DT 5.9) vs 27.6 (DT 7.0), (p=.041). No se observaron diferencias significativas para el trastorno afectivo y de personalidad.

Existe relación significativa en la percepción de los problemas emocionales, según la lámina COOP-sentimientos, de las personas con trastorno psicótico (n=103), siendo mayores las puntuaciones de que *nada en absoluto o un poco les han afectado esos problemas emocionales* (86.4%, n=55), frente a los que perciben que *esos problemas les afectan bastante o intensamente* (56%, n=14), (p=.004). En el grupo de trastornos afectivos (n=25), también las puntuaciones son mayores para las personas que la valoran como favorable (15.4%, n=10), frente a los que la puntúan como desfavorable (36%, n=9), (p=.032).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

En las personas de la muestra con trastorno afectivo (n=25) existe relación significativa en la percepción del autocuidado, según la lámina COOP-cuidados personales, siendo mayores las valoraciones en aquellos que *no han presentado ninguna dificultad o un poco de dificultad en el autocuidado* (15.9%, n=18), frente a los que valoran que presentan *mucha dificultad o toda, no han podido hacer nada* (50%, n=4), (p=.036).

En el grupo de trastornos psicóticos (n=103) se han encontrado relaciones significativas en la percepción del dolor, según la lámina COOP-dolor, siendo mayores las valoraciones de aquellos que *no han experimentado nada de dolor o dolor muy leve en las últimas semanas* (85.7%, n=66), frente a los que *han experimentado dolor moderado o intenso* (58.3%, n=14), (p=.008). En el caso del grupo de personas con trastorno afectivo (n=25) también las valoraciones han sido mayores en los que *no han experimentado nada de dolor o dolor muy leve en las últimas semanas* (13%, n=10) vs (33.3%, n=8), (p=.033).

Resultados y Discusión

7.3.2. Dimensiones de calidad de vida, según la escala de valoración de COOP/WONCA

Se analizan las diferencias y relaciones entre las dimensiones de calidad de vida y las siguientes variables seleccionadas. Es necesario aclarar que los datos expuestos a continuación recogen las frecuencias y los porcentajes en relación al 100% de las variables a analizar con las diferentes dimensiones de calidad de vida. Para el análisis de las dimensiones se han utilizado las variables categorizadas como escala tipo Likert, nominal en favorable o desfavorable, así como el sumatorio total de las dimensiones COOP/WONCA.

7.3.2.1. Correlación entre las dimensiones de calidad de vida

Tabla 43

Correlaciones entre las 10 dimensiones de las láminas COOP/WONCA de calidad de vida

		COOP Estado de salud	COOP Forma física	COOP Sentimiento	COOP Actividades cotidianas	COOP Cuidados personales: lavarse y vestirse	COOP Actividades sociales	COOP Cambios en el estado de salud	COOP Dolor	COOP Apoyo social	COOP Calidad de vida
COOP-Estado de salud	Coefficiente de correlación	1,000									
	Sig. (bilateral)										
COOP-Forma física	Coefficiente de correlación	,425**	1,000								
	Sig. (bilateral)	,000									
COOP-Sentimientos	Coefficiente de correlación	,394**	,289**	1,000							
	Sig. (bilateral)	,000	,001								
COOP-Actividades cotidianas	Coefficiente de correlación	,438**	,445**	,455**	1,000						
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000							
COOP-Cuidados personales: lavarse y vestirse	Coefficiente de correlación	,440**	,381**	,405**	,590**	1,000					
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000						
COOP-Actividades sociales	Coefficiente de correlación	,265**	,232**	,231**	,338**	,214*	1,000				
	Sig. (bilateral)	,002	,008	,008	,000	,014					
COOP-Cambios en el estado de salud	Correlación de Pearson	,428**	,245**	,134	,270**	,178*	,282**	1,000			
	Sig. (bilateral)	,000	,005	,126	,002	,042	,001				
COOP-Dolor	Coefficiente de correlación	,489**	,272**	,363**	,361**	,460**	,159	,249**	1,000		
	Sig. (bilateral)	,000	,002	,000	,000	,000	,068	,004			
COOP-Apoyo social	Correlación de Pearson	,261**	,291**	,141	,177**	,225**	,221*	,211*	,238**	1,000	
	Sig. (bilateral)	,002	,001	,108	,042	,009	,011	,015	,006		
COOP-Calidad de vida	Coefficiente de correlación	,346**	,164	,489**	,332**	,236**	,232**	,389**	,320**	,300**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,061	,000	,000	,006	,007	,000	,000	,000	
	N	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132

*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

**. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

***. Se ha utilizado el coeficiente de correlación de Spearman excepto para la correlación entre las variables cambios en el estado de salud y apoyo social debido a la normalidad de la distribución, en el que se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

7.3.2.2. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA y las características sociodemográficas

Se debe tener en cuenta que las puntuaciones de valor 3 han sido consideradas como casos perdidos.

7.3.2.2.1. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el sexo

No hay resultados estadísticos significativos, según la prueba T de Student, entre el sexo (mujeres n=53; hombres n=79) y el sumatorio de puntos de la valoración de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA.

Se comprobó una mayor frecuencia de hombres que valoran, según la lámina COOP-sentimientos, que *los problemas emocionales les han afectado poco o nada en absoluto* (84.3%, n=43), frente al grupo de mujeres (56.4%, n=22), (p=.003). Además, la lámina COOP-cambios en el estado de salud ha sido valorada como *un poco mejor o mucho mejor* con mayor frecuencia entre los hombres (84.1%, n=37), que entre las mujeres (55.6%, n=15), (p=.008).

7.3.2.2.2. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y la edad

Habiendo relacionado la variable edad con el sumatorio de las puntuaciones globales de las láminas COOP (coeficiente de correlación de Pearson=0.283), (p= .001), se establece que existe una relación positiva o directa, débil, es decir, a mayor edad de la muestra mayores son las puntuaciones de las láminas COOP, lo que significa una peor percepción subjetiva de la calidad de vida.

En relación al análisis con la prueba Anova se comprobaron diferencias significativas entre las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA (atendiendo a las puntuaciones de 1 a 5), y la edad, siendo las personas de más edad las que refieren un estado de forma física peor, con un grado de *actividad física ligera o moderada* (p=.031) (véase [Tabla 44](#)).

Resultados y Discusión

Tabla 44
 ANOVA de un factor para COOP Actividad física y la edad

Descriptivos

Edad

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Muy intensa	11	41.64	13.786	4.157	32.37	50.90	19	71
Intensa	24	43.92	12.039	2.458	38.83	49.00	20	65
Moderada	48	49.60	10.166	1.467	46.65	52.56	28	73
Ligera	47	50.77	11.873	1.732	47.28	54.25	19	76
Muy ligera	2	40.50	2.121	1.500	21.44	59.56	39	42
Total	132	48.18	11.728	1.021	46.16	50.20	19	76

Prueba de homogeneidad de varianzas

Edad

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,839	4	127	,503

ANOVA de un factor

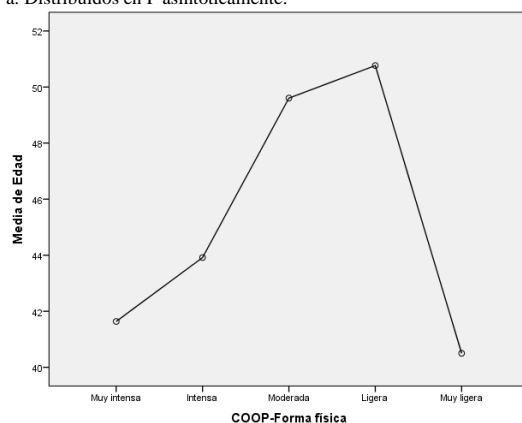
Edad

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1436.853	4	359.213	2.751	,031
Intra-grupos	16580.783	127	130.557		
Total	18017.636	131			

Pruebas robustas de igualdad de las medias

	Estadístico ^a	gl1	gl2	Sig.
Welch	6.222	4	12.601	,005

a. Distribuidos en F asintóticamente.



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/--/-- :--:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Por otro lado, las personas de más edad valoran *que presentan un poco de dificultad o dificultad moderada para sus cuidados personales*; ($p=.026$) (véase [Tabla 45](#)).

Tabla 45

ANOVA de un factor para COOP Cuidados personales: lavarse y vestirse y la edad

Descriptivos

Edad	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mín.	Máx.
					Límite inferior	Límite superior		
					Ninguna dificultad	98		
Un poco de dificultad	15	54.67	11.050	2.853	48.55	60.79	31	76
Dificultad moderada	11	53.82	9.474	2.857	47.45	60.18	36	69
Mucha dificultad	7	49.57	11.356	4.292	39.07	60.07	39	71
Todo, no he podido hacer nada	1	61.00	61	61
Total	132	48.18	11.728	1.021	46.16	50.20	19	76

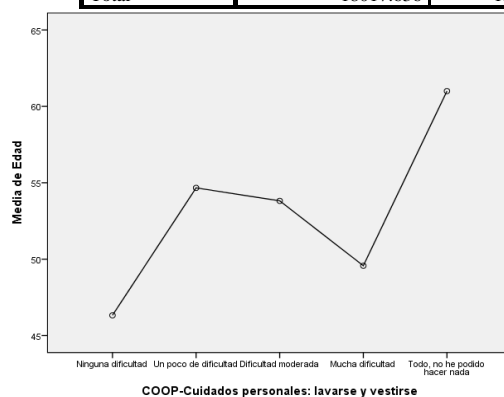
Prueba de homogeneidad de varianzas

Edad	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
	,597 ^a	3	127	,618

a. Los grupos con un único caso se ignorarán al calcular la prueba de homogeneidad de la varianza para Edad.

ANOVA de un factor

Edad	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1495.401	4	373.850	2.874	,026
Intra-grupos	16522.235	127	130.096		
Total	18017.636	131			



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Resultados y Discusión

Asimismo, a medida que aumenta la edad valoran *que no ha habido cambios en su estado de salud o que han emporado ligeramente*, ($p=.007$) (véase [Tabla 46](#)).

Tabla 46

ANOVA de un factor para COOP Cambios en el estado de salud y la edad

Descriptivos

Edad

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Mucho mejor	16	42.25	12.466	3.116	35.61	48.89	19	61
Un poco mejor	36	44.11	11.570	1.928	40.20	48.03	22	65
Igual, por el estilo	61	51.02	10.695	1.369	48.28	53.76	19	76
Un poco peor	16	51.63	11.815	2.954	45.33	57.92	25	73
Mucho peor	3	52.67	8.505	4.910	31.54	73.79	44	61
Total	132	48.18	11.728	1.021	46.16	50.20	19	76

Prueba de homogeneidad de varianzas

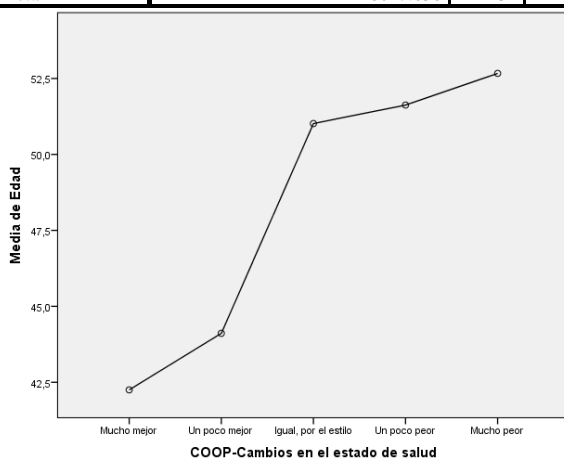
Edad

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
.415	4	127	.797

ANOVA de un factor

Edad

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1899.681	4	474.920	3.742	.007
Intra-grupos	16117.956	127	126.913		
Total	18017.636	131			



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/--/--- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Las personas de más edad valoran *su salud como regular o mala*, ($p=.002$) (véase [Tabla 47](#)).

Tabla 47

ANOVA de un factor para COOP Estado de salud y la edad

Descriptivos

Edad

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Excelente	4	44.25	9.215	4.608	29.59	58.91	35	57
Muy buena	16	47.56	12.738	3.185	40.77	54.35	19	63
Buena	55	44.09	12.171	1.641	40.80	47.38	19	76
Regular	54	52.24	9.811	1.335	49.56	54.92	24	73
Mala	3	58.67	3.215	1.856	50.68	66.65	55	61
Total	132	48.18	11.728	1.021	46.16	50.20	19	76

Prueba de homogeneidad de varianzas

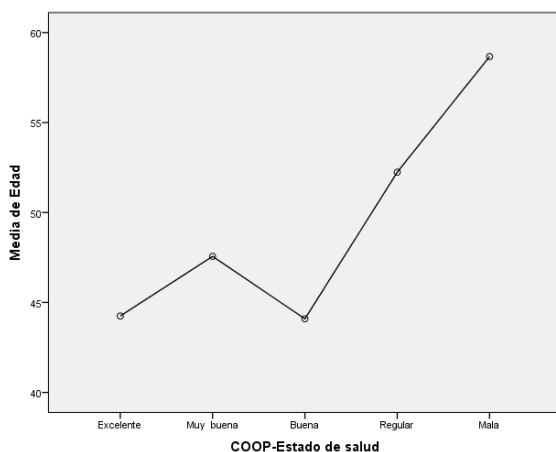
Edad

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
1.697	4	127	.155

ANOVA de un factor

Edad

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	2207.866	4	551.967	4.434	.002
Intra-grupos	15809.770	127	124.486		
Total	18017.636	131			



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

7.3.2.2.3. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el estado civil

No hay resultados estadísticos significativos, según la prueba T de Student, entre el sumatorio global de la valoración de las dimensiones de calidad de vida de las láminas COOP/WONCA y el estado civil (casadas/os, convivientes, separadas/os, divorciadas/os o viudas/os, n=41; solteras/os, n=91).

Existe relación significativa en las valoraciones de la escala COOP-dolor, siendo mayor en el grupo de las casadas/os, convivientes, separadas/os, divorciadas/os o viudas/os (40%, n=14), valorando que *han tenido dolor moderado o intenso en las últimas semanas*, frente a las/os solteras/os (15.2%, n=10), (p=.005).

7.3.2.2.4. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y la variable correspondiente a la descendencia

No hay resultados estadísticos significativos, según la prueba T de Student, entre el sumatorio global de la valoración de las dimensiones de calidad de vida en las láminas COOP/WONCA y su descendencia (tienen hijas/os, n=37; no tienen hijas/os, n=95).

En las láminas COOP-sentimientos hay relación significativa, siendo mayor la valoración de que *les han afectado esos problemas emocionales bastante o intensamente* en el grupo que tiene hijas/os (42.3%, n=11), frente a los que no tienen hijas/os (21.9%, n=14), (p=.050). Además, se comprobaron frecuencias mayores en la percepción del dolor como *moderado o intenso*, según la escala COOP-dolor, para aquellas/os que tienen hijas/os (38.7%, n=12), frente al grupo que no tienen hijas/os (17.1%, n=12), (p=.019).

7.3.2.2.5. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el tipo de convivencia

No hay resultados estadísticos significativos, entre la valoración de las dimensiones de calidad de vida en las láminas COOP/WONCA y el número de personas que conviven en el mismo domicilio.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

7.3.2.2.6. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el tipo de apoyo principal que reciben

No hay resultados estadísticos significativos, entre la valoración de las dimensiones de calidad de vida en las láminas COOP/WONCA y el tipo de apoyo principal que reciben.

7.3.2.2.7. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el nivel de estudio

No hay resultados estadísticos significativos, entre la valoración de las dimensiones de calidad de vida en las láminas COOP/WONCA y el nivel de estudios.

7.3.2.2.8. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y la situación laboral actual

No hay resultados estadísticos significativos entre la valoración de las dimensiones de calidad de vida en las láminas COOP/WONCA y la situación laboral.

7.3.2.2.9. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el tipo de trabajo

No hay resultados estadísticos significativos, según la prueba T de Student, entre el sumatorio global de la valoración de las dimensiones de calidad de vida en las láminas COOP/WONCA y el tipo de trabajo que tienen (considerando como casos perdidos los que no tienen trabajo; trabajos sin especialización, n=71; trabajos con especialización, n=30; trabajos con estudios universitarios, n=6).

Según la escala COOP-estado de salud existe mayor frecuencia de percepción del estado de salud como *regular o malo* en el grupo que desarrolla trabajos sin especialización (82.9%, n=34), frente al grupo que tienen trabajos con especialización (56.5%, n=13), (p=.022). Además, existe relación significativa en la valoración del autocuidado, escala COOP cuidados personales: lavarse y vestirse, habiendo presentado *mucha dificultad o toda, no han podido hacer nada* el grupo que

Resultados y Discusión

tienen trabajos con estudios universitarios (33.3%, n=2), frente a los que tienen trabajos con menos especialización (4.4%, n=4), (p=.044).

7.3.2.2.10. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el tipo de ingresos económicos o la cuantía económica que reciben

No hay resultados estadísticos significativos, según la prueba T de Student, entre el sumatorio global de la valoración de las dimensiones de calidad de vida en las láminas COOP/WONCA y la situación económica (tienen ingresos económicos, n=116; no tienen ingresos económicos, n=16).

Existe relación significativa en la valoración de la escala COOP-apoyo social, siendo la percepción de que *había alguien o no había nadie en absoluto que los ayudara* mayor en las personas que tienen ingresos económicos (50%, n=38), frente a los que no tienen ingresos (18.2%, n=2), (p=.048).

7.3.2.3. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA y los datos clínicos

Se debe tener en cuenta que las puntuaciones de valor 3 han sido consideradas como casos perdidos.

7.3.2.3.1. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y la edad de inicio de la enfermedad

No hay resultados estadísticos significativos, según la prueba T de Student, Anova y Spearman, entre el sumatorio de puntos de la valoración de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y la edad de inicio de la enfermedad de las personas.

Existe relación significativa en la valoración de dolor *moderado o intenso*, según la lámina COOP-dolor, siendo la frecuencia mayor en el grupo de personas que tenían 25 años o más cuando debutó la enfermedad (33.3%, n=16) vs (15.1%, n=8), (p=.032).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Además, se comprobaron diferencias significativas entre la edad de inicio de la enfermedad y el grupo de personas que referían *nada de dolor o dolor muy leve* frente a los que referían *dolor intenso o moderado* 21(17-39.5) vs 29.5(12.8-54.5); U de Mann-Whitney 669.500 (p=.042).

7.3.2.3.2. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y los años de enfermedad

Habiendo relacionado los años de enfermedad con el sumatorio de las puntuaciones de las láminas COOP existe una relación directa y débil, con un valor de coeficiente de correlación de Spearman de 0.197 (p=.024), es decir, a más años de enfermedad en la muestra mayores son las puntuaciones de las láminas COOP, siendo peor la percepción subjetiva que tienen las personas sobre calidad de vida.

7.3.2.3.3. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el número de ingresos hospitalarios

No hay resultados estadísticos significativos, según la prueba de correlación de Spearman, entre el sumatorio de puntos de las valoraciones de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y número de ingresos hospitalarios de las personas.

Existen diferencias significativas en el número de hospitalizaciones, siendo las personas que han tenido mayor número de hospitalizaciones las que han presentado menores limitaciones en la realización de las actividades sociales (familia, amistades, vecinas/os y grupos sociales), según la lámina COOP/WONCA-actividades sociales, 2.5(0-10.4) vs 2(0-6); U de Mann-Whitney 894.000 (p=.043). Además, las personas que han tenido menos ingresos perciben que *todo el mundo o bastantes personas estaban dispuestos a ayudarles* 2(0-8.2) vs 3(0-6); U de Mann-Whitney 713.500 (p=.050).

Resultados y Discusión

7.3.2.3.4. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y las visitas al servicio de urgencias en el último mes

No hay resultados estadísticos significativos, entre el sumatorio de puntos global de la valoración de calidad de vida y sus categorías, según las láminas COOP/WONCA, y las visitas al servicio de urgencias en el último mes.

7.3.2.3.5. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y la presencia o ausencia de los problemas de salud

Se comprobaron diferencias significativas con peor percepción de calidad de vida, según el sumatorio de las láminas COOP, en las personas de la muestra diabéticas 28.3 (DT 5.8) vs 25 (DT 6.2), (p=.025); con hipertensión arterial 28.3 (DT 5.9) vs 24.7 (DT 6.1), (p=.006); con obesidad 27.1 (DT 6.0) vs 24.3 (DT 6.1), (p=.009); y, en las personas con problemas reumatológicos 29.4 (DT 2.0) vs 25.4 (DT 6.3), (p=.005).

Existe relación significativa entre la valoración de la actividad física, según lámina COOP-forma física, y el grupo de personas que presenta diabetes (n=21), siendo mayores las valoraciones de que *han realizado una actividad física ligera o muy ligera* en las personas de este grupo (100%, n=12), frente a las valoraciones del grupo que no tiene diabetes (54.1%, n=37), (p=.002); asimismo, en el grupo de personas con obesidad (n=58) se observa una peor percepción de su actividad física (78.4%, n=29) vs (42.6. n=20), (p=.001).

Existe relación significativa entre la valoración de los problemas emocionales, según escala COOP-sentimientos, y el grupo de personas con hipertensión arterial (n=29), valorando que *los problemas emocionales les afectaron nada en absoluto o un poco*, (52.4%, n=11), frente al grupo de personas que no padecen hipertensión arterial (78.3%, n=54), (p=.020). Sin embargo, en el grupo de personas que presenta anemia (n=12) valoran más que *esos problemas emocionales les han afectado bastante o intensamente* (60%, n=6) vs (23.8%, n=19), (p=.025).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Se observa una mayor frecuencia en la percepción de apoyo social (láminas COOP-apoyo social) en las personas con problemas respiratorios (n=16), *valorando que todo el mundo estaba dispuesto a ayudarles o bastantes personas* (90.1%, n=10) vs (48.7%, n=37), (p=.009).

Además, en la valoración de la lámina COOP-dolor, en el grupo que presenta problemas reumatológicos (n=5) califican más que *han tenido dolor moderado o intenso* (80%, n=4), frente al grupo que no presenta estos problemas (20.8%, n=20), (p=.0011). Siendo igual en el caso de las personas que presentan otros problemas (oncológicos, ginecológicos...) (n=23) valorando *dolor moderado o intenso* (55.6%, n=10) vs (16.9%, n=14), (p=.001).

7.3.2.3.6. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y los hábitos no saludables seleccionados

Se comprobaron diferencias significativas, según la prueba T de Student, obteniendo una media mayor de puntuación global, es decir, peor percepción de calidad de vida, según las láminas COOP, para las personas que no realizan ejercicio físico habitualmente: 26.4 (DT 5.8) vs 23.1 (DT 6.5) (p=.005).

Las siguientes tablas muestran la relación entre las dimensiones de calidad de vida COOP/WONCA y los hábitos no saludables seleccionados (véase [Tablas 48 y 49](#)). Aclarar que los porcentajes reflejan las valoraciones de las dimensiones de calidad de vida y las frecuencias solo indican el número de personas que presentan ese hábito en relación a cada dimensión, teniendo en cuenta que el valor intermedio de cada dimensión ha sido considerado como caso perdido.

Resultados y Discusión

Tabla 48

Porcentaje de valoración de la escala COOP y la frecuencia de los siguientes hábitos no saludables. Pruebas de Chi-cuadrado

COOP		Consumo de tabaco (n=74)		Consumo de alcohol (n=25)		No realiza ejercicio físico (n=96)	
		%(N)	p	%(N)	p	%(N)	p
Forma física	Favorable	42.9 (15)	-	31.4 (11)	.031	51.4 (18)	.001
	Desfavorable	57.1 (28)	F	12.2 (6)	D	83.7 (41)	D
Sentimientos	Favorable	58.5 (38)	-	21.5 (14)	-	69.2 (45)	-
	Desfavorable	48.0 (12)	F	16.0 (4)	D	80.0 (20)	D
Actividades sociales	Favorable	63.5 (33)	-	23.1 (12)	-	61.5 (32)	-
	Desfavorable	53.3 (24)	F	20.0 (9)	D	73.3 (33)	D
Cambios en el estado de salud	Favorable	59.6 (31)	-	25.0 (13)	-	61.5 (32)	.007
	Desfavorable	57.9 (11)	F	21.1 (4)	D	94.7 (18)	D
Estado de salud	Favorable	80.0 (16)	-	40.0 (8)	.023	55.0 (11)	.024
	Desfavorable	63.2 (36)	F	12.0 (8)	D	80.7 (46)	D
Apoyo social	Favorable	36.2 (17)	<.001	12.8 (6)	-	63.8 (30)	-
	Desfavorable	75.0 (30)	F	25.0 (10)	D	72.5 (29)	D
Calidad de vida	Favorable	46.0 (23)	.031	12.0 (6)	.020	74.0 (37)	-
	Desfavorable	81.8 (9)	F	45.5 (5)	D	63.6 (7)	D

--: sin significación

Tabla 49

Porcentaje de valoración de la escala COOP y la frecuencia de los siguientes hábitos no saludables. Pruebas de Chi-cuadrado

COOP		Consumo de café (>3) (n=55)		Horas de sueño (<6 horas) (n=7)	
		%(N)	p	%(N)	p
Forma física	Favorable	31.4 (11)	-	5.7 (2)	-
	Desfavorable	42.9 (21)	F	2.0 (3)	D
Sentimientos	Favorable	38.5 (25)	-	1.5 (1)	.006
	Desfavorable	40.0 (10)	F	20.0 (5)	D
Actividades sociales	Favorable	53.8 (28)	.024	7.7 (2)	-
	Desfavorable	31.1 (14)	F	4.4 (4)	D
Cambios en el estado de salud	Favorable	50.0 (26)	-	9.6 (5)	-
	Desfavorable	36.8 (7)	F	10.5 (2)	D
Estado de salud	Favorable	45.0 (9)	-	0 (0)	-
	Desfavorable	45.6 (26)	F	7.0 (4)	D
Apoyo social	Favorable	19.1 (9)	.001	2.1 (1)	-
	Desfavorable	52.5 (21)	F	2.5 (1)	D
Calidad de vida	Favorable	32.0 (16)	-	2.0 (1)	-
	Desfavorable	36.4 (4)	F	9.1 (1)	D

--: sin significación

No se ha obtenido significación para las combinaciones de valoraciones COOP con las variables de consumo de drogas y consumo de productos ricos en azúcares, así como de las valoraciones de COOP-actividades cotidianas, cuidados personales (lavarse y vestirse) y dolor, combinadas con los hábitos de vida no saludables seleccionados.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

A pesar de no observarse valores diferentes en algunas medianas y percentiles respecto a las puntuaciones obtenidas en las escalas Likert de cada dimensión COOP y los hábitos no saludables, sí que se aprecian las siguientes diferencias significativas en algunos de ellos:

Se comprobaron mayores puntuaciones de la escala COOP-apoyo social en los fumadores, es decir, una peor percepción del apoyo social 3(2-5) vs 2(1-4.05), U de Mann Whitney 1369.500. ($p < .001$). Asimismo, en las puntuaciones de la escala COOP-calidad de vida, se comprobaron mayores puntuaciones en los fumadores, es decir, peor percepción de la calidad de vida global 3(2-4) vs 3(1-3.05), U de Mann Whitney 1686.000. ($p = .019$).

Entre las valoraciones de la escala COOP-forma física se comprobó la misma mediana para los consumidores y los no consumidores de alcohol 3(1-4), U de Mann Whitney 964.000 ($p = .022$). Según la realización de la prueba de χ^2 , los no consumidores de alcohol perciben su forma física *como mala o muy mala* (64.2%, $n = 43$), frente a los que sí consumen (35.3%, $n = 6$), ($p = .031$).

La percepción de la calidad de vida, según la escala COOP-calidad de vida, es peor para los consumidores de alcohol 3(2-5) vs 3(1-4), U de Mann Whitney 980.500. ($p = .021$).

La forma física percibida, según escala COOP-forma física, para las personas que no realizan ejercicio físico es peor 3(2-4) vs 3(1-4) U de Mann Whitney 1104.000 ($p = .001$). Además, las actividades sociales, según las puntuaciones de la escala COOP-actividades sociales, se percibían peor 3(1-5) vs 2(1-5) U de Mann Whitney 1303.500 ($p = .026$). Sin embargo, las personas que realizan ejercicio físico valoran que tienen un mejor estado de salud, según la lámina COOP-estado de salud, 3(1-4.15) vs 3(2-4) U de Mann Whitney 1350.500 ($p = .037$); además, refieren que presentan menores cambios en su estado de salud, según la lámina COOP-cambios en el estado de salud, 2(1-3.15) vs 3(1-4) U de Mann Whitney 1182.500 ($p = .003$).

Los consumidores de más de 3 tazas de café al día valoran que perciben menor apoyo social 3(1-5) vs 3(1-4.10) U de Mann Whitney 1470.000 ($p = .002$).

Resultados y Discusión

Las personas que consumen productos ricos en azúcares valoran peor su autocuidado, según la escala COOP-cuidados personales: lavarse y vestirse, 1(1-4) vs 1(1-3) U de Mann Whitney 1831.000 (p=.042).

Asimismo, las personas que duermen menos de 6 horas refieren haber presentado más problemas emocionales en las últimas semanas, según las puntuaciones en la lámina COOP-sentimientos, 4(1-..) vs 2(1-4) U de Mann Whitney 202.000 (p=.013).

Tras el análisis de las dimensiones de las láminas COOP y el consumo de drogas no se comprobaron diferencias significativas.

7.3.2.3.7. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y las pautas terapéuticas

Se comprobaron diferencias significativas, según los resultados obtenidos en la prueba T de Student, con una media mayor de puntuación global, es decir, una peor percepción de calidad de vida, en las láminas COOP: para las personas que no cumplen las pautas terapéuticas, 27.1 (DT 6.3) vs 23.1 (DT 5.3) (p<.001); para las personas que se retrasan en los inyectables, 29.5 (DT 6.7) vs 25.1 (DT 6) (p=.015); para las personas que no tienen una dieta saludable, 27.8 (DT 6) vs 23.5 (DT 5.7) (p<.001); y, para las personas que no practican ejercicio, 27.1 (DT 5.5) vs 24.1 (DT 6.5) (p=.004).

En relación al grupo de personas que cumplen las pautas terapéuticas (n=52) existe relación significativa en sus valoraciones, siendo más favorables en las siguientes dimensiones de la escala COOP: la forma física, según la lámina COOP-forma física, valoran que *realizan una actividad física intensa o muy intensa* (60.6%, n=20) vs (29.4%, n=16), (p=.005); asimismo, en la percepción de los problemas emocionales, según láminas COOP-sentimientos, valorando que *no les han afectado nada en absoluto o un poco esos problemas emocionales*, (89.7%, n=28) vs (63.9%, n=39), (p=.011); además, el cambio en el estado de salud en las últimas semanas, según lámina COOP-cambio en el estado de salud, es percibido como *mucho mejor o un poco mejor* (90.6%, n=29) vs (59.9%, n=23), (p=.003); por último, según lámina COOP-dolor, refieren haber experimentado

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

dolor muy leve o nada de dolor en las últimas semanas (88.6%, n=39) vs (66.7%, n=38), (p=.010).

En cuanto al estado de salud, según lámina COOP-estado de salud, la valoración del grupo de personas que no cumplen las pautas terapéuticas (n=80) es mayor en los que la perciben como *regular o mala* (82.4%, n=43) vs (57.7%, n=15), (p=.020).

En relación al cumplimiento del tratamiento oral, existe relación significativa en la percepción de la afectación de los problemas emocionales, según la lámina COOP-sentimientos, siendo mayores las puntuaciones en el grupo de personas que no cumplen el tratamiento oral (n=8), percibiendo *que les han afectado esos problemas emocionales bastante o intensamente* (83.3%, n=5) vs (23.8%, n=20), (p=.006). Además, el grupo de personas que cumple el tratamiento oral (n=124), califican su calidad de vida global, según lámina COOP-calidad de vida, como que *les han ido las cosas estupendamente en las últimas semanas: no podían ir mejor o bastante bien* (84.7%, n=50) vs (0%, n=0), (p=.030).

Atendiendo a los retrasos en la administración del tratamiento antipsicótico inyectable depot, se comprobó una peor percepción del apoyo social, según lámina COOP-apoyo social, en el grupo de personas que retrasan la administración (n=13), valorando que *había alguien o no había nadie en absoluto que los ayudara*, (88.9%, n=8) vs (41%, n=32), (p=.010). Además, esas relaciones significativas se observan en la calificación de su calidad de vida global, según lámina COOP-calidad de vida, percibiendo en mayor medida que *las cosas en las últimas semanas les han ido bastante mal o muy mal, no podían haber ido peor* (75%, n=3) vs (14%, n=8), (p=.016).

Centrándonos en los efectos del mantenimiento de una dieta saludable, existe relación significativa en la realización de una actividad física *ligera o muy ligera*, según las puntuaciones en la lámina COOP-forma física, siendo mayores en el grupo de personas que no mantienen una dieta saludable (n=61), (75.7%, n=28), frente a los que sí (44.7%, n=21), (p=.004). Asimismo, perciben una mayor afectación de los problemas emocionales, según la lámina COOP-sentimientos, afectándoles *bastante o intensamente* (39.6%, n=19) vs (14.3%, n=6), (p=.008). Además, se

Resultados y Discusión

comprobó que el grupo de personas que tiene una dieta saludable (n=71) valora que tienen menos dificultad para realizar las actividades cotidianas, según la escala COOP-actividades cotidianas, percibiendo que *no han tenido ninguna dificultad o un poco de dificultad al hacer sus actividades o tareas habituales a causa de salud física o por problemas emocionales*, (90.3%, n=56) frente a los que no la tienen (76.2%, n=32), (p=.050). Incluso, se han comprobado relaciones significativas en la percepción del dolor experimentado en las últimas semanas, según la lámina COOP-dolor, valorando en mayor medida el grupo de personas que tiene una dieta saludable que *no han experimentado dolor o dolor muy leve en las últimas semanas* (88.5%, n=54), frente a los que no mantienen una dieta saludable (57.5%, n=23); sin embargo, la frecuencia en el grupo de personas que valoran el *dolor como intenso o moderado* es mayor en aquellas que no mantienen una dieta saludable (42.5%, n=17) vs (11.5%, n=7), (p<.001). Por último, en la valoración de su estado de salud de manera general, según lámina COOP-estado de salud, el grupo de personas que no mantiene una dieta saludable la percibe en mayor medida como *regular o mala* (87.2%, n=34), frente a la valoración de los que sí la mantienen (60.5%, n=23), (p=.008).

En relación a la práctica de ejercicio físico de manera habitual se encontraron relaciones significativas en la valoración de la actividad física que realizan, según lámina COOP-forma física, siendo en el grupo que no lo realiza de manera habitual (n=62) mayor la percepción de que *solo han podido realizar una actividad física ligera o muy ligera* (76.3%, n=29), frente a los que sí lo realizan (43.5%, n=20), (p=.002); asimismo, califican en mayor medida su estado de salud general como *regular o malo*, según lámina COOP-estado de salud, (89.5%, n=34) vs (59%, n=23), (p=.002). Además, el grupo de personas que sí realizan ejercicio físico (n=70) refiere una mayor percepción de *no haber experimentado dolor o dolor muy leve en las últimas semanas*, según lámina COOP-dolor, (85.7%, n=48) vs (64.4%, n=29), (p=.013); asimismo, califican el cambio en su estado de salud en las últimas semanas, según la lámina COOP-cambios en el estado de salud, como *mucho*

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

mejor o un poco mejor en comparación con el de hace dos semanas (90.2%, n=37) vs (50%, n=15), (p<.001).

7.3.2.3.8. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y las personas polimedizadas (≥ 4)

Se comprobaron diferencias significativas en las personas polimedizadas (≥ 4), refiriendo una peor percepción de calidad de vida, es decir, mayores puntuaciones en el sumatorio total de las escalas COOP/WONCA 27.2 (DT 5.8) vs 23.3 (DT 6.0), (p<.001).

Por otro lado, existen relaciones significativas en las personas polimedizadas (≥ 4) (n=75), según su valoración de la escala COOP-forma física, refiriendo que realizan una *actividad física ligera o muy ligera* (73.9%, n=34), frente a las personas que no están polimedizadas (39.5%, n=15), (p=.001). Además, este grupo percibe que *los problemas emocionales no les han afectado nada en absoluto o un poco*, según la escala COOP-sentimientos, (60%, n=30), frente al grupo de personas no polimedizadas (87.5%, n=35), (p=.004). De igual manera, este grupo percibe que *no han tenido ninguna dificultad o un poco de dificultad al hacer sus tareas habituales a causa de salud física o por problemas emocionales*, según la escala COOP-actividades cotidianas, (77.4%, n=41), frente a las personas no polimedizadas (92.2%, n=47), (p=.037). Sin embargo, la percepción de dolor como *ninguno o dolor muy leve*, según escala COOP-dolor, es menor en los polimedizados (≥ 4) (64%, n=32) vs (88.2%, n=45), (p=.004).

Existe relación significativa en la percepción del estado de salud global, según escala COOP-estado de salud, siendo valorado por las personas polimedizadas (≥ 4) como *regular o malo* (85.1%, n=40), frente a los que no están polimedizados (≥ 4) (56.7%, n=17), (p=.006).

7.3.2.3.9. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas

COOP/WONCA, y el número de fármacos psiquiátricos prescritos

Habiendo relacionado el número de fármacos psiquiátricos prescritos con el sumatorio de las puntuaciones de las láminas COOP, se observa que existe una relación directa y débil, coeficiente de correlación de Spearman 0.271, ($p = .002$), es decir, a mayor número de fármacos psiquiátricos prescritos en la muestra mayores son las puntuaciones de las láminas COOP, lo que significa una peor percepción subjetiva de la calidad de vida.

Se comprobaron diferencias significativas, siendo las personas que consumen menos fármacos psiquiátricos las que refieren presentar menos dificultades en sus actividades cotidianas, según lámina COOP-actividades cotidianas, con *ninguna dificultad o un poco de dificultad*, 3(1-5.6) vs 4(0-); U de Mann-Whitney 447.000. ($p = .018$); además, valoran que tienen mejor apoyo social, según lámina COOP-apoyo social, *considerando que todo el mundo o bastantes personas estarían dispuestas a ayudarles*, 3(1-5.6) vs 3(1.1-6); U de Mann-Whitney 664.000 ($p = .017$).

7.3.2.3.10. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas

COOP/WONCA, y el número de fármacos somáticos prescritos

Al relacionar el número de fármacos somáticos prescritos con el sumatorio de las puntuaciones de las láminas COOP existe una relación positiva y débil, coeficiente de correlación de Spearman 0.280, ($p = .001$), es decir, a mayor número de fármacos somáticos prescritos en la muestra mayores son las puntuaciones de las láminas COOP, lo que significa una peor percepción subjetiva de la calidad de vida.

Se comprobaron diferencias significativas en el número de fármacos somáticos prescritos y las valoraciones de la actividad física, según la lámina COOP-forma física, siendo las personas que tienen prescrito un menor número de fármacos somáticos las que valoran que realizan una mayor actividad física, 0(0-4.6) vs 1(0-7); U de Mann-Whitney 573.500 ($p = .005$); asimismo, califican que su estado de salud, según la lámina COOP-cambios en el estado de salud, ha cambiado *a mucho*

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

mejor o un poco mejor en las últimas semanas, 0(0-5.4) vs 1(0-.); U de Mann-Whitney 340.000 (p=.029); y, además, refieren que *los problemas emocionales no les han molestado nada en absoluto o un poco* (lámina COOP-sentimientos) 0(0-10.1) vs 2(0-6); U de Mann-Whitney 580.000 (p=.026).

Se comprobaron diferencias significativas en la calificación del estado de salud, según la lámina COOP-estado de salud, de los consumidores de menos fármacos somáticos, siendo esta percibida como *excelente o muy buena*, 0(0-10.6) vs 1(0-6); U de Mann-Whitney 400.500 (p=.038). Asimismo, valoran que han experimentado menos dolor, según la lámina COOP-dolor, 0(0-3.2) vs 1(0-7); U de Mann-Whitney 608.500 (p=.005).

7.3.2.3.11. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el número de fármacos totales prescritos

Existe una relación directa y débil entre el número de fármacos prescritos totales y la puntuación total de las láminas COOP/WONCA, coeficiente de correlación de Spearman 0.353, (p<.001), es decir, a mayor número de fármacos totales prescritos en la muestra mayores son las puntuaciones de las láminas COOP, lo que significa una peor percepción subjetiva de la calidad de vida.

Se comprobaron diferencias significativas, señalando que han realizado una mayor actividad física las personas que consumen menos fármacos, según la lámina COOP-forma física, 3(1-10) vs 5(1-10.5); U de Mann-Whitney 484.000 (p=.001); también refieren que los problemas emocionales no les han afectado *nada en absoluto o un poco*, según la lámina COOP-sentimientos, 3(1-12.4) vs 6(0.6-9); U de Mann-Whitney 541.000 (p=.014); refieren no haber experimentado *dolor o dolor muy leve*, según la lámina COOP-dolor, 3(1-9) vs 4.5(2-10); U de Mann-Whitney 555.000 (p=.003); de igual manera, valoran haber presentado *menor dificultad o ninguna para la realización de las actividades cotidianas*, según la lámina COOP-actividades cotidianas, 3(1-10) vs 6(0-.); U de Mann-Whitney 406.500 (p=.007). Asimismo, califican mejor su salud general como *excelente o muy buena*, según la lámina COOP-estado de salud, 3(1-13.8) vs 5(1-9.1); U de Mann-Whitney 352.500 (p=.011).

7.3.2.3.12. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas

COOP/WONCA, y el tratamiento antipsicótico inyectable depot

Se comprobaron diferencias significativas, en las personas con tratamiento antipsicótico inyectable depot, refiriendo una mejor percepción de calidad de vida, según el sumatorio las láminas COOP/WONCA, 24.4 (DT 5.8) vs 31.6 (DT 4.9) ($p < .001$).

Existe relación significativa en la percepción de los problemas emocionales, según la lámina COOP-sentimientos, siendo mayor en el grupo de personas que tienen tratamiento antipsicótico inyectable depot ($n=112$), valorando que *esos problemas emocionales no les han afectado nada en absoluto o un poco* (85.1%, $n=63$), frente de los que no tienen tratamiento inyectable (12.5%, $n=2$), ($p=.001$). Asimismo, se observan relaciones significativas, en la capacidad para la realización de las actividades cotidianas, según la lámina COOP-actividades cotidianas, siendo mayor la valoración de que *al hacer sus actividades o tareas habituales no han tenido ninguna dificultad o un poco a causa de su salud física o de los problemas emocionales* en el grupo de personas que tienen tratamiento inyectable (88.9%, $n=80$) vs (57.1%, $n=8$), ($p=.007$); asimismo, valoran menos limitaciones en las actividades sociales, *no se han limitado nada en absoluto o ligeramente sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupo*, según la lámina COOP-actividades sociales, en el grupo que tiene tratamiento inyectable (60.5%, $n=49$) vs (18.8%, $n=3$), ($p=.002$). Encontramos otras relaciones significativas en la valoración del estado de salud general, según la lámina COOP-estado de salud, siendo mayor el número de personas con tratamiento inyectable depot que valoran que *su estado de salud en general es regular o malo* (67.7%, $n=42$) vs (100%, $n=15$), ($p=.008$); por otro lado, la percepción del dolor, según la lámina COOP-dolor, es mejor para los que tienen tratamiento inyectable, valorando que *no han tenido nada de dolor o dolor muy leve* (83.5%, $n=71$) vs (37.5%, $n=6$), ($p < .001$); y, de igual manera, la valoración de la calidad de vida global, según la lámina COOP-calidad de vida, es mejor en las personas que tienen tratamiento

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

inyectable, valorando *que las cosas les han ido estupendamente, no podían ir mejor o bastante bien durante la última semana* (85.7%, n=48) vs (40%, n=2), (p=.037).

7.3.2.3.13. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el tipo de antipsicótico prescrito

Se comprobaron diferencias significativas en las personas con trastorno mental grave que no están en tratamiento con antipsicóticos típicos o atípicos inyectable, teniendo peor percepción subjetiva de la calidad de vida 31.6 (DT 5) vs 24.2 (DT 6) y 25 (DT 5.3), (p<.001). Sin embargo, no se comprobaron diferencias significativas entre los grupos con tratamiento antipsicóticos típicos y atípicos.

Tabla 50

ANOVA de un factor para sumatorio COOP y antipsicótico, 1ª y 2ª generación y ninguno

Descriptivos

Sumatorio COOP General de CDV (menos puntos, mejor estado, entre 10 y 50)

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Típicos o de primera generación	73	24.15	6.029	,706	22.74	25.56	12	42
Atípicos o de segunda generación	39	24.97	5.319	,852	23.25	26.70	15	38
Ninguno	20	31.55	4.925	1.101	29.24	33.86	21	38
Total	132	25.52	6.196	,539	24.45	26.58	12	42

Prueba de homogeneidad de varianzas

Sumatorio COOP General de CDV (menos puntos, mejor estado, entre 10 y 50)

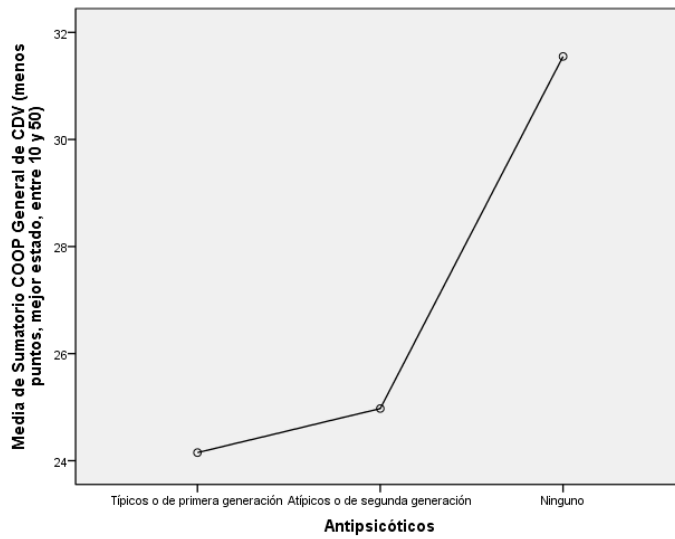
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,645	2	129	,526

Resultados y Discusión

ANOVA de un factor

Sumatorio COOP General de CDV (menos puntos, mejor estado, entre 10 y 50)

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	875.703	2	437.851	13.600	,000
Intra-grupos	4153.267	129	32.196		
Total	5028.970	131			



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/--/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

7.3.2.3.14. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas
 COOP/WONCA, y los tratamientos terapéuticos prescritos

Tabla 51

Escalas COOP/WONCA y el tratamiento terapéutico prescrito. Pruebas de Chi-cuadrado

COOP		Tratamiento farmacológico oral (n=94) % (N)		p		Tratamiento farmacológico inyectable (n=112) % (N)		p
		Favorable	Desfavorable			F	D	
Forma física	Favorable	57.1 (20)		.027	F	91.4 (32)		-
	Desfavorable	79.6 (39)			D	83.7 (41)		
Sentimientos	Favorable	61.5 (40)		.041	F	96.9 (63)		<.001
	Desfavorable	84.0 (21)			D	44.0 (11)		
Actividades cotidianas	Favorable	68.2 (60)		-	F	90.9 (80)		.007
	Desfavorable	75.0 (12)			D	62.5 (10)		
Actividades sociales	Favorable	61.5 (32)		-	F	94.2 (49)		.002
	Desfavorable	75.6 (32)			D	71.7 (32)		
Cambios en el estado de salud	Favorable	67.3 (35)		-	F	88.5 (46)		-
	Desfavorable	78.9 (15)			D	68.4 (13)		
Estado de salud	Favorable	40.0 (8)		.001	F	100.0 (20)		.008
	Desfavorable	80.7 (46)			D	73.7 (42)		
Dolor	Favorable	63.6 (49)		.027	F	92.2 (71)		<.001
	Desfavorable	85.7 (21)			D	58.3 (14)		
Apoyo social	Favorable	55.3 (26)		.003	F	83.0 (39)		-
	Desfavorable	85.0 (34)			D	85.0 (34)		
Calidad de vida	Favorable	62.0 (31)		-	F	96.0 (48)		.037
	Desfavorable	81.8 (9)			D	72.7 (8)		

-.: sin significación

Tabla 52

Escalas COOP/WONCA y el tratamiento terapéutico prescrito. Pruebas de Chi-cuadrado

COOP		Programa de ejercicio físico (n=23) % (N)		p		Programa de entrenamiento en atención plena (n=6) % (N)		p
		Favorable	Desfavorable			F	D	
Forma física	Favorable	8.6 (3)		-	F	2.9 (1)		-
	Desfavorable	18.4 (9)			D	4.1 (2)		
Sentimientos	Favorable	10.8 (7)		.005	F	1.5 (1)		.020
	Desfavorable	40.0 (10)			D	16.0 (4)		
Actividades cotidianas	Favorable	12.5 (11)		.006	F	3.4 (3)		-
	Desfavorable	43.8 (7)			D	6.3 (1)		
Actividades sociales	Favorable	5.8 (3)		.002	F	0 (0)		.008
	Desfavorable	28.9 (13)			D	13.3 (6)		

-.: sin significación

No hay relaciones significativas, según la prueba de Chi², para las combinaciones de valoraciones COOP/WONCA con las variables de: atención por psicología de la USMC; las intervenciones de enfermería; programa de entrenamiento en relajación muscular; y la atención por

Resultados y Discusión

psicología en Centros de Día y CRPS. Por otro lado, no se ha obtenido significación entre la valoración de COOP cuidados personales (lavarse y vestirse) y los diferentes tratamientos terapéuticos realizados.

7.3.2.3.15. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y los efectos adversos

No existen diferencias significativas entre el sumatorio de las puntuaciones de las dimensiones COOP/WONCA y los diferentes efectos adversos.

Existe relación significativa en la valoración de los cambios en el estado de salud de las personas que presentan efectos adversos metabólicos (n=55), según lámina COOP-cambios en el estado de salud, refiriendo que su estado de salud ha cambiado a *mucho mejor o un poco mejor en comparación con el de hace dos semanas* (56%, n=14), frente a los que no presentan estos efectos (82.6%, n=38), (p=.016).

Por otro lado, se comprobó peor actividad física en las personas que presentan efectos adversos neurológicos (n=39), según la escala COOP-forma física, percibiendo que *solo han podido realizar una actividad ligera o muy ligera*, (75%, n=18) vs (51.7%, n=31), (p=.050). Además, este grupo refiere, según escala COOP-actividades cotidianas, que *no han tenido ninguna dificultad o poca, al hacer sus actividades o tareas habituales a causa de su salud física o por problemas emocionales*, (68.8%, n=22) vs (91.7%, n=66), (p=.006). Asimismo, valoran peor apoyo social, según la escala COOP-apoyo social, refiriendo que *había alguien o no había nadie en absoluto que los ayudara* (66.7%, n=14) vs (39.4%, n=26), (p=.029).

Por último, encontramos relaciones significativas en el grupo de personas que presenta como efecto adverso la disfunción sexual (n=37) para las valoraciones en la escala COOP-apoyo social, siendo mayor las valoraciones sobre *que había alguien o no había nadie en absoluto que los ayudara* (68.2%, n=15) vs (38.5%, n=25), (p=.016).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

7.3.2.3.16. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y el uso de recursos asistenciales

Las personas que han utilizado los servicios de AFES (n=18) califican su salud general como *excelente o buena* (53.8%, n=7), frente a las valoraciones de los que no acuden a este recurso (20.3%, n=13), (p=.032). Sin embargo, de manera significativa, las personas que son atendidas por el ECA (n=21), equipo que centra su atención en la rehabilitación psicosocial en los domicilios, pisos tutelados y residencias, para los pacientes crónicos de larga duración y con deterioro importante, valoran que el cambio en su estado de salud ha empeorado (*lo perciben como un poco peor o mucho peor*) (75%, n=6) vs (20.6%, n=13), (p=.004).

7.3.2.3.17. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, el número de visitas en el último año a las consultas de enfermería, psiquiatría y el sumatorio total de visitas al servicio de la USMC de La Laguna

No hay resultados estadísticos significativos.

7.3.2.3.18. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y las etiquetas de NANDA-I seleccionadas por su frecuencia de asignación

Se comprobaron diferencias significativas, con una media mayor de puntuación en las láminas COOP/WONCA, lo que significa una peor percepción de la calidad de vida global, en las valoraciones de las personas que tienen asignadas las siguientes etiquetas diagnósticas de enfermería (NANDA-I): afrontamiento defensivo 32 (DT 6.7) vs 25.3 (DT 6.1), (p=.033); déficit de las actividades recreativas 27.6 (DT 6.2) vs 24.5 (DT 6), (p=.006); deterioro generalizado del adulto 30.5 (DT 5.8) vs 25 (DT 6), (p=.002); desesperanza 32.6 (DT 4.8) vs 25 (DT 6), (p<.001); riesgo de violencia autodirigida 34.7 (DT 4.2) vs 25.3 (DT 6.1), (p=.009); riesgo de suicidio 32 (DT 5.2) vs

Resultados y Discusión

25.2 (DT 6.1), (p=.004); descuido personal 28.6 (DT 6) vs 25 (DT 6.1), (p=.015); deterioro de la resiliencia 28.9 (DT 5.6) vs 24.7 (DT 6.1), (p=.002); obesidad 27.1 (DT 6.1) vs 24.8 (DT 6.1), (p=.044); labilidad emocional 29.5 (DT 5) vs 24.9 (DT 6.2), (p=.003). Sin embargo, se comprobó que las personas con la etiqueta asignada NANDA-I disposición para mejorar la gestión de la salud obtuvieron una puntuación menor, lo que significa una mejor percepción de la calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, 22.4 (DT 5.4) vs 27.4 (DT 6), (p<.001).

Atendiendo a las valoraciones de las láminas COOP-forma física, se observan relaciones significativas en las siguientes etiquetas de NANDA-I (véase Tabla 34), percibiendo en mayor medida que *solo han podido realizar una actividad ligera o muy ligera* el grupo de personas que las tienen asignadas frente a los que no las tienen asignadas: déficit de las actividades recreativas (79.2%, n=19) vs (50%, n=30), (p=.014); descuido personal (91.7%, n=11) vs (52.8%, n=38), (p=.011); deterioro de la resiliencia (83.3%, n=15) vs (51.5%, n=34), (p=.015); obesidad (77.8%, n=21) vs (49.1%, n=28), (p=.013); y labilidad emocional (90%, n=9) vs (54.1%, n=40), (p=.040). Por otro lado, valoran en mayor medida que *han podido realizar una actividad física intensa o muy intensa*, los que tienen asignada la etiqueta NANDA-I disposición para mejorar la gestión de la salud (64.5%, n=20) vs (28.3%, n=15), (p=.001).

Atendiendo a las valoraciones de las láminas COOP-sentimientos, se observan relaciones significativas en las siguientes etiquetas de NANDA-I (véase Tabla 34), valorando mayormente que *les afectan esos problemas emocionales bastante o intensamente* el grupo de personas que las tienen asignadas frente a los que no las tienen asignadas: gestión ineficaz del régimen familiar (83.3%, n=5) vs (23.8%, n=20), (p=.006); insomnio (62.5%, n=5) vs (24.4%, n=20), (p=.035); ansiedad (53.6%, n=15) vs (16.1%, n=10), (p<.001); temor (62.5%, n=5) vs (24.4%, n=20), (p=.035); riesgo de suicidio (83.3%, n=5) vs (23.8%, n=20), (p=.006); deterioro de la resiliencia (56.3%, n=9) vs (21.6%, n=16), (p=.011); y labilidad emocional (63.6%, n=7) vs (22.8%, n=18), (p=.009). Si bien

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

perciben que *nada en absoluto o un poco les han afectado los problemas emocionales* los que tienen asignada la etiqueta NANDA-I gestión ineficaz de la salud (57.1%, n=16) vs (79%, n=49), (p=.032).

Atendiendo a las valoraciones de las láminas COOP-actividades cotidianas, se observan relaciones significativas en las siguientes etiquetas de NANDA-I (véase [Tabla 34](#)), valorando mayormente que *no han tenido ninguna dificultad o un poco de dificultad al hacer sus actividades o tareas habituales a causa de su salud física o por problemas emocionales* el grupo de personas que las tienen asignadas frente a los que no las tienen asignadas: disposición para mejorar la gestión de la salud (95.5%, n=42) vs (76.7%, n=46), (p=.009); descuido personal (64.7%, n=11) vs (88.5%, n=77), (p=.023); y obesidad (75%, n=27) vs (89.7%, n=61), (p=.048).

Atendiendo a las valoraciones de las láminas COOP-cambios en el estado de salud y la etiqueta NANDA-I disposición para mejorar la gestión de la salud (n=49), existe una relación significativa calificando su estado de salud *en comparación con el de las últimas semanas como mucho mejor o un poco mejor* el grupo de personas que la tienen asignada (88.2%, n=30) frente a los que no la tienen asignada (59.5%, n=22), (p=.006).

Atendiendo a las valoraciones de las láminas COOP-estado de salud, se observan relaciones significativas en las siguientes etiquetas de NANDA-I (véase [Tabla 34](#)), calificando *su salud en general como regular o mala* el grupo de personas que las tienen asignadas frente a los que no las tienen asignadas: deterioro de la interacción social (90%, n=27) vs (63.8%, n=30), (p=.011); ansiedad (86.7%, n=26) vs (66%, n=31), (p=.043); disposición para mejorar la gestión de la salud (50%, n=10) vs (82.5%, n=47), (p=.004); y deterioro de la resiliencia (100%, n=17) vs (66.7%, n=40), (p=.004).

Atendiendo a las valoraciones de las láminas COOP-dolor, se observan relaciones significativas en las siguientes etiquetas de NANDA-I (véase [Tabla 34](#)), valorando en mayor medida que *durante las dos últimas semanas han experimentado dolor moderado o intenso* el grupo de personas que las tienen asignadas frente a los que no las tienen asignadas: afrontamiento ineficaz

Resultados y Discusión

(63.7%, n=7) vs (18.9%, n=17), (p=.003); trastorno del sueño (75%, n=3) vs (21.6%, n=21), (p=.041); y labilidad emocional (61.5%, n=8) vs (18.2%, n=16), (p=.002). Por otro lado, *valoran que no han experimentado dolor o dolor muy leve* los que tienen asignada la etiqueta NANDA-I disposición para mejorar la gestión de la salud (90.7%, n=39) vs (65.5%, n=38), (p=.003).

Atendiendo a las valoraciones de las láminas COOP-apoyo social, se observan relaciones significativas en las siguientes etiquetas de NANDA-I (véase [Tabla 34](#)), percibiendo mayormente el grupo de personas que las tienen asignadas que *había alguien o nadie en absoluto que los ayudara* frente a los que no las tienen asignadas: gestión ineficaz de la salud (62.1%, n=18) vs (37.9%, n=22), (p=.033); incumplimiento (100%, n=6) vs (42%, n=34), (p=.008); y descuido personal (81.8%, n=9) vs (40.8%, n=31), p=.011). Por otro lado, los que tienen asignada la etiqueta NANDA-I disposición para mejorar la gestión de la salud valoran en mayor medida *que todo el mundo estaba dispuesto a ayudarles o bastantes personas* (77.4%, n=24) vs (41.1%, n=23), (p=.001).

Atendiendo a las valoraciones de las láminas COOP-calidad de vida, existe relación significativa en la etiqueta NANDA-I tendencia a adoptar conductas de riesgo (n=32), calificando en mayor medida que *les han ido las cosas en las últimas semanas bastante mal o muy mal, no podían haber ido peor* el grupo de personas que la tienen asignada (50%, n=6) frente a los que no la tienen asignada (10.2%, n=5), (p=.005).

7.3.2.3.19. Análisis de las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y las intervenciones de enfermería NIC seleccionadas

A continuación, se muestran las intervenciones de enfermería NIC en las que se comprobaron diferencias significativas con una media mayor de puntuación en las láminas COOP/WONCA, lo que significa una peor percepción de la calidad de vida global: mejorar el sueño 31.2 (DT 5.3) vs 25.1 (DT 6.1), (p=.008); manejo de la medicación 27.9 (DT 5.9) vs 24.4 (DT 6.1), (p=.003); manejo de la conducta 27.4 (DT 6.8) vs 24.2 (DT 5.4), (p=.003); ayuda para el control del enfado 28.4 (DT 5) vs 25.2 (DT 6.3), (p=.031); reestructuración cognitiva 33.5 (DT 3.4) vs 25.3 (DT 6.1), (p=.013);

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

intervención en caso de crisis 27.2 (DT 6.3) vs 24.5 (DT 6), (p=.015); potenciación de la autoestima 28.9 (DT 5.3) vs 25.2 (DT 6.2), (p=.038); disminución de la ansiedad 28.2 (DT 6.3) vs 24.3 (DT 5.8), (p=.001); prevención del suicidio 35.2 (DT 2.8) vs 25.1 (DT 5.9), (p<.001); apoyo al cuidador principal 29.8 (DT 6.3) vs 25.1 (DT 6.1), (p=.029); consulta por teléfono 30.8 (DT 4.2) vs 25.1 (DT 6.2), (p=.004); y desarrollo de un programa 29.9 (DT 5.7) vs 24.7 (DT 6), (p=.001). Sin embargo, se comprobó que las personas con la intervención de administración de medicación intramuscular obtuvieron una puntuación menor, lo que significa una mejor percepción de la calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, 24.5 (DT 5.8) vs 32 (DT 5) (p<.001).

Tabla 53

Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado

COOP		Fomentar la	p	F	Manejo de la	p	F	Administración	p
		resiliencia (n=45) %(N)			medicación (n=42) %(N)			de medicación intramuscular (n=112) %(N)	
Forma física	Favorable	28.6 (10)	-	F	14.3 (5)	.023	F	91.4 (32)	-
	Desfavorable	30.6 (15)	-	D	36.7 (18)		D	83.7 (41)	
Sentimientos	Favorable	27.7 (18)	.030	F	26.2 (17)	.020	F	96.9 (63)	<.001
	Desfavorable	52.0 (13)		D	52.0 (13)		D	44.0 (11)	
Actividades cotidianas	Favorable	31.8 (28)	-	F	26.1 (23)	-	F	90.9 (80)	.007
	Desfavorable	43.8 (7)		D	50.0 (8)		D	62.5 (10)	
Actividades sociales	Favorable	32.1 (12)	.026	F	25.0 (13)	-	F	94.2 (49)	.002
	Desfavorable	44.4 (20)		D	37.8 (17)		D	71.7 (32)	
Estado de salud	Favorable	15.0 (3)	-	F	25.0 (5)	-	F	100.0 (20)	.008
	Desfavorable	38.6 (22)		D	38.6 (22)		D	73.7 (42)	
Dolor	Favorable	32.5 (25)	-	F	28.6 (22)	-	F	92.2 (71)	<.001
	Desfavorable	50.0 (12)		D	41.7 (10)		D	58.3 (14)	
Apoyo social	Favorable	42.6 (20)	-	F	23.4 (11)	.005	F	83.0 (39)	-
	Desfavorable	25.0 (10)		D	52.5 (21)		D	85.0 (34)	
Calidad de vida	Favorable	42.0 (21)	-	F	22.0 (11)	-	F	96.0 (48)	.037
	Desfavorable	18.2 (2)		D	45.5 (5)		D	72.7 (8)	

--: sin significación

Resultados y Discusión

Tabla 54

Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado

COOP		Manejo de las alucinaciones (n=20)		p	Mediación de conflictos (n=9)		p	Reestructuración cognitiva (n=4)	
		%(N)			%(N)			%(N)	
Actividades cotidianas	Favorable	10.2 (9)		.003	F	5.7 (5)	.030	F	0 (0)
	Desfavorable	43.8 (7)			D	25.0 (4)		D	18.8 (3)
Actividades sociales	Favorable	11.5 (6)		-	F	7.7 (4)	-	F	0 (0)
	Desfavorable	17.8 (8)			D	8.9 (4)		D	8.9 (4)

-.: sin significación

Tabla 55

Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado

COOP		Disminución de la ansiedad (n=42)		p	Asesoramiento o nutricional (n=41)		p	Intercambio de información de cuidados de salud (n=39)	
		%(N)			%(N)			%(N)	
Forma física	Favorable	22.9 (8)		-	F	20.0 (7)	.044	F	20.0 (7)
	Desfavorable	32.7 (16)			D	40.8 (20)		D	36.7 (18)
Sentimientos	Favorable	20.0 (13)		<.001	F	21.5 (14)	.013	F	23.1 (15)
	Desfavorable	68.0 (17)			D	48.0 (12)		D	40.0 (10)
Actividades cotidianas	Favorable	25.0 (22)		.018	F	29.5 (26)	-	F	25.0 (22)
	Desfavorable	56.3 (9)			D	43.8 (7)		D	62.5 (10)
Actividades sociales	Favorable	19.2 (10)		.002	F	32.7 (17)	-	F	26.9 (14)
	Desfavorable	48.9 (22)			D	31.1 (14)		D	33.3 (15)
Estado de salud	Favorable	10.0 (2)		.018	F	35.0 (7)	-	F	20.0 (4)
	Desfavorable	38.6 (22)			D	38.6 (22)		D	28.1 (26)

-.: sin significación

Tabla 56

Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado

COOP		Desarrollo de un programa (n=21)		p	Apoyo al cuidador principal (n=12)		p	Prevención del suicidio (n=6)	
		%(N)			%(N)			%(N)	
Sentimientos	Favorable	7.7 (5)		.001	F	4.6 (3)	-	F	0 (0)
	Desfavorable	40.0 (10)			D	16.0 (4)		D	24.0 (6)
Actividades cotidianas	Favorable	11.4 (10)		.004	F	5.7 (5)	.030	F	0 (0)
	Desfavorable	43.8 (7)			D	25.0 (4)		D	18.8 (3)
Cuidados personales	Favorable	11.5 (13)		.013	F	7.1 (8)	.025	F	1.8 (2)
	Desfavorable	50.0 (4)			D	37.5 (3)		D	37.5 (3)
Actividades sociales	Favorable	3.8 (2)		.001	F	7.7 (4)	-	F	0 (0)
	Desfavorable	28.9 (13)			D	13.3 (6)		D	13.3 (6)
Dolor	Favorable	14.3 (11)		-	F	6.5 (5)	-	F	1.3 (1)
	Desfavorable	20.8 (5)			D	8.3 (2)		D	12.5 (3)
Apoyo social	Favorable	17.0 (8)		-	F	2.1 (1)	.022	F	0 (0)
	Desfavorable	17.5 (7)			D	17.5 (7)		D	10.0 (4)

-.: sin significación

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Tabla 57

Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado

COOP		Orientación de la realidad (n=33) % (N)		p	Apoyo a la familia (n=25) % (N)		p	Establecer límites (n=23) % (N)		p
		F	D		F	D		F	D	
Dolor	Favorable	22.1 (17)		F	22.1 (17)		F	11.7 (9)		.002
	Desfavorable	29.2 (7)	-	D	20.8 (5)	-	D	41.7 (10)		
Apoyo social	Favorable	19.1 (9)		F	29.8 (14)		F	14.9 (7)		-
	Desfavorable	40.0 (16)	.032	D	5.0 (2)	.003	D	22.5 (9)		

-: sin significación

Tabla 58

Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado

COOP		Escucha activa (n=119) % (N)		p	Manejo de la conducta (n=54) % (N)		p	Intervención en caso de crisis (n=51) % (N)		p
		F	D		F	D		F	D	
Sentimientos	Favorable	87.7 (57)		F	40.0 (26)		F	32.3 (21)		.002
	Desfavorable	96.0 (24)	-	D	48.0 (12)	-	D	68.0 (17)		
Actividades cotidianas	Favorable	92.0 (81)		F	35.2 (31)		F	31.8 (28)		-
	Desfavorable	75.0 (12)	-	D	81.3 (13)	.001	D	43.8 (7)		
Cuidados personales	Favorable	91.2 (103)		F	37.2 (42)		F	38.1 (43)		-
	Desfavorable	62.5 (5)	.040	D	62.5 (5)	-	D	25.0 (2)		
Dolor	Favorable	92.2 (71)		F	33.8 (26)		F	29.9 (23)		.001
	Desfavorable	91.7 (22)	-	D	41.7 (10)	-	D	66.7 (16)		
Apoyo social	Favorable	97.9 (46)		F	31.9 (15)		F	40.4 (19)		-
	Desfavorable	80.0 (32)	.010	D	60.0 (24)	.009	D	47.5 (19)		

-: sin significación

Tabla 59

Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado

COOP		Apoyo emocional 1 (n=36) % (N)		p	Acuerdo con el paciente (n=12) % (N)		p	Potenciación de la autoestima (n=12) % (N)		p
		F	D		F	D		F	D	
Sentimientos	Favorable	21.5 (14)		F	3.1 (2)		F	3.1 (2)		.016
	Desfavorable	48.0 (12)	.013	D	20.0 (5)	.016	D	20.0 (5)		

-: sin significación

Resultados y Discusión

Tabla 60

Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado

COOP		Mejora del afrontamiento (n=11)		p	Técnica de relajación (n=4)		p
		%(N)			%(N)		
Sentimientos	Favorable	6.2 (4)		-	F	0 (0)	.020
	Desfavorable	16.0 (4)			D	12.0 (3)	
Actividades sociales	Favorable	3.8 (2)		-	F	0 (0)	.043
	Desfavorable	15.6 (7)			D	8.9 (4)	
Calidad de vida	Favorable	8.0 (4)		.029	F	0 (0)	.030
	Desfavorable	36.4 (4)			D	18.2 (2)	

--: sin significación

Tabla 61

Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado

COOP		Mejorar el sueño (n=9)		p	Consulta por teléfono (n=9)		p
		%(N)			%(N)		
Sentimientos	Favorable	3.1 (2)		.005	F	3.2 (2)	.016
	Desfavorable	24.0 (6)			D	20.0 (5)	
Dolor	Favorable	1.3 (1)		.001	F	1.3 (1)	.003
	Desfavorable	25.0 (6)			D	20.8 (5)	

--: sin significación

No se han obtenido resultado estadísticos significativos entre las valoraciones de las escalas de las láminas COOP/WONCA y las siguientes intervenciones de enfermería NIC: monitorización de los signos vitales; fomento del ejercicio; educación para la salud; manejo de las ideas delirantes; reunión multidisciplinar sobre cuidados; asesoramiento; ayuda para el control del enfado; enseñanza dieta prescrita; ayuda para disminuir de peso; manejo del delirio; apoyo en la toma de decisiones; seguimiento telefónico; visitas domiciliarias de apoyo; manejo de la conducta: autolesión; y administración de medicación oral. Por otro lado, no se ha obtenido significación entre la valoración de la lámina COOP-cambios en el estado de salud y las diferentes intervenciones de enfermería NIC realizadas.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

7.3.3. Etiquetas de NANDA-I más frecuentes e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes

Se analizan las diferencias y relaciones significativas entre las etiquetas de NANDA-I y NIC más frecuentes con las siguientes variables. Es necesario aclarar que los datos expuestos a continuación recogen las frecuencias y los porcentajes en relación al 100% de las variables a analizar con las diferentes etiquetas e intervenciones.

7.3.3.1. Análisis de las etiquetas de NANDA-I asignadas más frecuentes y el resto de etiquetas seleccionadas

Tabla 62

Deterioro de la interacción social y el resto de etiquetas de NANDA-I. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra etiqueta	Se asigna la etiqueta Deterioro de la interacción social (n=59), cuando la otra etiqueta % (N)		Correlación entre asignaciones		
	Ha sido asignada (%)	No ha sido asignada (%)	p	Phi	p
Aislamiento social	0 (0)	47.6 (59)	.009	-.228	.008
Déficit de las actividades recreativas	67.4 (29)	33.7 (30)	<.001	.318	<.001
Temor	90.9 (10)	40.5 (49)	.001	.280	.001
Disposición para mejorar la gestión de la salud	32.7 (16)	51.8 (43)	.032	-.186	.033
Tendencia a adoptar conductas de riesgo	21.9 (7)	52.0 (52)	.003	-.260	.003
Deterioro de la resiliencia	69.2 (18)	38.7 (41)	.005	.244	.005

Resultados y Discusión

Tabla 63

Ansiedad y el resto de etiquetas de NANDA-I. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra etiqueta	Se asigna la etiqueta Ansiedad (n=48), cuando la otra etiqueta % (N)		Correlación entre asignaciones		
	Ha sido asignada (%)	No ha sido asignada (%)	p	Phi	p
Aislamiento social	0 (0)	38.7 (48)	.027	-0.192	.027
Afrontamiento ineficaz	100.0 (13)	29.4 (35)	<.001	0.437	<.001
Gestión ineficaz del régimen familiar	75.0 (9)	32.5 (39)	.004	0.254	.003
Insomnio	69.2 (9)	32.8 (39)	.009	0.226	.009
Desesperanza	88.9 (8)	32.5 (40)	.001	0.295	.001
Riesgo de violencia autodirigida	100.0 (3)	34.9 (45)	.020	0.202	.020
Temor	72.7 (8)	33.1 (40)	.009	0.228	.009
Riesgo de suicidio	100.0 (7)	32.8 (41)	<.001	0.313	<.001
Deterioro de la resiliencia	65.4 (17)	29.2 (31)	.001	0.299	.001
Labilidad emocional	88.9 (16)	28.1 (32)	<.001	0.434	<.001

Tabla 64

Disposición para mejorar la gestión de la salud y el resto de etiquetas de NANDA-I. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra etiqueta	Se asigna la etiqueta Disposición para mejorar la gestión de la salud (n=49), cuando la otra etiqueta % (N)		Correlación entre asignaciones		
	Ha sido asignada (%)	No ha sido asignada (%)	p	Phi	p
Aislamiento social	0 (0)	39.5 (49)	.025	-0.195	.025
Gestión ineficaz de la salud	6.5 (3)	53.5 (46)	<.001	-0.463	<.001
Incumplimiento	0 (0)	40.5 (49)	.008	-0.232	.008
Gestión ineficaz del régimen familiar	8.3 (1)	40.0 (48)	.030	-0.188	.030
Déficit de las actividades recreativas	16.3 (7)	47.2 (42)	.001	-0.300	<.001
Mantenimiento ineficaz de la salud	0 (0)	39.8 (49)	.017	-0.208	.017
Riesgo de confusión aguda	5.6 (1)	42.1 (48)	.003	-0.260	.003
Temor	0 (0)	40.5 (49)	.008	-0.232	.008
Tendencia a adoptar conductas de riesgo	15.6 (5)	44.0 (44)	.004	-0.252	.004
Descuido personal	0 (0)	43.8 (49)	<.001	-0.325	<.001
Deterioro de la resiliencia	19.2 (5)	41.5 (44)	.035	-0.183	.035
Deterioro de la interacción social	27.1 (16)	45.2 (33)	.032	-0.186	.033

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Tabla 65

Gestión ineficaz de la salud y el resto de etiquetas de NANDA-I. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra etiqueta	Se asigna la etiqueta Gestión ineficaz de la salud (n=46), cuando la otra etiqueta % (N)		Correlación entre asignaciones		
	Ha sido asignada (%)	No ha sido asignada (%)	p	Phi	p
Incumplimiento	81.8 (9)	30.6 (37)	.001	0.297	.001
Insomnio	61.5 (8)	31.9 (38)	.033	0.185	.034
Mantenimiento ineficaz de la salud	0 (0)	37.4 (46)	.023	-0.198	.023
Riesgo de confusión aguda	55.6 (10)	31.6 (36)	.047	0.173	.048
Riesgo de violencia dirigida a otros	85.7 (6)	32.0 (40)	.004	0.253	.003
Tendencia a adoptar conductas de riesgo	71.9 (23)	23.0 (23)	<.001	0.440	<.001
Descuido personal	60.0 (12)	30.4 (34)	.010	0.223	.010
Disposición para mejorar la gestión de la salud	6.1 (3)	51.8 (43)	<.001	-0.463	<.001

Tabla 66

Tendencia a adoptar conductas de riesgo y el resto de etiquetas de NANDA-I. Correlación entre ellas, según prueba Phi.

Otra etiqueta	Se asigna la etiqueta Tendencia a adoptar conductas de riesgo (n=32), cuando la otra etiqueta % (N)		Correlación entre asignaciones		
	Ha sido asignada (%)	No ha sido asignada (%)	p	Phi	p
Incumplimiento	63.6 (7)	20.7 (25)	.001	0.277	.001
Riesgo de violencia dirigida a otros	57.1 (4)	22.4 (28)	.037	0.182	.037
Temor	0 (0)	26.4 (32)	.050	-0.171	.051
Trastorno del sueño	71.4 (5)	21.6 (27)	.003	0.261	.003
Deterioro de la resiliencia	7.7 (2)	28.3 (30)	.028	-0.191	.028
Deterioro de la interacción social	11.9 (7)	34.2 (25)	.003	-0.260	.003
Disposición para mejorar la gestión de la salud	10.2 (5)	32.5 (27)	.004	-0.252	.004
Gestión ineficaz de la salud	50.0 (23)	10.5 (9)	<.001	0.440	<.001
Déficit de las actividades recreativas	9.3 (4)	31.5 (28)	.005	-0.242	.005

Resultados y Discusión

Tabla 67

Déficit de las actividades recreativas y el resto de etiquetas de NANDA-I. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra etiqueta	Se asigna la etiqueta Déficit de las actividades recreativas (n=43), cuando la otra etiqueta % (N)		Correlación entre asignaciones		
	Ha sido asignada (%)	No ha sido asignada (%)	p	Phi	p
Temor	72.7 (8)	28.9 (35)	.003	0.258	.003
Tendencia a adoptar conductas de riesgo	12.5 (4)	39.0 (39)	.005	-0.242	.005
Deterioro de la interacción social	49.2 (29)	19.2 (14)	<.001	0.318	<.001
Disposición para mejorar la gestión de la salud	14.3 (7)	43.4 (36)	.001	-0.300	<.001

Tabla 68

Obesidad y el resto de etiquetas de NANDA-I. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra etiqueta	Se asigna la etiqueta Obesidad (n=44), cuando la otra etiqueta % (N)		Correlación entre asignaciones		
	Ha sido asignada (%)	No ha sido asignada (%)	p	Phi	p
Deterioro de la resiliencia	50.0 (13)	29.2 (31)	.044	0.175	.045
Sobrepeso	3.6 (1)	41.3 (43)	<.001	-0.328	<.001

Es relevante destacar que el uso de las etiquetas diagnósticas de enfermería de NANDA-I se correlacionan con mayor frecuencia con la asignación de otras etiquetas, en el caso de ansiedad: aislamiento social, afrontamiento ineficaz, gestión ineficaz del régimen familiar, insomnio, desesperanza, riesgo de violencia autodirigida, temor, riesgo de suicidio, deterioro de la resiliencia, y labilidad emocional; en el deterioro de la interacción social fueron: déficit de las actividades recreativas, temor y deterioro de la resiliencia; en la gestión ineficaz de la salud fueron: incumplimiento, insomnio, riesgo de confusión aguda, riesgo de violencia dirigida a otros, tendencia a adoptar conductas de riesgo y descuido personal; en la tendencia a adoptar conductas de riesgo fueron: incumplimiento, riesgo de violencia dirigida a otros y trastorno del sueño; y, en el déficit de las actividades recreativas fue la etiqueta de temor. Sin embargo, es destacable resaltar que en el caso de la asignación de la etiqueta disposición para mejorar la gestión de la salud no es frecuente la asignación de otras etiquetas.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

7.3.3.2. Análisis de las intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el resto de intervenciones seleccionadas

Tabla 69

NIC Escucha activa y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra intervención de enfermería	Se realiza la intervención de enfermería NIC Escucha activa (n=119), cuando la otra intervención de enfermería % (N)		Correlación entre realizaciones		
	Ha sido realizada (%)	No ha sido realizada (%)	p	Phi	p
Establecer límites	78.3 (18)	92.7 (101)	.035	-0.183	.035
Manejo del delirio	70.0 (7)	91.8 (112)	.026	-0.194	.026
Fomentar la resiliencia	100.0 (45)	85.1 (74)	.006	0.238	.006

Tabla 70

NIC Administración de medicación intramuscular y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra intervención de enfermería	Se realiza la intervención de enfermería NIC Administración de medicación: intramuscular (n=112), cuando la otra intervención de enfermería % (N)		Correlación entre realizaciones		
	Ha sido realizada (%)	No ha sido realizada (%)	p	Phi	p
Ayuda para disminuir de peso	60.0 (6)	86.9 (106)	.023	-0.198	.023
Mejorar el sueño	44.4 (4)	87.8 (108)	<.001	-0.305	<.001
Apoyo emocional	63.9 (23)	92.7 (89)	<.001	-0.358	<.001
Mejora del afrontamiento	63.6 (7)	86.8 (105)	.040	-0.178	.041
Potenciación de la autoestima	41.7 (5)	89.2 (107)	<.001	-0.381	<.001
Educación para la salud	94.6 (53)	77.6 (59)	.007	0.234	.007
Disminución de la ansiedad	66.7 (28)	93.3 (84)	<.001	-0.346	<.001
Técnica de relajación	0 (0)	87.5 (112)	<.001	-0.418	<.001
Prevención del suicidio	16.7 (1)	88.1 (111)	<.001	-0.415	<.001
Manejo de las ideas delirantes	96.6 (28)	81.6 (84)	.047	0.173	.047
Fomentar la resiliencia	71.1 (32)	92.0 (80)	.002	-0.276	.001
Consulta por teléfono	55.6 (5)	87.0 (107)	.011	-0.221	.011
Desarrollo de un programa	38.1 (8)	93.7 (104)	<.001	-0.567	<.001

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/--/--- --:--:--

Resultados y Discusión

Tabla 71

NIC Educación para la salud y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra intervención de enfermería	Se realiza la intervención de enfermería NIC Educación para la salud (n=56), cuando la otra intervención de enfermería % (N)		Correlación entre realizaciones		
	Ha sido realizada (%)	No ha sido realizada (%)	p	Phi	p
Manejo de la medicación	26.2 (11)	50.0 (45)	.010	-0.224	.010
Orientación de la realidad	27.3 (9)	47.5 (47)	.042	-0.177	.042
Asesoramiento	73.7 (14)	37.2 (42)	.003	0.259	.003
Intervención en caso de crisis	31.4 (16)	49.4 (40)	.041	-0.177	.042
Potenciación de autoestima	0 (0)	46.7 (56)	.002	-0.271	.002
Disminución de la ansiedad	26.2 (11)	50.0 (45)	.010	-0.224	.010
Prevención de suicidio	0 (0)	44.4 (56)	.031	-0.187	.031
Fomentar la resiliencia	20.0 (9)	54.0 (47)	<.001	-0.326	<.001
Apoyo a la familia	24.0 (6)	46.7 (50)	.038	-0.180	.039
Desarrollo de un programa	14.3 (3)	47.7 (53)	.004	-0.248	.004
Administración de medicación: intramuscular	47.3 (53)	15.0 (3)	.007	0.234	.007

Tabla 72

NIC Manejo de la conducta y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra intervención de enfermería	Se realiza la intervención de enfermería NIC Manejo de la conducta (n=54), cuando la otra intervención de enfermería % (N)		Correlación entre realizaciones		
	Ha sido realizada (%)	No ha sido realizada (%)	p	Phi	p
Manejo de la medicación	64.3 (27)	30.0 (27)	<.001	0.325	<.001
Establecer límites	60.9 (14)	36.7 (40)	.032	0.186	.032
Ayuda para el control del enfado	73.7 (11)	36.8 (43)	.007	0.236	.006
Orientación de la realidad	57.6 (19)	35.4 (35)	.025	0.196	.025
Mediación de conflictos	77.8 (7)	38.2 (47)	.020	0.203	.020
Intervención en caso de crisis	54.9 (28)	32.1 (26)	.009	0.226	.009
Manejo del delirio	80.0 (8)	37.7 (46)	.009	0.228	.009
Intercambio de información de cuidados de salud	56.4 (22)	34.4 (32)	.019	0.204	.019

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Tabla 73

NIC Manejo de la medicación y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra intervención de enfermería	Se realiza la intervención de enfermería NIC Manejo de la medicación (n=42), cuando la otra intervención de enfermería % (N)		Correlación entre realizaciones		
	Ha sido realizada (%)	No ha sido realizada (%)	p	Phi	p
Orientación de la realidad	48.5 (16)	26.3 (26)	.018	0.207	.017
Reestructuración cognitiva	100.0 (4)	29.7 (38)	.003	0.259	.003
Disminución de la ansiedad	52.4 (22)	22.2 (20)	.001	0.302	<.001
Manejo de las alucinaciones	55.0 (11)	27.7 (31)	.016	0.210	.015
Educación para la salud	19.6 (11)	40.8 (31)	.010	-0.224	.010
Manejo de la conducta	50.0 (27)	19.2 (15)	<.001	0.325	<.001
Intervención en caso de crisis	47.1 (24)	22.2 (18)	.003	0.260	.003

Tabla 74

NIC Fomentar la resiliencia y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra intervención de enfermería	Se realiza la intervención de enfermería NIC Fomentar la resiliencia (n=45), cuando la otra intervención de enfermería % (N)		Correlación entre realizaciones		
	Ha sido realizada (%)	No ha sido realizada (%)	p	Phi	p
Mejorar el sueño	77.8 (7)	30.9 (38)	.004	0.249	.004
Mediación de conflictos	0 (0)	36.6 (45)	.025	-0.195	.025
Potenciación de la autoestima	75.0 (9)	30.0 (36)	.002	0.273	.002
Disminución de la ansiedad	64.3 (27)	20.0 (18)	<.001	0.435	<.001
Técnica de relajación	100.0 (4)	32.0 (41)	.005	0.246	.004
Desarrollo de un programa	57.1 (12)	29.7 (33)	.015	0.212	.015
Escucha activa	37.8 (45)	0 (0)	.006	0.238	.006
Administración de medicación: intramuscular	28.6 (32)	65.0 (13)	.002	-0.276	.001
Educación para la salud	16.1 (9)	47.4 (36)	<.001	-0.326	<.001

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Resultados y Discusión

Tabla 75

NIC Monitorización de los signos vitales y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra intervención de enfermería	Se realiza la intervención de enfermería NIC Monitorización de los signos vitales (n=102), cuando la otra intervención de enfermería % (N)		Correlación entre realizaciones		
	Ha sido realizada (%)	No ha sido realizada (%)	p	Phi	p
Apoyo al cuidador principal	50.0 (6)	80.0 (96)	.018	-0.206	.018

Tabla 76

NIC Intervención en caso de crisis y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra intervención de enfermería	Se realiza la intervención de enfermería NIC Intervención en caso de crisis (n=51), cuando la otra intervención de enfermería % (N)		Correlación entre realizaciones		
	Ha sido realizada (%)	No ha sido realizada (%)	p	Phi	p
Enseñanza: dieta prescrita	9.1 (1)	41.3 (50)	.036	-0.183	.036
Mejorar el sueño	77.8 (7)	35.8 (44)	.012	0.217	.012
Manejo de la medicación	57.1 (24)	30.0 (27)	.003	0.260	.003
Manejo de la conducta: autolesión	100.0 (3)	37.2 (48)	.027	0.192	.027
Orientación de la realidad	63.6 (21)	30.3 (30)	.001	0.296	.001
Apoyo emocional	52.8 (19)	33.3 (32)	.041	0.178	.041
Disminución de la ansiedad	61.9 (26)	27.8 (25)	<.001	0.326	<.001
Prevención del suicidio	83.3 (5)	36.5 (46)	.021	0.200	.021
Manejo de las alucinaciones	60.0 (12)	34.8 (39)	.033	0.185	.033
Consulta por teléfono	77.8 (7)	35.8 (44)	.012	0.217	.012
Intercambio de información de cuidados de salud	53.8 (21)	32.3 (30)	.020	0.202	.020
Educación para la salud	28.6 (16)	46.1 (35)	.041	-0.177	.042
Manejo de la conducta	51.9 (28)	29.5 (23)	.009	0.226	.009

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Tabla 77

NIC Fomento del ejercicio y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra intervención de enfermería	Se realiza la intervención de enfermería NIC Fomento del ejercicio (n=82), cuando la otra intervención de enfermería % (N)			Correlación entre realizaciones	
	Ha sido realizada (%)	No ha sido realizada (%)	p	Phi	p
Asesoramiento nutricional	85.4 (35)	51.6 (47)	<.001	0.322	<.001
Ayuda para disminuir de peso	100.0 (10)	59.0 (72)	.010	0.224	.010
Enseñanza: dieta prescrita	90.9 (10)	59.5 (72)	.040	0.179	.040
Establecer límites	34.8 (8)	67.9 (74)	.003	-0.259	.003
Desarrollo de un programa	85.7 (18)	57.7 (64)	.015	0.212	.015

Tabla 78

NIC Disminución de la ansiedad y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi

Otra intervención de enfermería	Se realiza la intervención de enfermería NIC Disminución de la ansiedad (n=42), cuando la otra intervención de enfermería % (N)			Correlación entre realizaciones	
	Ha sido realizada (%)	No ha sido realizada (%)	p	Phi	p
Mejorar el sueño	88.9 (8)	27.6 (34)	<.001	0.331	<.001
Apoyo emocional	66.7 (24)	18.8 (18)	<.001	0.458	<.001
Potenciación de la autoestima	58.3 (7)	29.2 (35)	.039	0.180	.039
Técnica de relajación	100.0 (4)	29.7 (38)	.003	0.259	.003
Prevención de suicidio	100.0 (6)	28.6 (36)	<.001	0.319	<.001
Manejo del delirio	0 (0)	34.4 (42)	.025	-0.196	.025
Reunión multidisciplinar sobre cuidados	53.8 (14)	26.4 (28)	.007	0.234	.007
Desarrollo de un programa	52.4 (11)	27.9 (31)	.027	0.192	.027
Administración de medicación: intramuscular	25.0 (28)	70.0 (14)	<.001	-0.346	<.001
Educación para la salud	19.6 (11)	40.8 (31)	.010	-0.224	.010
Intervención en caso de crisis	51.0 (26)	19.8 (16)	<.001	0.326	<.001
Fomentar la resiliencia	60.0 (27)	17.2 (15)	<.001	0.435	<.001
Manejo de la medicación	52.4 (22)	22.2 (20)	.001	0.302	<.001

Las intervenciones de enfermería NIC realizadas con mayor frecuencia al mismo tiempo que la escucha activa fueron: establecer límites, manejo del delirio y fomento de la resiliencia; para la

Resultados y Discusión

administración de medicación intramuscular: ayuda para disminuir de peso, apoyo emocional, mejora del afrontamiento, educación para la salud, disminución de la ansiedad, manejo de las ideas delirantes, fomentar la resiliencia y la consulta por teléfono; para educación para la salud fue asesoramiento; con el manejo de la conducta fueron: manejo de la medicación, establecer límites, ayuda para el control del enfado, orientación de la realidad, mediación de conflictos, intervención en caso de crisis, manejo del delirio e intercambio de información de cuidados de salud; con el manejo de la medicación fueron: reestructuración cognitiva, disminución de la ansiedad y manejo de las alucinaciones; en el caso de fomentar la resiliencia: mejorar el sueño, potenciación de la autoestima, disminución de la ansiedad, técnica de relajación y desarrollo de un programa.; para la intervención en caso de crisis fueron: mejorar el sueño, manejo de la medicación, manejo de la conducta: autolesión, orientación de la realidad, apoyo emocional, disminución de la ansiedad, prevención del suicidio, manejo de las alucinaciones, consulta por teléfono, manejo de la conducta e intercambio de información de cuidados de salud; en cuanto al fomento del ejercicio: asesoramiento nutricional, ayuda a disminuir de peso, enseñanza a dieta prescrita y desarrollo de un programa; y para finalizar, para la disminución de la ansiedad: mejorar el sueño, apoyo emocional, potenciación de la autoestima, técnica de relajación, prevención del suicidio, reunión multidisciplinar sobre cuidados, desarrollo de un programa, intervención en caso de crisis, fomentar la resiliencia y manejo de la medicación.

7.3.3.3. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería

NIC más frecuentes y las características sociodemográficas

7.3.3.3.1. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el sexo

Existe relación significativa en la etiqueta NANDA-I obesidad, con una mayor frecuencia en el grupo de mujeres (49.1%, n=26), frente al de los hombres (22.8%, n=18), (p=.002).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Además, la intervención de enfermería NIC escucha activa es mayor en el grupo de las mujeres (98.1%, n=52) vs (84.8%, n=67), (p=.012). Sin embargo, es mayor la frecuencia en la intervención de enfermería NIC administración de medicación intramuscular en el de los hombres (97.5%, n=76) vs (66%, n=35), (p<.001); y en la intervención de enfermería NIC educación para la salud (51.9%, n=41) vs (28.3%, n=15), (p=.007).

7.3.3.3.2. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y la edad

Se comprobaron diferencias significativas en la edad de las personas, siendo el grupo que tiene asignada la etiqueta NANDA-I disposición para mejorar la gestión de la salud, el que presenta menor edad 44.2 (DT 12.5) años vs 50.5 (DT 10.7) años, (p=.003).

No se comprobaron diferencias significativas, según la prueba T de Student, entre las intervenciones de enfermería NIC más frecuentes asignadas a las personas y la edad.

7.3.3.3.3. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes, el estado civil y la descendencia

No hay resultados estadísticos significativos, según la prueba de Chi², entre las etiquetas de NANDA-I más frecuentes asignadas a las personas y el estado civil o las personas con o sin hijas/os.

Hay relación significativa entre la intervención de enfermería NIC administración de medicación intramuscular y el estado civil o las personas con o sin hijas/os, siendo mayor la frecuencia en el grupo de solteras/os (92.3%, n=84), frente a casadas/os, convivientes, separadas/os, divorciadas/os o viudas/os (68.3%, n=28), (p<.001); por otro lado, también es mayor su frecuencia en el grupo de personas que no tienen hijas/os (90.5%, n=86) vs (70.3%, n=26), (p=.004).

7.3.3.3.4. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el tipo de convivencia o el tipo de apoyo familiar que reciben

No hay resultados estadísticos significativos.

7.3.3.3.5. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el nivel de estudios que tienen

No hay resultados estadísticos significativos, según la prueba de Chi², entre las intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el nivel de estudios, ni en las etiquetas de NANDA-I, salvo en el grupo de personas con la etiqueta NANDA-I obesidad, siendo menor su asignación en el grupo que no tiene estudios universitarios (29.6%, n=34) vs (58.8%, n=10), (p=.017).

7.3.3.3.6. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y la situación laboral actual

No hay relaciones significativas, según la prueba de Chi², entre las etiquetas de NANDA-I más frecuentes asignadas a las personas y la situación laboral actual, ni en las intervenciones de enfermería NIC, salvo en el grupo que ha recibido la intervención de enfermería NIC fomento del ejercicio, que muestra una mayor frecuencia entre las personas que no trabajan (65.5%, n=78) vs (30.8%, n=4), (p=.031).

7.3.3.3.7. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes, el tipo de trabajo, de ingresos económicos y cuantía

No hay resultados estadísticos significativos.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

7.3.3.4. Análisis de las etiquetas de NANDA-I, las intervenciones de enfermería NIC y los datos clínicos

7.3.3.4.1. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y la edad de inicio de la enfermedad

No hay resultados estadísticos significativos, según la prueba Chi², entre las etiquetas de NANDA-I asignadas más frecuentes y la edad de inicio de la enfermedad.

Se comprobaron diferencias significativas en el grupo en el que se realiza la intervención de enfermería NIC administración de medicación intramuscular (n=112), presentando una mayor frecuencia en aquellos en los que su enfermedad comenzó antes de los 25 años (91.5%, n=65) vs (77%, n=47), (p=.021); 22(17-39.4) vs 34(11.3-58.8); U de Mann-Whitney 674.500 (p=.002). Sin embargo, hay una mayor presencia de la intervención de escucha activa NIC (n=119), en las personas en las que su enfermedad comenzó a los 25 años o después (98.4%, n=60) vs (83.1%, n=59); 25(17-49) vs 19(15-); U de Mann-Whitney 406.000 (p=.005).

7.3.3.4.2. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y los años de enfermedad

Se comprobaron diferencias significativas en el grupo de personas que tiene asignada la etiqueta NANDA-I disposición para mejorar la gestión de la salud (n=49), presentando menor número de años de enfermedad 20(3-45.5) vs 24(5.2-43.8); U de Mann-Whitney 1616.000 (p=.049); asimismo, el grupo al que se le ha realizado la intervención de enfermería NIC escucha activa (n=119) también presenta menor número 21(4-40) vs 31(5-); U de Mann-Whitney 439.500 (p=.011); sin embargo, el grupo que tiene realizada la intervención de enfermería NIC administración de medicación intramuscular (n=112) tiene mayor número de años de enfermedad (cronicidad) 24(4.6-41.8) vs 14(2.3-31.8); U de Mann-Whitney 645.000 (p=.001).

Resultados y Discusión

7.3.3.4.3. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el número de ingresos hospitalarios

No hay resultados estadísticos significativos entre las etiquetas de NANDA-I más frecuentes asignadas y el número de ingresos hospitalarios.

Se comprobaron diferencias significativas entre el grupo de personas a las que se les ha realizado la intervención de enfermería NIC administración de medicación intramuscular (n=112) y el número de ingresos hospitalarios, presentando mayor número de ingresos hospitalarios el grupo en el que se realiza esta intervención, 2(0-8) vs 1(0-4); U de Mann-Whitney 657.000 (p=.001).

7.3.3.4.4. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y las visitas al servicio de urgencias en el último mes

No hay resultados estadísticos significativos.

7.3.3.4.5. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y los problemas de salud

Existe relación significativa en el grupo de personas que tienen obesidad (NANDA-I) (n=44), y los siguientes problemas de salud, siendo mayor el porcentaje de la presencia de dichos problemas en los grupos donde fue asignada la etiqueta: diabetes (61.9%, n=13) vs (27.9%, n=31), (p=.002); hipertensión arterial (69%, n=20) vs (23.3%, n=24), (p<.001); dislipemia (55%, n=11) vs (29.5%, n=33), (p=.026); y, por último, problemas respiratorios (62.5%, n=10) vs (29.3%, n=34), (p=.008).

En el grupo con gestión ineficaz de la salud (NANDA-I) (n=46), existe relación significativa, siendo mayor el porcentaje de problemas reumatológicos (80%, n=4) vs (33.1%, 42), (p=.050); y con deterioro de la interacción social (NANDA-I) (n=59), presentan mayor porcentaje de dislipemia (65%, n=13) vs (41.1%, n=46), (p=.047).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Además, existe relación significativa en los grupos en los que se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería y los problemas de salud:

En el grupo de personas con la intervención de enfermería NIC educación para la salud (n=56) es menor la presencia de: obesidad (32.8%, n=19) vs (20%, n=37), (p=.047); dislipemia (20%, n=4) vs (46.4%, n=52), (p=.028); anemia (8.3%, n=1) vs (45.8%, n=55), (p=.012); y hay ausencia de problemas de tiroides (0%, n=0) vs (47.5%, n=56), (p=.001).

En el grupo de personas con la intervención de enfermería NIC fomento del ejercicio (n=82) es mayor la presencia de obesidad (77.6%, n=45) vs (50%, n=37), (p=.001).

En el grupo de personas con la intervención de enfermería NIC administración de medicación intramuscular (n=112) es menor la presencia de: problemas de tiroides (64.3%, n=9) vs (87.3%, n=103), (p=.039); anemia (41.7%, n=5) vs (89.2%, n=107), (p<.001); y otros problemas de salud (60.9%, n=14) vs (89.9%, n=98), (p=.002).

Resultados y Discusión

7.3.3.4.6. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y los hábitos no saludables

Tabla 79

Frecuencia de hábitos no saludable, según las etiquetas de NANDA-I asignadas. Pruebas de Chi-cuadrado

Hábito no saludable		Disposición para mejorar la gestión de la salud (n=49) %(N)	p	Gestión ineficaz de la salud (n=46) %(N)	p	Obesidad (n=44) %(N)	p	Deterioro de la interacción social (n=59) %(N)	p
Consumo de tabaco (n=74)	Sí	29.7 (22)	.047	44.6 (33)	.008	24.3 (18)	.013	44.6 (33)	-
	No	46.6 (27)		22.4 (13)		44.8 (26)		44.8 (26)	
Consumo de alcohol (n=25)	Sí	16.0 (4)	.015	68.0 (17)	<.001	16.0 (4)	.041	24.0 (6)	.021
	No	42.1 (45)		27.1 (29)		37.4 (40)		49.5 (53)	
Consumo de drogas (n=27)	Sí	18.5 (5)	.025	70.4 (19)	<.001	22.2 (6)	-	18.5 (5)	.002
	No	41.9 (44)		25.7 (27)		36.2 (38)		51.4 (54)	
No realiza ejercicio físico (n=96)	Sí	36.5 (35)	-	38.5 (37)	-	40.6 (39)	.004	45.8 (44)	-
	No	38.9 (14)		25.9 (23)		13.9 (5)		41.7 (15)	
Consumo de café (>3) (n=55)	Sí	36.4 (20)	-	41.8 (23)	-	27.3 (15)	-	34.5 (19)	.047
	No	37.7 (29)		29.9 (23)		37.3 (29)		51.9 (40)	
Consumo de productos ricos en azúcares (n=66)	Sí	30.2 (19)	-	44.4 (28)	.027	52.4 (33)	<.001	50.8 (32)	-
	No	43.5 (30)		26.1 (18)		15.9 (11)		39.1 (27)	
Horas de sueño (<6 horas) (n=7)	Sí	14.3 (1)	-	71.4 (5)	.050	14.3 (1)	-	42.9 (3)	-
	No	38.4 (48)		32.8 (41)		34.4 (40)		44.8 (56)	

--: sin significación

No hay relación significativa, según la prueba Chi², entre la etiqueta NANDA-I asignada de ansiedad y las variables correspondientes a los hábitos no saludables.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Tabla 80

Frecuencia de hábitos no saludable, según las intervenciones de enfermería NIC realizadas.

Pruebas de Chi-cuadrado

Hábito no saludable		Administración de medicación intramuscular (n=112) % (N)	p	Educación para la salud (n=56) % (N)	p	Fomento del ejercicio (n=82) % (N)	p	Monitorización de los signos vitales (n=102) % (N)	P
Consumo de tabaco (n=74)	Sí	90.5 (67)	.039	55.4 (41)	.001	66.2 (49)	-	74.3 (55)	-
	No	77.6 (45)		25.9 (15)		56.9 (33)		81.0 (47)	
Consumo de alcohol (n=25)	Sí	9.6 (24)	-	72.0 (18)	.001	40.0 (10)	.011	80.0 (20)	-
	No	82.2 (88)		35.5 (38)		67.3 (72)		76.6 (82)	
Consumo de drogas (n=27)	Sí	92.6 (25)	-	59.3 (16)	.047	48.1 (13)	-	85.2 (23)	-
	No	82.9 (87)		38.1 (40)		65.7 (69)		75.2 (79)	
No realiza ejercicio físico (n=96)	Sí	83.3 (80)	-	44.8 (43)	-	67.7 (65)	.031	80.2 (77)	-
	No	88.9 (32)		36.1 (13)		47.2 (17)		69.4 (25)	
Consumo de café (>3) (n=55)	Sí	96.4 (53)	.002	60.0 (33)	.001	67.3 (37)	-	66.3 (35)	.002
	No	76.6 (59)		29.9 (23)		58.4 (45)		87.0 (67)	
Consumo de productos ricos en azúcares (n=66)	Sí	84.1 (53)	-	36.5 (23)	-	71.4 (45)	.035	76.2 (48)	-
	No	85.5 (59)		47.8 (33)		53.6 (37)		78.3 (54)	
Horas de sueño (<6 horas) (n=7)	Sí	57.1 (4)	-	42.9 (3)	-	57.1 (4)	-	42.9 (3)	.047
	No	86.4 (108)		42.4 (53)		62.4 (78)		79.2 (99)	

-.: sin significación

No se obtuvieron resultados significativos, según la prueba Chi-cuadrado, entre la intervención de enfermería NIC escucha activa realizada y las variables correspondientes a los hábitos no saludables.

7.3.3.4.7. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el consumo en el pasado de sustancias psicoactivas

Se obtuvieron las siguientes relaciones significativas en el análisis del consumo de sustancias psicoactivas en el pasado con las etiquetas de NANDA-I, siendo: mayor el grupo de personas que no consumieron drogas en el pasado y tienen asignada la etiqueta de deterioro de la interacción social (NANDA-I) (n=59), (54.8%, n=34) vs (35.7%, n=25), (p=.027); también, en aquellos con la etiqueta de obesidad (NANDA-I) (n=44) es mayor el grupo de personas que no consumió (45.2%, n=28) vs (22.9%, n=16), (p=.007); sin embargo, el grupo con gestión ineficaz de la salud (NANDA-

Resultados y Discusión

D), tuvo un mayor consumo de sustancias psicoactivas en el pasado (44.3%, n=31) vs (24.2%, n=15), (p=.016).

También hay relación significativa en la intervención de enfermería NIC educación para la salud, siendo mayor la intervención en el grupo de personas que consumió drogas en el pasado (54.3%, n=38) vs (29%, n=18), (p=.003).

7.3.3.4.8. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el consumo actual de sustancias psicoactivas

Se han comprobado relaciones significativas entre los siguientes diagnósticos de enfermería (NANDA-I) e intervenciones de enfermería NIC y el consumo actual de sustancias psicoactivas: el grupo con deterioro de la interacción social (NANDA-I) (n=59), presenta un menor número de consumidores de sustancias psicoactivas actual (25%, n=9) vs (52.1%, n=50), (p=.005); además, el grupo con disposición para mejorar la gestión de la salud (NANDA-I) (n=49) también presenta una menor frecuencia de consumidores (19.4%, n=7) vs (43.8%, n=42), (p=.010); si bien el grupo con una gestión ineficaz de la salud (NANDA-I) (n=46) tiene una mayor frecuencia (66.7%, n=24) vs (22.9%, n=22), (p <.001); por otro lado, en el grupo de personas con las que se ha realizado la intervención educación para la salud NIC (n=56) tiene una frecuencia de consumidores de sustancias psicoactivas menor (61.1%, n=22) vs (35.4%, n=34), (p=.008), aunque el porcentaje de personas de la muestra que consumen actualmente y se les ha realizado esta intervención es mayor.

7.3.3.4.9. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y los tratamientos terapéuticos

Existe relación significativa entre el grupo de personas con la etiqueta diagnóstica de enfermería NANDA-I ansiedad (n=48) y los siguientes tratamientos terapéuticos, siendo mayor la presencia de la toma de tratamiento oral (44.7%, n=42) vs (15.8%, n=6), (p=.002); y la participación en el

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

programa de atención plena (100%, n=6) vs (33.3%, n=42), (p=.002); sin embargo, el número de personas con administración de tratamiento inyectable es mayor (28.6%, n=32) vs (80%, n=16), (p<.001), si bien el porcentaje de personas con este tratamiento es mayor en los que no tienen ansiedad (NANDA-I) (71.4%, n=80).

De igual manera, existe relación significativa entre el grupo de personas con las siguientes etiquetas diagnósticas de enfermería y la participación en el programa de ejercicio físico (n=23), siendo menor la presencia en el grupo con la etiqueta NANDA-I gestión ineficaz de la salud (n=46) (13%, n=3) vs (39.4%, n=43), (p=.016); sin embargo, del grupo con la etiqueta obesidad (n=44) el porcentaje que participa en el programa de ejercicio físico es mayor (52.2%, n=12) vs (29.4%, n=32).

En relación a las intervenciones de enfermería realizadas encontramos las siguientes relaciones significativas con respecto a los tratamientos terapéuticos indicados:

En el grupo de personas con la intervención de enfermería NIC administración de medicación intramuscular (n=112) es menor la asistencia: a psicología en la USMC (n=5), (40%, n=2) frente a los que no asisten (86.6%, n=110), (p=.025); al programa de ejercicio físico (n=23), (43.5%, n=10) vs (93.6%, n=102), (p<.001); y al programa de entrenamiento de atención plena (n=6), (0%, n=0) vs (88.9%, n=112), (p<.001); sin embargo, en este grupo, el número de personas que además toman tratamiento farmacológico oral (n=94) es mayor (79.8%, n=75) vs (97.4%, n=37), (p=.011).

En el grupo de personas con la intervención de enfermería NIC educación para la salud (n=56) es menor la derivación: al programa de ejercicio físico (n=23), (21.7%, n=5) vs (46.8%, n=51), (p=.027); al programa de atención plena (n=6), (0%, n=0) vs (44.4%, n=56), (p=.038); a atención psicológica en Centros de Día y CRPS (n=29), (24.1%, n=7) vs (47.6%, n=49), (p=.033); sin embargo, es mayor la presencia de la intervención en el grupo de personas con tratamiento farmacológico inyectable (n=112), (47.3%, n=53) vs (15%, n=3), (p=.007).

Resultados y Discusión

En el grupo de personas con la intervención de enfermería NIC fomento del ejercicio (n=82) es mayor la presencia de tratamiento farmacológico oral (n=94), (68.1%, n=64) vs (47.4%, n=18), (p=.026); y es menor la asistencia al programa de ejercicio físico (n=23), (95.7%, n=22) vs (55%, n=60), (p<.001), si bien el 95.7% que desarrollan el programa de ejercicio físico tienen prescrita esta intervención.

7.3.3.4.10. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y la adherencia a las pautas terapéuticas

Existe relación significativa en el grupo de personas que tienen asignada la etiqueta diagnóstica de enfermería NANDA-I disposición para mejorar la gestión de la salud (n=49), y el cumplimiento de las pautas terapéuticas, siendo este grupo el que refiere mayor cumplimiento de los tratamientos prescritos (n=52), (53.8%, n=28) vs (26.3%, n=21), (p=.001), aunque se demuestra que el 73.8% de los que no cumplen los tratamientos no tienen la etiqueta asignada. Por otro lado, se comprueba que las personas con la etiqueta asignada no tienen retrasos en la administración (41.2%, n=49) vs (0%, n=0), (p=.002), ni incumplen el tratamiento oral (39.5%, n=49) vs (0%, n=0), (p=.026). Por último, se comprueba que este grupo refiere mantener una dieta saludable (50.7%, n=36) vs (21.3%, n=13), (p<.001), y practicar ejercicio físico (47.1%, n=33) vs (25.8%, n=16), (p=.011).

Existe relación significativa entre el grupo de personas que tienen asignada la etiqueta NANDA-I obesidad (n=44) y el cumplimiento de las pautas terapéuticas, siendo menor el cumplimiento de los tratamientos prescritos (n=52) en los que tienen asignada la etiqueta (11.5%, n=6) vs (47.5%, n=38), (p<.001). Por otro lado, se comprueba que este grupo refiere no mantener una dieta saludable (n=61), (60.7%, n=37) vs (9.9%, n=7), (p<.001). Por último, se comprueba que las personas con la etiqueta asignada no practican ejercicio físico (n=62), (51.6%, n=32) vs (17.1%, n=12), (p<.001).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Existe relación significativa en el grupo de personas que tienen gestión ineficaz de la salud NANDA-I (n=46), refiriendo no mantener una dieta saludable (n=61), (47.5%, n=29) vs (23.9%, n=17), (p=.005).

7.3.3.4.11. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y las personas polimedicadas (≥ 4)

Existe relación significativa en los grupos que tienen asignadas las siguientes etiquetas diagnósticas de enfermería y la polimedicación (≥ 4) (n=75), siendo mayor la presencia de: ansiedad (NANDA-I) (45.3%, n=34) vs (26.6%, n=14), (p=.014); y obesidad (NANDA-I) (41.3%, n=31) vs (22.8%, n=13), (p=.025). Sin embargo, esta presencia es menor en las siguientes intervenciones de enfermería: educación para la salud NIC (n=56), (34.7%, n=26) vs (52.6%, n=30), (p=.039); y administración de medicación intramuscular NIC, (78.7%, n=59) vs (93%, n=53), (p=.023).

7.3.3.4.12. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el número de fármacos psiquiátricos prescritos

Se comprobaron diferencias significativas en el grupo de personas que tienen ansiedad (NANDA-I) (n=48), siendo quienes presentan mayor número de fármacos psiquiátricos prescritos, 3(1-6) vs 2(1-6); U de Mann-Whitney 1411.500. (p=.004).

No hay resultados estadísticos significativos, según la prueba de U de Mann Whitney, entre las intervenciones de enfermería NIC más frecuentes realizadas y el número de fármacos psiquiátricos prescritos.

7.3.3.4.13. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el número de fármacos somáticos prescritos

Se comprobaron diferencias significativas en el grupo con la etiqueta NANDA-I obesidad (n=44), siendo mayor el número de fármacos somáticos prescritos en este grupo, 2(0-10.3) vs 0(0-3); U de Mann-Whitney 1237.000 (p<.001).

De igual modo, se comprobaron diferencias significativas, siendo menor el número de fármacos somáticos prescritos en las siguientes intervenciones de enfermería: administración de medicación intramuscular NIC, 0(0-7) vs 3(0-7); U de Mann-Whitney 628.000 (p=.001); y la educación para la salud NIC, 0(0-5.2) vs 1(0-8.5); U de Mann-Whitney 1581.000 (p=.006).

7.3.3.4.14. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el número de fármacos totales prescritos

Se comprobaron diferencias significativas, siendo mayor el número de fármacos totales prescritos en el grupo que tiene asignadas las siguientes etiquetas diagnósticas de enfermería: ansiedad (NANDA-I) (n=48), 5(1-9.6) vs 3(1-10.8); U de Mann-Whitney 1471.000 (p=.009); y obesidad (NANDA-I) (n=44), 5(1-12.3) vs 3.5(1-8); U de Mann-Whitney 1326.000 (p=.003).

Asimismo, se comprobaron diferencias significativas, siendo menor el número de fármacos totales prescritos en el grupo que tiene asignadas las siguientes intervenciones de enfermería: administración de medicación intramuscular NIC, 4(1-10) vs 6(0.2-10); U de Mann-Whitney 655.000 (p=.003); y la educación para la salud NIC, 3(1-8.5) vs 4(1-10.5); U de Mann-Whitney 1549.500 (p=.007).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

7.3.3.4.15. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el tratamiento inyectable depot

Existe relación significativa en el grupo de personas con la etiqueta diagnóstica de enfermería NANDA-I ansiedad (n=48) y el tratamiento inyectable depot (n=112), siendo menor la presencia de la etiqueta en los que se administran el tratamiento inyectable (28.6%, n=32) vs (80%, n=16), (p<.001). Sin embargo, en el grupo de personas a las que se les realiza la intervención NIC educación para la salud (n=56) es mayor la presencia de tratamiento inyectable (47.3%, n=53) vs (15%, n=3), (p=.007).

7.3.3.4.16. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el tipo de antipsicótico

No hay resultados estadísticos significativos, según la prueba de Chi², entre las etiquetas de NANDA-I más frecuentes asignadas a las personas y el tipo de antipsicótico (típicos o de primera generación frente a los atípicos o de segunda generación).

Existe relación significativa en el grupo de personas que recibe la intervención de enfermería NIC fomento del ejercicio (n=82) y el tipo de antipsicótico, siendo mayor la frecuencia de la intervención en el grupo de personas que tienen prescritos antipsicóticos típicos o de primera generación (68.5%, n=50), frente al grupo de personas con la prescripción de antipsicóticos atípicos o de segunda generación (46.2%, n=18), (p=.021).

7.3.3.4.17. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y los efectos adversos

Existen relaciones significativas entre las intervenciones de enfermería NIC y los efectos adversos, siendo menor la presencia de efectos adversos metabólicos (n=55) en el grupo de personas que tiene asignada la etiqueta diagnóstica de enfermería NANDA-I ansiedad (n=48), (23.6%, n=13) vs (45.5%, n=35), (p=.010). Sin embargo, en el caso de la etiqueta NANDA-I obesidad (n=44), la

Resultados y Discusión

presencia de efectos adversos metabólicos es mayor (61.8%, n=34) vs (13%, n=10), ($p < .001$); y, en el caso de los efectos adversos cardiovasculares (n=13), la presencia es menor en relación a la etiqueta (69.2%, n=9) vs (29.4%, n=35), ($p = .010$), si bien el porcentaje es mayor en relación al total de personas que presentan este efecto adverso. Por último, en el grupo de personas que tienen asignada la etiqueta diagnóstica NANDA-I disposición para mejorar la gestión de la salud (n=49) es menor la presencia de efectos adversos: disfunción sexual (n=37), (18.9%, n=7) vs (44.2%, n=42), ($p = .007$); y cardiovasculares (n=13), (7.7%, n=1) vs (40.3%, n=48), ($p = .031$).

En el grupo con la intervención de enfermería NIC administración de medicación intramuscular (n=112) el número de personas con disfunción sexual (n=37) es menor (97.3%, n=36) vs (80%, n=76), ($p = .013$), aunque el 97.3% de los que refieren que presenta disfunción sexual tienen prescrito este tratamiento intramuscular.

7.3.3.4.18. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el uso de recursos asistenciales

En el grupo de personas con deterioro de la interacción social NANDA-I (n=59) existe relación significativa, siendo menor su asistencia a los recursos ofertados por AFES (n=18), (22.2%, n=4) vs (48.2%, n=55), ($p = .039$), al igual que en el grupo de personas a las que se les ha realizado la intervención NIC educación la salud (n=56), (66.7%, n=12) vs (38.6%, n=44), ($p = .025$), aunque al 66.7% de las personas que acuden a AFES sí se les realiza esta intervención.

7.3.3.4.19. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el número de visitas en el último año a las consultas de enfermería

No hay resultados estadísticos significativos.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

7.3.3.4.20. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el número de visitas en el último año a las consultas de psiquiatría

Se comprobaron diferencias significativas, siendo el grupo de personas con ansiedad NANDA-I (n=48) las que tienen un mayor número de visitas anuales a la consulta de psiquiatría de la USMC, 4(1-18) vs 3(0-10); U de Mann-Whitney 1361.500 (p=.002).

Se comprobaron diferencias significativas entre las siguientes intervenciones y el número de visitas anuales a la consulta de psiquiatría de la USMC, siendo menor: en la administración de medicación intramuscular NIC, 4(1-10) vs 5(0-20); U de Mann-Whitney 838.000 (p=.040); en la educación para la salud NIC, 3(0-10) vs 4(1-15); U de Mann-Whitney 1479.500 (p=.003); y, por último, en el fomento del ejercicio NIC, 3(0-10) vs 4(1-14); U de Mann-Whitney 1577.500 (p=.025).

7.3.3.4.21. Análisis de las etiquetas de NANDA-I e intervenciones de enfermería NIC más frecuentes, el número de visitas totales en el último año a las consultas de enfermería y psiquiatría de la USMC

No hay resultados estadísticos significativos.

7.3.4. Otros análisis relevantes

Se analizan las diferencias y relaciones significativas entre otras variables distintas a las anteriores, que resultaron relevantes para la investigación.

7.3.4.1. Análisis del sexo con distintas variables seleccionadas

7.3.4.1.1. Análisis del sexo con las variables correspondientes a los datos sociodemográficos

No hay resultados estadísticos significativos.

7.3.4.1.2. Análisis del sexo, la edad de inicio de la enfermedad, el número de ingresos hospitalarios, las visitas al servicio de urgencias en el último mes y los años de enfermedad

No hay resultados estadísticos significativos.

7.3.4.1.3. Análisis del sexo, los tratamientos farmacológicos y la polimedicación (≥ 4)

Existe relación significativa en las personas polimedizadas (≥ 4), estando el grupo de mujeres más polimedizadas que el de hombres (71.7%, n=38) vs (46.8%, n=37), (p= .005).

7.3.4.1.4. Análisis del sexo y los problemas de salud

Tabla 81

Frecuencia de los problemas de salud, según el sexo. Pruebas de Chi-cuadrado

Problemas de salud		Mujer %(N)	Hombre %(N)	P
Obesidad (n=58)	No	25.7 (19)	74.3 (55)	<.001
	Sí	58.6 (34)	41.4 (24)	
Anemia (n=12)	No	35.0 (42)	65.0 (78)	<.001
	Sí	91.7 (11)	8.3 (1)	
Otros problemas (n=23)	No	35.8 (39)	64.2 (70)	.026
	Sí	60.9 (14)	39.1 (9)	

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

7.3.4.1.5. Análisis del sexo y los hábitos no saludables

Tabla 82

Frecuencia de hábitos no saludables, según el sexo. Pruebas de Chi-cuadrado

Hábitos no saludables		Mujer %(N)	Hombre %(N)	p
Consumo de tabaco (n=74)	No	63.8 (37)	36.2 (21)	<.001
	Sí	21.6 (16)	78.4 (58)	
Consumo de alcohol (n=25)	No	47.7 (51)	52.3 (56)	<.001
	Sí	8.0 (2)	92.0 (23)	
Consumo de drogas (n=27)	No	44.8 (47)	55.2 (58)	.033
	Sí	22.2 (6)	77.8 (21)	
Consumo de café (>3 al día) (n=55)	No	51.9 (40)	48.1 (37)	.001
	Sí	23.6 (13)	76.4 (42)	

7.3.4.1.6. Análisis del sexo y el uso de recursos asistenciales

No hay resultados estadísticos significativos.

7.3.4.1.7. Análisis del sexo y el índice de masa corporal

Tabla 83

Frecuencia de estado ponderal, según el sexo. Pruebas de Chi-cuadrado

Estado ponderal	Mujer %(N)	Hombre %(N)	p
Bajo peso	1.9 (1)	0 (0)	.023
Normopeso	17.0 (9)	27.8 (22)	
Sobrepeso	22.6 (12)	38.0 (30)	
Obesidad I	50.9 (27)	32.9 (26)	
Obesidad III (mórbida)	7.5 (4)	1.3 (1)	

En los resultados de la [Tabla 83](#), según los residuos corregidos significativos (± 1.96), hay más casos de los esperados en las mujeres con obesidad I (2.1).

7.3.4.2. Análisis de la edad de inicio de la enfermedad y las distintas variables seleccionadas

Según la recategorización en los siguientes grupos de edad: los menores de 18 años, entre los 18 y 25 años y mayores de 25 años; y, por otro lado, los menores de 25 años y los de 25 años o más.

Resultados y Discusión

7.3.4.2.1. Análisis de la edad de inicio de la enfermedad y el nivel de estudios

No hay resultados estadísticos significativos.

7.3.4.2.2. Análisis de la edad de inicio de la enfermedad, la situación laboral y los tipos de trabajo

Existe relación significativa entre la edad de inicio de la enfermedad (diferenciando 3 categorías) y el tipo de trabajo actual, ($p=0.002$), siendo de las personas que tenían menos de 18 años cuando comenzó la enfermedad ($n=8$): el 2.8% ($n=2$) del grupo que tiene trabajos sin especialización; el 6.7% ($n=2$) de los que tienen trabajos con especialización; y, el 16% ($n=4$) de las personas que no han trabajado. Por otro lado, de las personas que tenían entre 18 y 25 años cuando comenzó la enfermedad ($n=69$): el 49.3% ($n=35$) tienen trabajos sin especialización; el 46.7% ($n=14$) tienen trabajos con especialización; el 16.7% ($n=1$) tiene trabajos que requieren formación universitaria; y, el 76% ($n=19$) no ha trabajado. Y de las personas que tenían más de 25 años cuando comenzó la enfermedad ($n=55$): el 47.9% ($n=34$) tienen trabajos sin especialización; el 46.7% ($n=14$) tienen trabajos con especialización; el 83.3% ($n=5$) tienen trabajos que requieren formación universitaria; y, el 8% ($n=2$) no han trabajado. Observando los residuos corregidos significativos (± 1.96) vemos que entre las personas que tenían menos de 18 años cuando comenzó la enfermedad hay más casos de los esperados sin trabajo (residuo positivo 2.3); por otro lado, vemos que entre las personas que tenían entre 18 y 25 años cuando comenzó la enfermedad hay más casos de los esperados sin trabajo (residuo positivo 2.6); y entre las personas que tenían más de 25 años cuando comenzó la enfermedad hay más casos de los esperados con trabajos que requieren estudios universitarios (residuo positivo 2.1), siendo, por el contrario, menos casos de los esperados en las personas sin trabajo (residuo negativo -3.8).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

7.3.4.2.3. Análisis de la edad de inicio de la enfermedad, la presencia o ausencia de los hábitos no saludables y el índice de masa corporal (IMC)

No hay resultados estadísticos significativos.

7.3.4.3. Análisis de los distintos tratamientos y las distintas variables seleccionadas

7.3.4.3.1. Análisis de las personas polimedicadas (≥ 4) y los problemas de salud

Tabla 84

Frecuencia de los problemas de salud según las personas polimedicadas (≥ 4). Pruebas de Chi-cuadrado

Problemas de salud		Persona polimedicada (≥ 4)		p
		No %(N)	Sí %(N)	
Diabetes (n=21)	No	49.5 (55)	50.5 (56)	.001
	Sí	9.5 (2)	90.5 (19)	
HTA (n=29)	No	52.4 (54)	47.6 (49)	<.001
	Sí	10.3 (3)	89.7 (26)	
Obesidad (n=58)	No	51.4 (38)	48.6 (36)	.032
	Sí	32.8 (19)	67.2 (39)	
Problemas de tiroides (n=14)	No	46.6 (55)	53.4 (63)	.021
	Sí	14.3 (2)	85.7 (12)	
Problemas respiratorios (n=16)	No	46.6 (54)	53.4 (62)	.035
	Sí	18.8 (3)	81.3 (13)	
Anemia (n=12)	No	47.5 (57)	52.5 (63)	.002
	Sí	0 (0)	100.0 (12)	

7.3.4.3.2. Análisis de las personas polimedicadas (≥ 4) y los efectos adversos de la medicación

No hay resultados estadísticos significativos.

Resultados y Discusión

7.3.4.3.3. Análisis del número de fármacos (somáticos, psiquiátricos o totales), el tipo de fármacos y de la edad de las personas

Se han comprobado diferencias significativas, según los resultados obtenidos en la prueba T de Student, asumiendo varianzas iguales, siendo los pacientes con antipsicóticos atípicos o de segunda generación prescritos los que tienen una media de edad menor, frente a los que tienen pautados antipsicóticos típicos o de primera generación con una media de edad mayor: 44 (*DT* 11.4) vs 50 (*DT* 11) ($p=.003$).

Habiendo relacionado el número total de fármacos prescritos con la edad de las personas, se obtiene un coeficiente de correlación de Spearman 0.278, ($p=.001$), por lo tanto, existe una relación directa y débil, es decir, a mayor edad de las personas, mayor es el número de fármacos totales prescritos.

Habiendo relacionado el número de fármacos somáticos prescritos con la edad de las personas, se obtiene un coeficiente de correlación de Spearman 0.350, ($p<.001$), por lo tanto, existe una relación directa y débil, es decir, a mayor edad de las personas, mayor es el número de fármacos somáticos prescritos.

7.3.4.3.4. Análisis del tipo de antipsicótico, los problemas de salud, los efectos adversos, los hábitos no saludables y el índice de masa corporal

No hay resultados estadísticos significativos, según la prueba de χ^2 , entre el tipo de antipsicótico pautado (típico o de primera generación y atípico o de segunda generación) y los problemas de salud, efectos adversos, hábitos no saludables y el índice de masa corporal.

7.3.4.3.5. Análisis de la intervención de enfermería NIC fomento del ejercicio y el índice de masa corporal

Se comprobaron, mediante la prueba de χ^2 , relaciones significativas entre la intervención de enfermería NIC fomento del ejercicio realizada ($n=82$) y el índice de masa corporal ($p<.001$),

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

teniendo las personas con las que no se ha realizado la intervención de enfermería NIC fomento del ejercicio: bajo peso el 2% (n=1), normopeso el 42% (n=21), sobrepeso el 32% (n=16), obesidad clase I el 22% (n=11), y el 2% (n=1) tienen obesidad clase III (mórbida). Por otro lado, de las personas con las que se realiza la intervención de enfermería NIC fomento del ejercicio: el 12.2% (n=10) tienen normopeso, el 31.7% (n=26) tienen sobrepeso, el 51.2% (n=42) tienen obesidad clase I, y el 4.9% (n=4) tienen obesidad clase III (mórbida). Observando los residuos corregidos significativos (± 1.96) vemos que entre las personas con las que se ha realizado la intervención de enfermería NIC fomento del ejercicio hay menos casos de los esperados con normopeso (residuo negativo -3.9), y más casos de los esperados en las personas con las que no se realiza la intervención y tienen normopeso (residuo positivo 3.9); por otro lado, vemos que entre las personas con las que no se ha realizado la intervención de enfermería NIC fomento del ejercicio hay menos casos de los esperados con obesidad clase I (residuo negativo -3.3), y por el contrario, hay más casos de los esperados en las personas con las que se realiza la intervención y tienen obesidad clase I (residuo positivo 3.3).

7.3.4.4. Análisis del uso de recursos asistenciales y las distintas variables seleccionadas

7.3.4.4.1. Análisis del uso de recursos asistenciales y los hábitos no saludables

Existe relación significativa entre el grupo de personas que acuden al ECA (n=21) y los hábitos de vida no saludables, siendo mayor el número de personas que no realizan ejercicio físico habitualmente (20.8%, n=20) vs (2.8%, n=1), (p=.012). Asimismo, en el grupo de personas que acuden a los diferentes recursos asistenciales (n=63), es mayor el número de personas que consumen productos ricos en azúcares (57.1%, n=36) vs (39.1%, n=27), (p=.039). Por último, en el grupo de

Resultados y Discusión

personas que hacen uso del recurso de formación y empleo (n=16), también existe un mayor número de personas que consumen productos ricos en azúcares (20.6%, n=13) vs (4.3%, n=3), (p=.004).

7.3.4.4.2. Análisis del uso de recursos asistenciales y la adherencia a las pautas terapéuticas

No hay resultados estadísticos significativos.

7.3.4.5. Análisis entre las variables de consumo de sustancias psicoactivas

Existe relación significativa entre el consumo actual y pasado de sustancias psicoactivas, siendo del grupo de personas que refirieron un consumo de drogas en el pasado el 51.4% (n=36) los que mantienen actualmente dicho consumo, frente al 48.6% (n=34) que refieren haber abandonado ese consumo, (p<.001). Recordar, como se muestra en la [Tabla 24 Consumo de sustancias psicoactivas](#), que el 47% (n=62) del total de la muestra no consumió ni consume drogas.

7.3.4.6. Análisis entre las variables de problemas de salud, los efectos adversos y los hábitos no saludables.

Existe relación significativa entre la diabetes (n=21) y la dieta no saludable (n=61), siendo del grupo de personas que presentan diabetes el 23% (n=14) los que no mantienen una dieta saludable, frente a los que refieren tener una dieta saludable 9.9% (n=7), (p=.040). Asimismo, de las que personas que tienen HTA (n=29): el 31.1% (n=19) no mantienen una dieta saludable, frente al 14.1% (n=10) que sí, (p=.018); el 30.6% (n=19) de las personas con HTA no practican ejercicio físico, frente al 14.3% (n=10) que sí, (p=.023); sin embargo, son menos las personas hipertensas que consumen tabaco (14.9%, n=11) vs (31%, n=18), (p=.026); y menos los que consumen drogas (7.4%, n=2) vs (25.7%, n=27), (p=.049).

De las personas que tienen problemas de obesidad (n=58): es mayor el grupo que no mantiene una dieta saludable (72.1% , n=44) vs (19.7%, n=14), (p<.001); de igual manera, son más los que no realizan ejercicio físico de manera habitual (53.1%, n=51) vs (19.4%, n=7), (p=.001); los

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

que consumen productos ricos en azúcares (63.5%, n=40) vs (26.1%, n=18), ($p<.001$); y los que presentan efectos adversos metabólicos (83.6%, n=46) vs (15.6%, n=12), ($p<.001$). Si bien son menos las personas de este grupo que: fuman (33.8%, n=25) vs (56.9%, n=33), ($p=.008$); consumen alcohol (16%, n=4) vs (50.5%, n=54), ($p=.002$); consumen drogas (22.2%, n=6) vs (49.5%, n=52), ($p=.011$); y toman más de 3 cafés al día (30.9%, n=17) vs (53.2%, n=41), ($p=.011$).

En cuanto al grupo de personas con problemas de tiroides (n=14) son más las personas que no mantienen una dieta saludable (16.4%, n=10) vs (5.6%, n=4), ($p=.045$). De igual manera, del grupo de personas que tienen problemas respiratorios (n=16) son más los que no mantienen una dieta saludable (19.7%, n=12) vs (5.6%, n=4), ($p=.014$).

De las personas que tienen dislipemia (n=20) son más las que refieren tener efectos adversos metabólicos (23.6%, n=13) vs (9.1%, n=7), ($p=.022$).

8. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA



Figura 2. *Felicidad: nube de palabras*

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Tras el análisis de las narrativas de las entrevistas se han obtenido como resultados nueve categorías principales con sus respectivas subcategorías. Las definiciones de los diferentes códigos están recogidas en el libro de códigos (véase Anexo 7). Las categorías establecidas son: concepto; experiencias relacionadas con la felicidad; eventos biográficos significativos; estrategias para alcanzar la felicidad; sociedad; salud y felicidad; significado de la enfermedad; rechazo social; y servicios de salud mental y estigma (véase Tabla 85). Estas nueve categorías dan respuesta al objetivo general de la investigación “O7. Descubrir el significado de felicidad de las personas entrevistadas con trastorno mental grave de la USMC de La Laguna” y a sus objetivos específicos.

Tabla 85

Felicidad: categorías y subcategorías

CATEGORÍAS		SUBCATEGORÍAS		
OE7.1 CONCEPTO	DIMENSIÓN INTERPERSONAL-RELACIONAL	Ausencia de estigma Funcionamiento social y ocupacional Relaciones		
		Apoyo	Apoyo familiar Apoyo social	
		Pérdidas	Fallecimientos Laborales Rupturas	
	DIMENSIÓN PERSONAL	Motivación	Actividades individuales Autorrealización Crecimiento personal Felicidad material Necesidades básicas Objetivos vitales	
		Emociones	Emociones negativas Emociones positivas	
		Personalidad	Aceptación Creatividad Espiritualidad-Religiosidad Independencia Optimismo Satisfacción Solidaridad	
		Salud	Enfermedad Recuperación-Resiliencia Tratamientos Estado funcional (Cognitivo y físico)	
	DIMENSIÓN TEMPORAL	Continuum Momentos		

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Resultados y Discusión

OE7.2- EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA FELICIDAD	Experiencias felices	Actividades individuales Apoyo familiar Funcionamiento social y ocupacional Relaciones	
	Experiencias infelices	Enfermedad Soledad	
		Pérdidas	Fallecimientos Laborales Rupturas
OE7.3-EVENTOS BIOGRÁFICOS SIGNIFICATIVOS	De la infelicidad a la felicidad	Aceptación Crecimiento personal Crisis personal Recuperación-Resiliencia	
	De la felicidad a la infelicidad	Enfermedad Estigma	
		Pérdidas	Fallecimientos Laborales Rupturas
OE7.4- ESTRATEGIAS PARA ALCANZAR LA FELICIDAD	Actividades individuales Actividades compartidas Apoyo familiar Ausencia de estigma Felicidad material Funcionamiento social y ocupacional Necesidades básicas Normalidad Objetivos vitales Protección contra el rechazo Soledad		
	Personalidad	Aceptación Optimismo Espiritualidad-Religiosidad	
	Salud	Tratamientos Estado funcional (Cognitivo y físico)	
OE7.5-SOCIEDAD	Ausencia de estigma Valores sociales Responsabilidad personal Sin cambios		
OE7.6-SALUD Y FELICIDAD	Enfermedad no es causa de la infelicidad		
	Enfermedad como causa de infelicidad		General Salud Mental
OE7.7-SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD	Cambios	Autoestigma Crecimiento personal Crisis personal Estigma Espiritualidad-Religiosidad Recuperación-Resiliencia	
		Pérdidas	Laborales Rupturas
	Sin significado		
OE7.8-RECHAZO SOCIAL	Ausencia		
	Estigma	Estrategias	Protección contra el rechazo Visibilizar Actitud pasiva
OE7.9-SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ESTIGMA	Ausencia		
	Presencia		

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

El siguiente mapa jerárquico muestra la importancia de las distintas categorías y subcategorías, según la frecuencia de las respuestas codificadas (véase Figura 3).

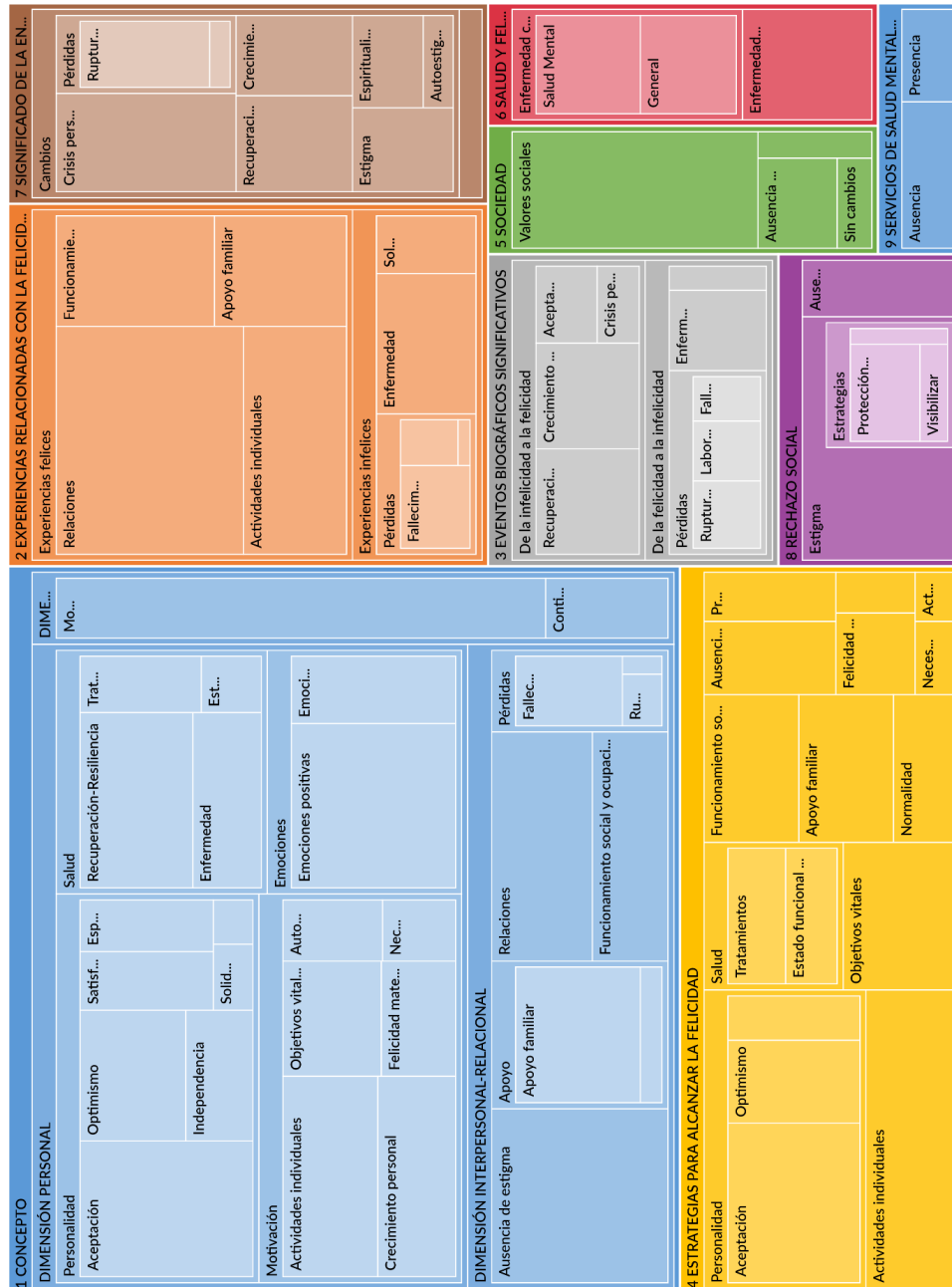


Figura 3. Mapa jerárquico sobre el concepto de felicidad

Resultados y Discusión

8.1. ANÁLISIS CUALITATIVO

A continuación, se recogen los resultados de las distintas categorías que dan respuesta a cada uno de los objetivos específicos. Para un mejor entendimiento de cada una de las categorías y subcategorías puede consultar sus definiciones en el libro de códigos (véase [Anexo 7](#)).

8.1.1. Concepto

Esta categoría responde al objetivo específico *OE7.1: Conocer el significado de felicidad*, y está formada a partir de las respuestas a las preguntas: *¿Qué es la felicidad?* y *¿qué elementos tiene la felicidad?*

Tabla 86

Concepto de felicidad: categorías y subcategorías

CATEGORÍAS		SUBCATEGORÍAS		
OE7.1 CONCEPTO	DIMENSIÓN INTERPERSONAL-RELACIONAL	Ausencia de estigma		
		Funcionamiento social y ocupacional		
		Relaciones		
		Apoyo	Apoyo familiar	Apoyo social
		Pérdidas	Fallecimientos	Laborales Rupturas
	DIMENSIÓN PERSONAL	Motivación	Actividades individuales Autorrealización Crecimiento personal Felicidad material Necesidades básicas Objetivos vitales	
		Emociones	Emociones negativas Emociones positivas	
		Personalidad	Aceptación Creatividad Espiritualidad-Religiosidad Independencia Optimismo Satisfacción Solidaridad	
		Salud	Enfermedad Recuperación-Resiliencia Tratamientos Estado funcional (Cognitivo y físico)	
	DIMENSIÓN TEMPORAL	Continuum		Momentos

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Algunos dicen y cantan que la felicidad la da la salud, el dinero y el amor..., ¿y si no tengo salud, estoy solo y no tengo dinero?, entonces, ¿es esto cierto?, ¿puedo ser feliz?, ¿podría ser feliz?

Los participantes de esta investigación nos dicen que sí, nos enseñan que la felicidad está más cerca de lo que pensamos.

“[...] en las pequeñas cosas de la vida”. (P1.4).

Obviamente, es difícil elaborar una definición que se acerque al concepto de felicidad más allá de sus respuestas. Tampoco en la Real Academia Española (RAE) se recoge el significado de *felicidad* para todas las personas con su definición de “estado de grata satisfacción espiritual y física” o incluso en su tercera acepción como “ausencia de inconvenientes o tropiezos” (Real Academia Española, s.f., definición 1 y 3). ¿En quiénes pensaban? Parece que se olvidan de algunos.

Cuando realicé las entrevistas algunas de las personas que participaron respondieron que nunca nadie les había preguntado por su felicidad o incluso que no habían pensado en ella antes. Cuando les escuché me di cuenta de que lo obvio no es tan obvio, y que “los locos, por estar locos” no son más infelices.

“No pienso en la felicidad nunca. La veo muy obstinada a la felicidad”. (P1.8).

Vamos a comenzar por el dinero, poco hablan ellos de la felicidad material, solo se refieren a ella cuando las necesidades básicas no están cubiertas o la pensión no llega. A pesar de que pocos hablan de hacerse millonario, la mayoría deja claro que, si no tienes ropa, un techo y comida, nadie puede ser feliz.

Felicidad material:

“Si existe la felicidad será en aquellas cosas que puedes disfrutar en el momento, sin privarte de nada”. (P1.1).

“La felicidad está en las cosas pequeñas, no en tener grandes millones”. (P1.11).

“Ser capaz de hacer las cosas normales. Es que me gustaría hacer cosas que no puedo por dinero, me gustaría estudiar fuera, me gustaría hacer un montón de cosas. No puedo, por eso aspiro a lo cotidiano, lo común”. (P1.5).

“¿Ahora?... salud tengo... ¿pues qué me haría feliz a mí?, ¿el amor?, ¿el dinero? no sé, el amor lo conozco, el dinero hace más la felicidad [...] Sí, porque el amor va y viene. Igual estás hoy bien y mañana estás mal. El dinero si lo tienes lo tienes siempre. el dinero me daría llámalo felicidad, llámalo sentimiento...llámalo euforia, llámalo como quieras”. (P1.6).

Resultados y Discusión

Tranquila y contenta con el trabajo, mejor ánimo, ha tenido que adelantar la compra del coche y está muy contenta, realiza prácticas en la autoescuela porque se siente insegura tras llevar tiempo sin conducir. Se refuerza sus logros y buen trabajo. (OP0.3).

Necesidades básicas:

“Tener un techo que me proteja, comida para alimentarme y ropa para no salir desnuda a la calle, básicamente es eso”. (P.1.1).

“Intento llevar una vida normal, levantarme, desayunar, asearme, trabajar, hacer las cosas de mi casa, caminar que me encanta... Llevar una vida normal”. (P1.4).

“Hay cosas que hacen estar mejor o peor, sí hay cosas y serían aquellas que no producen un sufrimiento psíquico, como el dinero, tener casa, no tener salud, violencia de género, todo eso”. (P1.15).

Acude a consulta porque no dispone de medios económicos para la compra del tratamiento, tras suspensión de la pensión. Habla con la TS y le propone solución a la espera de la llegada de tratamiento del HUC. (OP1.3).

Maslow postuló que es difícil alcanzar la autorrealización, sin tener las necesidades fisiológicas y de seguridad y protección cubiertas, pero la felicidad está presente en las actividades cotidianas de cada día.

Autorrealización:

“La felicidad es básicamente darte cuenta que no necesitas nada superfluo”. (P1.1).

“Intento hacer lo que me gusta y sin una visión de productividad, bailar, cantar, gimnasia rítmica mezclada con el ballet, es lo que me sale”. (P1.15).

Noviembre 2020, no solo realizó varios cursos de formación, sino que, además, le han ofrecido un desempeño de categoría superior, mejorando su contrato, renovando el contrato y ganando más que antes. (OP0.3).

Actividades individuales:

“Para mí la felicidad es poder estar tomándome algo, no sé, hasta un vaso de agua, da igual en cualquier sitio y poder concentrarme en sentir el calor del sol, sin irme a otro lado”. (P1.1).

“Comer chocolate jajaja”. (P1.5).

“Me doy ánimos a mí mismo, me sobrepongo a pesar de lo que pase, me leo un libro, veo una película, un programa de tele, hasta la política me hace feliz cuando trabajan bien, cuando trabajan mal, no”. (P1.6).

Le gustaría que comenzaran las actividades del ayuntamiento, está aburrida. Se le enseñan manualidades con trapillo y comenta que probará. (OP1.11).

En relación al amor, se podría establecer que la felicidad tiene una dimensión interpersonal-relacional, en la que tienen un papel importante las relaciones con los demás, el apoyo familiar y social, donde dejan muy claro que sin el estigma y las pérdidas podrían, con seguridad, ser más felices.

Apoyo familiar:

“Mi familia estuvo ahí siempre... Incondicional”. (P1.2).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

“Estar juntas las tres, mi hermana, mi hija y yo”. (P1.7).

“La felicidad es cuando voy a casa de mi madre y están mis sobrinos, veo a mis sobrinos con su abuela y abuelo y eso me dan ganas de llorar de la emoción que me da, eso es precioso. A mi sobrino el pequeñito, en 3 años y seis meses solo lo vi 3 veces, el chiquitito al principio me tenía miedo cuando estaba peludo y barbudo; y con el cambio, todas las mujeres con el corte de pelo me dicen ¡Qué guapo! ¡Qué guapo! y los envidiosos me dicen que tengo un corte de maricón...”. (P1.2).

A pesar de los múltiples ingresos, deterioro cognitivo y cansancio de las cuidadoras, gracias a su hermana y el amor por su hija continúa viviendo con su hermana en la casa familiar. En varias ocasiones se ha planteado la posibilidad de un ingreso en un centro residencial. (OP1.7).

Apoyo social:

“Conmigo se han volcado los vecinos. Teníamos problemas en la comunidad, pero cuando pasó lo que pasó y fallecieron mis padres... Somos 4 pelagatos y decidimos empezar de cero y ¿sabes lo que están haciendo?, están preocupadas por mí, cuando llego, cuando salgo, nos mandamos WhatsApp. Tengo una familia con mis vecinas y los sábados hago café y aviso a mi vecina, compro unos bombones y saco la mistela y nos hacemos unas fotos”. (P0.2).

“Yo tengo amigos en la Finca España y Gracia, en todos los bares me dejan entrar y si quiero algo y no tengo dinero, me lo dan”. (P1.3).

Acude a consulta para seguimiento, comenta que se plantea vivir en un piso compartido en La Laguna, irá unos días con sus padres. Persisten sentimientos de soledad y aburrimiento porque pasa el día sola, por lo que plantea a su pareja la necesidad de cambiar de domicilio. Reanudó las clases de canto y comenzará con clases de piano. (OP1.15).

Relaciones:

“Irme a tomar un café con una amiga, ir al cine, estar en pareja [...]. La felicidad me la dan el trabajo, la pareja y la familia”. (P1.4).

“Para mí es la compañera como la que tengo y que sigamos así siempre. Si pudiéramos estar juntos...”. (P1.8).

“Estar bien y llevarte bien con la gente”. (P1.10).

Hoy más cabizbajo, relata preocupaciones varias como suspenso de una asignatura de cocina, presión por parte de su padre, prioridades en la vida, expectativas de futuro y trabajo, relaciones íntimas, "normalidad"... Mantiene relaciones de amistad con iguales. Situación manejable por su parte, se intenta normalizar. (OP1.5).

Ausencia de estigma:

“No, cuando te plantan una etiqueta te arrebatan cosas. [...] no es lo mismo cuando te tratan sin saber que puedes tener una enfermedad o no”. (P1.1).

“Que entendieran mejor la enfermedad. No estigmatizarla tanto”. (P1.4).

Refiere estar nerviosa "porque le aprietan pelotas sus vecinos y están con chismes". Nadie le hace caso porque dicen que está loca. No se acordó de la cita porque no sabe en qué día vive. Continúa en IT. (OP1.13).

Pérdidas (fallecimientos, laborales y rupturas):

“Cuando me lesioné y tuve una hernia discal y no pude trabajar”. (P0.0).

“El fallecimiento de mi padre fue la muerte mía”. (P1.9).

“Rupturas de mis parejas”. (P1.12).

“¿Aquí ahora? Tener aquí a mis seres que he perdido”. (P1.14).

Tras un ERTE perdió a su familia, su prestigio, casi su casa y su vida. (OP1.9).

Resultados y Discusión

De igual modo, sentirse útiles y sentir que mantienen un funcionamiento social y ocupacional, les ayuda y permite alcanzar la felicidad. A veces se escucha que el trabajo dignifica a las personas, algunos lo creen y anhelan comenzar o volver a trabajar. La realidad muestra que aquellos que mantienen una actividad laboral mejoran sus condiciones y calidad de vida.

Funcionamiento social y ocupacional:

“Tener la mente ocupada, estimular la mente [...] y también al revés, tener tiempo de descanso y del ocio”. (P1.5).

“Paz, trabajo, me encantaría que me dejaran trabajando en el Hotel..., conseguir amigos. Eran todos chicos en la clase, jajaja y no valía ninguno jajaja; me tocó con un montón de clases diferentes y eran buenos los chicos trabajando”. (P1.14).

Contenta porque se irá a vivir con su pareja y el próximo curso realizará un módulo de estética. (OP1.4).

La dimensión personal está compuesta, entre otras subcategorías, por rasgos de personalidad y/o actitudes que sabemos que favorecen alcanzar la felicidad, tales como el optimismo, la satisfacción, la creatividad, la solidaridad y el establecimiento de objetivos vitales.

Optimismo:

“Pues sí, todavía tengo la capacidad de ser sorprendida por la vida, yo creo que eso no se debería perder”. (P1.1).

“Soy feliz a pesar de todo”. (P1.11).

“Es mi visión y actitud y es lo que hay que trabajar. Hay que creer en uno mismo”. (P1.12).

La esperanza y el optimismo han sido los pilares que le han permitido afrontar situaciones vitales duras como la pérdida de trabajo o el juicio por la recuperación de su hijo “todo va a salir bien, hay que tener fe y esperanza”. (OP1.12).

Satisfacción:

“Un momento que uno quiere y está contento, por ejemplo, un momentito cuando está haciendo algo que te gusta y te sientes satisfecho con lo que estás haciendo”. (P1.9).

“Pues que tu día a día de alguna forma sea placentero, que sea entretenido, divertido. Que te encuentres bien en la rutina en la que estás”. (P1.5).

Muchas veces piensa que ya ha hecho todo lo que tenía que hacer. Sus hijos son grandes, han terminado sus estudios y conseguido buenos trabajos. Cuidó a su madre hasta el final. Ahora a esperar a los nietos. (OP0.5).

Creatividad:

“Yo soy muy científico, creo que tendría la parte social, la parte creativa, que eso la gente no la suele tener mucho en cuenta”. (P1.5).

“Intento hacer lo que me gusta y sin una visión de productividad, bailar, cantar, gimnasia rítmica mezclada con el ballet, es lo que me sale”. (P1.15).

La enfermedad física le ha robado su creatividad y autorrealización, ya no puede tocar el piano con la OST. (OP1.9).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Solidaridad:

“El intentar consolar y ayudar está cuando una persona es capaz de ver el sufrimiento del otro, no de entenderlo, de verlo”. (P1.1).

“Alegría, alegría e intento transmitirla, porque sé lo que se ha pasado y no quiero que otra persona lo pase”. (P0.2).

Trabajó durante años en una ONG y ser agradecida es uno de sus valores, y cuando lo ha necesitado también le han devuelto, no solo la ayuda sino cariño. (OP1.12).

Objetivos vitales:

“A ver, yo creo que, si las cosa fuesen todo bien y todo perfecto y que todo el mundo hiciese todo bien, tú sin hacer nada serías feliz, pero como esto no es así, tienes que estar en la vida más activo y pensar todo lo que haces para alcanzar esa felicidad”. (P1.5).

“No tener tantas expectativas, porque creo que forma parte del propio concepto de felicidad”. (P1.15).

Refiere encontrarse agobiado por el nivel del curso y de los exámenes. Se clarifican objetivos y se refuerzan sus logros anteriores y capacidad de afrontamiento. (OP1.5).

La espiritualidad o la religiosidad no están tan presentes, solo algunos delegan en Dios su proceso de recuperación.

Espiritualidad-Religiosidad:

“El 10 de mayo de 2015 [...] Que me abrazaba Dios y dios es todo”. (P1.2).

“Ahora mismo tengo un rechazo ante Dios [...]. No, cuando falleció mi padre, desapareció la espiritualidad [...]. Sí muchísimo, yo llevaba a mi padre a todos lados, a las iglesias con el carrito, hasta el último día que lo vi y fuimos a Candelaria. Y cogí un rebote con todo eso, que me quita tranquilidad y paz. Yo sé que están ahí los santos, pero a mí me han hecho daño y me gustaría recuperarlo”. (P1.9).

Contento porque su padrino está en Tenerife y lo acompaña a las reuniones, se ha planteado reducir el consumo de cannabis, comenta que lleva muchos días sin probar el alcohol. Cuando acude a las reuniones recupera el espíritu y el “despertar” que sintió la primera vez. En una conversación reconoce que se sabe los principios de alcohólicos anónimos de memoria, pero no los lleva a la práctica, ha hecho un esfuerzo por volver a leer los libros como si fuera la primera vez. (OP1.2).

De igual manera, la independencia y la aceptación son imprescindibles para la recuperación de la enfermedad.

Independencia:

“Yo creo que uno es realmente feliz cuando se desliga de todo eso, incluida la familia. [...] Ya no espero nada de nadie. Y el no esperar nada de nadie me permite ser yo misma”. (P1.1).

“Yo fui feliz cuando antes iba a la Gomera sola, era capaz de salir sola, en un barco, con mi perrita, sola. Era capaz de ir sola a ver a mi hija y me volvía sola y era feliz. Era libre y mi marido se quedaba con mi hija y yo iba con mi hijo y mi nuera a todos lados y era muy feliz”. (P0.1).

Resultados y Discusión

Ya los años la hacen ser más dependiente, pero siempre recuerda que su felicidad dependía de su capacidad para ser independiente en todos ámbitos y hacer lo que le apeteciera sin depender de la opinión o de la autorización de su marido. (OP0.1).

Aceptación:

“No era la que era, tengo mi enfermedad, tengo mis cosas, pero qué pasa, me vi mejor. ¿qué es lo que tienes que hacer? Cuando me miro en el espejo y me peino, y me digo: pa' lante, sí puedo, sí puedo, sí puedo... que voy al centro a verlos.... pa' esto, pa' lo otro. ¿qué es lo que tengo? esto y esto, no tengo nada, al fin y al cabo, pero tengo a mi familia, estoy yo, eso es lo que hay. Momentos, momentos”. (P0.2).

“Cuando tengo un objetivo y las cosas no me salen como yo quiero. Ahora he aprendido a aceptar más las cosas y esperar. Todo tiene un porqué”. (P1.12).

“He recuperado y he perdido. No siempre se gana, también se pierde”. (P1.8).

Comenta que se encuentra bien, tras la ruptura con su pareja, comenta que estuvo unos meses regular. Volverá a retomar el gimnasio. Sueño y apetito conservado. (OP1.10).

¿Y qué pasa con la salud? La salud está incluida dentro de la dimensión personal. Los participantes valoran que los tratamientos les dan estabilidad, sin embargo, la salud no está tan presente en sus discursos, pero sí la enfermedad, entendiéndola, en algunos casos, como un camino hacia el crecimiento y la felicidad, que da sentido a la vida, y, en otros casos, como determinante de su sufrimiento y productora de su infelicidad e incluso hay quien me ha planteado que no afecta a su felicidad. En pocas personas la enfermedad provoca cambios positivos, solo unos pocos entienden que ese sufrimiento tiene un sentido y les permite alcanzar el equilibrio y sentir que han crecido personalmente.

Crecimiento personal:

“Me ha hecho descubrirme interiormente como soy, que de otra forma a lo mejor no lo hubiera descubierto”. (P0.4).

“Yo creo que quizás..., es que depende de cómo lo enfoques, la felicidad no está en lo que la gente cree que es la felicidad. Cuando una persona, enfermo mental o no, se da cuenta que la felicidad no está en lo que está escrito en libros o en lo que se ve en las películas o en lo que se ve a través de los ojos de lo demás, sino de lo que ves a través de tus ojos, eso es lo que te hace feliz. A mí no me hace feliz que tú me digas esto es la felicidad, para ti es la felicidad, pero a lo mejor para mí es otra cosa completamente diferente”. (P1.1).

Vive desde hace dos años en un piso tutelado que le ha permitido recuperar su autoestima, dignidad y vida. Comienza sus estudios de grado al mismo tiempo que recupera la relación con su madre y sus hermanos. (OP1.1).

Enfermedad:

“Sí me ha ayudado, [...] me ha hecho recapacitar... para darme cuenta de muchas cosas porque he llegado a este estado y lo llevo, lo que pasa es que sí me toca, sí me toca, me ha hecho muy vulnerable”. (P0.5).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

“Supuso un cambio en general en mí y también en los profesionales que me trataron. Al tener cierta etiqueta yo asumí ciertos roles que nunca había asumido, porque es eso, como que eres la etiqueta y tienes que cumplir todo lo que pone un libro. Es como que yo en ese momento estaba muy perdida, acabé más perdida, muy anulada, sabiendo menos quién soy y que quiero y un poco eso, porque en general solo iba a psiquiatría y me atendían dos psiquiatras y todo giraba en torno a la medicación y demás”. (P1.15).

Persisten las ideas delirantes, pero comenta que sus vecinos están más calmados, aunque “siguen entrando y rayan los muebles”. Se encuentra con ganas de salir adelante, cree que es debido al tratamiento. (OP1.11).

Tratamientos:

“Hombre, lo que estoy haciendo ahora, ir al psicólogo, seguir mis terapias del psiquiatra, yo soy muy cumplidora. Todo esto me ha dado estabilidad”. (P1.4).

“Tu proceso curativo no es te tomas unas pastillas y ya estoy bien y voy a ser feliz”. (P1.1).

“[...]tomarse las pastillas, venir a pincharse educadamente [...]”. (P1.3).

Refiere encontrarse muy bien, está más activo, no se objetiva acatisia, aunque comenta que en su casa la tiene en algunas ocasiones. Contento en teatro, pilates, CRPS... (OP0.0).

Recuperación-Resiliencia:

“Yo llevo una vida normal, lo que tengo es que me pincho y tomo pastillas. Yo salgo y entro a la hora que me da la gana y yo no molesto a nadie. Yo llevo mis perras en el bolsillo por si quiero tomarme algo, me lo tomo. Cojo el tranvía, pago el tranvía, pero hay gente que no puede hacer eso..., hay gente que está en el psiquiátrico, ingresados porque están fatal”. (P1.3).

“Más bien yo creo que he vuelto a como era antes de todo...”. (P1.5).

A pesar de su edad y las complicaciones se ha reinventado. En el centro de mayores es la más joven, pero no quiere dejar de acudir porque en él encontró casi la curación y quiere devolver lo que le dieron. Pasó de la enfermedad y la soledad a recuperar una vida normal, su mayor preocupación es ir a comprarse ropa y su aumento de peso. (OP0.4).

Estado funcional (cognitivo y físico):

“[...] me gustaría no sentir que estoy apalancado en la vida. [...] Tener la mente ocupada, estimular la mente”. (P1.5).

“No tengo madurez. No puedo hacer nada. En los talleres, CRPS.... me hacen madurar”. (P0.0).

El deterioro cognitivo y físico provocado por un ICTUS precisa de intervenciones a largo plazo, ser testigo de una recuperación casi completa es un milagro. (OP0.2).

A continuación, la siguiente figura muestra las emociones, tanto positivas como negativas, que los participantes identifican en sus experiencias relacionadas con la felicidad (véase [Figura 4](#)). Estas nubes de palabras representan visualmente, según su tamaño, la frecuencia con las que han sido usadas. La importancia de la presencia de emociones en la vida de las personas y su manejo está altamente relacionada con la percepción de felicidad, sobre todo cuando se habla de las negativas, causantes de infelicidad.



Figura 4. Emociones positivas y negativas relacionadas con la felicidad: nube de palabras

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Dentro de la dimensión temporal, algunos perciben la felicidad como algo permanente, un continuum de felicidad que existe y varía su presencia e intensidad. Si bien la mayoría de los participantes habla de momentos, momentos que quieren disfrutar y que buscan en las cosas más sencillas de la vida, diciendo que son más felices cuantos más momentos disfruten.

Continuum:

“[...] para mí es sentirte bien y mal, o sea yo no considero que siempre esté bien o siempre esté mal, cada día es como un bien y mal [...]. No lo considero neutro, porque no termino de concebir la felicidad. Hoy estoy bien y mal, hay cosas que están bien y otras que están mal y hay días que están peores o mejores.” (P1.15).

“Soy feliz a pesar de todo”. (P1.11).

Momentos:

“La felicidad es un compendio de momentos”. (P1.1).

“Son momentos que pasamos en la vida [...]. Por eso digo tener el mayor número de momentos de felicidad posibles”. (P0.4).

“Alegría, sobre todo te encuentras, como muy libre, no sé, estás haciendo las cosas y no estás pensando en nada malo, sino en disfrutar ese momentito, en vivirlo, ¿no? aunque en media hora todo se venga abajo. Disfruto sin querer, son momentos”. (P0.5).

“Pero la felicidad es relativa, no es absoluta, es pasajera [...] Si he sentido momentos de bienestar o felicidad, pero no es continuo. [...] La felicidad es esquiva, bastante. A veces no eres feliz, muchas de las veces.”. (P1.6).

En este acercamiento a las respuestas sobre el significado de felicidad solo queda claro que el concepto de felicidad es polisémico, que se construye y vive, además, que es único, personal e intransferible, cuantificable y relativo. Manifiestan en alguna ocasión que la felicidad es obstinada y esquiva. A veces es compartida y otras veces se alcanza solo siendo uno mismo. La mayoría habla de momentos, si bien hay momentos en los que no se nota su presencia.

Otras investigaciones ya han establecido la presencia de dos dimensiones claramente diferenciadas, una dimensión personal y una segunda dimensión interpersonal-relacional.

Profundizando en el análisis de estas dos dimensiones, se podría destacar que las cualidades y los valores que definen a la persona forman parte de las características de la dimensión personal. En este caso categorizado como personalidad, los rasgos, fortalezas o valores personales que tienen un carácter positivo, tales como el optimismo, la independencia, la solidaridad y la aceptación, e incluso

Resultados y Discusión

algunos van más allá, y en sus narrativas se perciben como rasgos fundamentales para alcanzar la autorrealización: la creatividad, la satisfacción en la vida y la espiritualidad-religiosidad.

El conocimiento personal y la identificación de las emociones son necesarias como aliadas en la reducción del dolor y el sufrimiento, además de para alcanzar la felicidad. Algunas veces no las reconocemos y no somos conscientes de las emociones, lo cual dificulta su gestión y regulación, como decía Thich Nhat Hanh (2007) “cuando estás enojado, eres enojo. Cuando estás feliz, eres felicidad”. Si conocemos las emociones que nos acompañan, podría ser más fácil disfrutar de las emociones positivas y, así no aferrarnos a las emociones negativas, en algunas ocasiones aceptándolas y en otras dejándolas pasar, como se propone desde la psicología positiva.

Es destacable, como se puede observar en la [Figura 3](#), que las emociones positivas ocupan gran parte de los recuerdos de las vidas de las personas, sobre todo la alegría, que todos la conocen, además de la paz, la tranquilidad, el amor, la libertad y la plenitud. Y como, por otro lado, la tristeza y el dolor son las principales emociones negativas asociadas al sufrimiento, acompañadas de la soledad, la impotencia, el pesimismo, la preocupación, la culpabilidad y la confusión.

La salud representa una subcategoría importante dentro de la dimensión personal, entendiendo que cuando esta se pierde, la recuperación es fundamental; sin embargo, en el TMG se conoce la importancia de la sintomatología, así como del deterioro funcional que produce, además de los efectos adversos de los tratamientos que dificultan en muchas ocasiones olvidarlos o desidentificarse de la enfermedad fruto del autoestigma que acompaña a algunos de los participantes. En algunos casos la enfermedad está muy presente, pero en otros no es tan visible.

“El 10% del día soy locura y un 90% del día estoy haciendo cosas”. (P1.15).

¿Y qué más nos cuentan que necesitan para ser felices? Se podría decir que la subcategoría motivación engloba acciones dirigidas para alcanzar la felicidad. A pesar de las dificultades, déficits y escasez de recursos... que puedan estar presentes en las vidas de los participantes, es fundamental tener

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

objetivos vitales (trabajo, pareja, hijos, viajar...), la realización de actividades, no grandes actividades porque a veces no se puede, pero sí intentar disfrutar de las pequeñas cosas cotidianas, sin olvidar que todo esto no se puede conseguir si no se tienen las necesidades básicas cubiertas y, quizás, algo más para “un capricho” que permita seguir aumentando el número de momentos felices.

Además, se ha identificado una tercera dimensión, denominada dimensión temporal, que establece que la felicidad percibida puede estar formada por un conjunto de momentos o por un estado continuo de felicidad que varía a lo largo de la vida. El siguiente mapa jerárquico *Concepto* muestra el peso de las categorías y subcategorías de las tres dimensiones que engloban el concepto de felicidad (véase [Figura 5](#)).

Resultados y Discusión

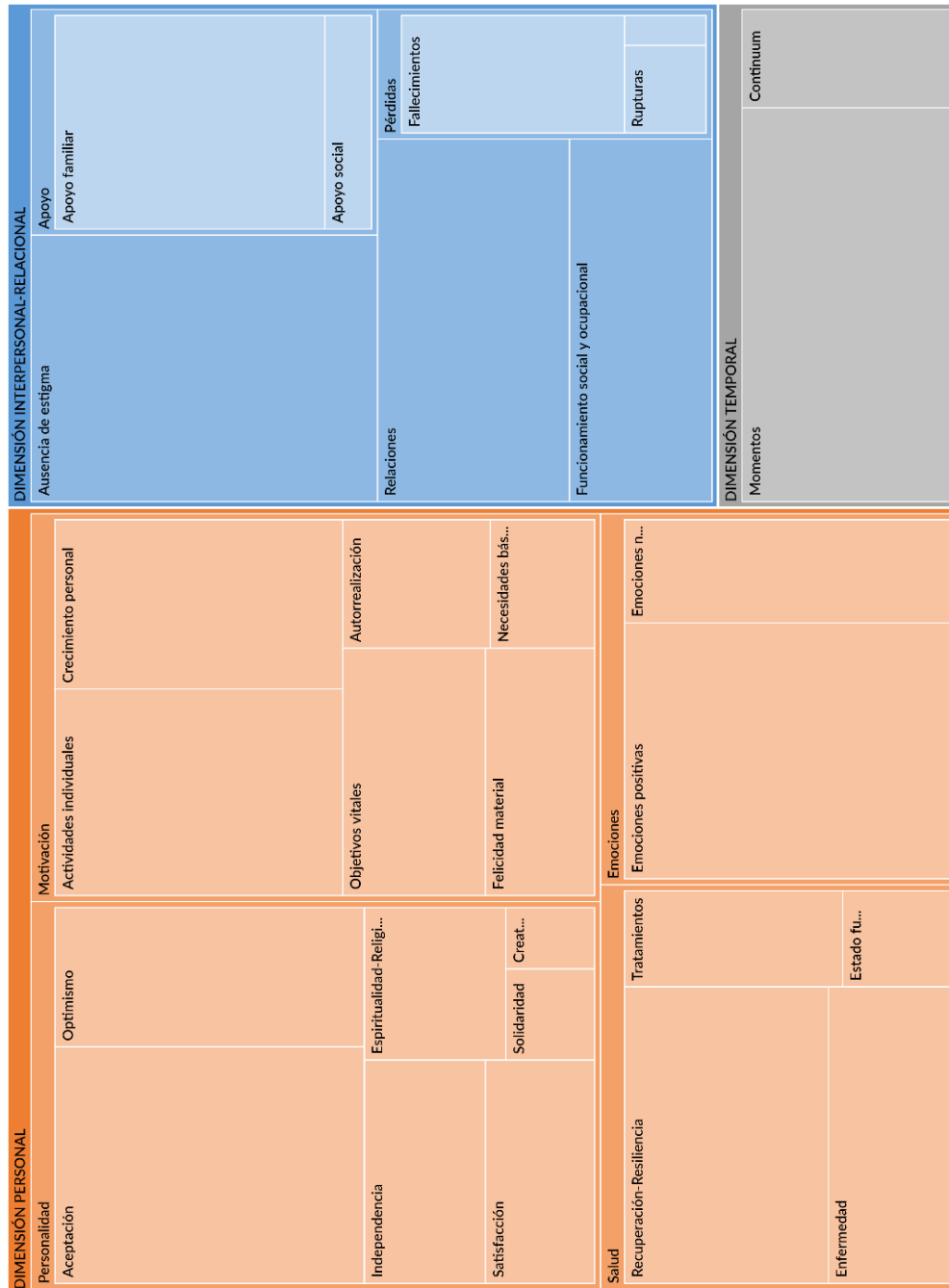


Figura 5. Concepto: mapa jerárquico

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

De igual manera, se comprueba la presencia de las codificaciones en los tres métodos utilizados, según los datos recogidos a través de la entrevista y las observaciones realizadas durante la investigación (véase Figura 6 y 7).

DIMENSIÓN PERSONAL	GRUPO FOCAL	ENTREVISTAS INDIVIDUALES	OBSERVACIONES
MOTIVACIÓN			
Act. individuales		X	X
Autorrealización		X	X
Crecimiento personal	X	X	X
Felicidad material		X	X
Necesidades básicas		X	X
Objetivos vitales	X	X	X
PERSONALIDAD			
Aceptación	X	X	X
Creatividad		X	X
Espiritualidad-Relig.		X	X
Independencia	X	X	X
Optimismo	X	X	X
Satisfacción		X	X
Solidaridad	X	X	X
SALUD			
Enfermedad	X	X	X
Recup.-Resiliencia	X	X	X
Tratamientos		X	X
Estado funcional		X	X

Figura 6. Triangulación de métodos y datos de la dimensión personal

Resultados y Discusión

DIMENSIÓN INTERPERSONAL-RELACIONAL	GRUPO FOCAL	ENTREVISTAS INDIVIDUALES	OBSERVACIONES
Ausencia de estigma	X	X	X
Funcionamiento social y ocupacional	X	X	X
Relaciones	X	X	X
Apoyo familiar		X	X
Apoyo social	X	X	X
Pérdida: Fallecimiento		X	X
Pérdidas: Laborales		X	X
Pérdidas: Rupturas	X	X	X

Figura 7. Triangulación de métodos y datos de la dimensión interpersonal-relacional

Destaca que las respuestas del grupo focal no están presentes en todas las codificaciones (véase Figura 6 y 7), lo cual refleja el enriquecimiento alcanzado con la realización posterior de las entrevistas individuales, confirmadas, además, en las observaciones realizadas por la investigadora en momentos diferentes al de las entrevistas.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

8.1.2. Experiencias relacionadas con la felicidad

Esta categoría pretende dar respuesta al objetivo específico *OE7.2: Categorizar experiencias relacionadas con la felicidad*, a partir de las respuestas de las preguntas: *¿Eres feliz o infeliz?, ¿recuerdas un momento feliz?, ¿qué sentiste? y ¿recuerdas un momento infeliz?, ¿qué sentiste?*

Tabla 87

Experiencias relacionadas con la felicidad: categorías y subcategorías

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
OE7.2-EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA FELICIDAD	Experiencias felices	Actividades individuales Apoyo familiar Funcionamiento social y ocupacional Relaciones
	Experiencias infelices	Enfermedad Soledad
		Pérdidas

Ante la dificultad para concretar las ideas expresadas acerca de la felicidad, se les preguntaba por sus experiencias personales, destacando que las causas de su infelicidad, además de las pérdidas, los fallecimientos de sus familiares y las rupturas de pareja, son la soledad, la enfermedad mental y sus efectos.

Enfermedad:

- “He tenido momentos felices, bueno, algunos que otros, antes de la enfermedad”. (P0.2).
- “Momentos malos siempre ha habido, no quiero recordarlo, estuve encerrado en la prisión, se me picaron los dientes, tenía dolores, entraba y salía, volvía a entrar, fueron años... No lo he olvidado, pero por otro lado los pasé como pude y luego me vi con esto así”. (P1.8).
- “Era dolor, mucho dolor, estaba enfermo, me tenían por loco, no trabajaba, estaba incapacitado, tenía una pensión. Todo era una mierda...”. (P1.2).

Pérdidas (Fallecimientos, laborales y rupturas):

- “Cuando me lesioné y tuve una hernia discal y no pude trabajar”. (P0.0).
- “El fallecimiento de mi padre fue la muerte mía”. (P1.9).

Soledad:

- “[...] Ahora estoy sola como la una [...]. Siempre hay una tristeza en una, la muerte, el sufrimiento de la enfermedad que no te deja. Estoy sola.”. (P1.13).
- “En la calle me siento sola, como si fuera una vagabunda, no sé cómo decirlo. Perdí todas mis amistades de mi infancia”. (P1.14).

Asimismo, cuando evocan sus recuerdos felices muestran y comparten durante esos momentos emociones positivas (alegría, paz, tranquilidad...) y dan detalles de esos momentos

Resultados y Discusión

vivididos. En la mayoría de los casos son recuerdos compartidos con otras personas (familiares, parejas y amistades, actividades de ocio y/o laborales) y en otras ocasiones exclusivamente individuales, relacionados con sus objetivos y actividades personales.

Apoyo familiar:

“Mi familia estuvo ahí siempre... Incondicional”. (P1.2).

“Con mi chica estoy cómodo y confiado. Con mis hermanas también, ellas me han ayudado mucho [...]”. (P1.8).

“[...] Mi madre me protegía”. (P1.13).

“Lo recuerdo como algo muy bonito porque en toda mi infancia y adolescencia, mis relaciones fueron muy conflictivas al relacionarme con la gente y fue una época en que mi abuela siempre estaba ahí y me ayudó a calmar y la abracé un día por primera vez, cuando yo siempre le contestaba mal y para mí fue un momento bonito”. (P1.15).

Funcionamiento social y ocupacional:

“Ser libre, alegría, ahora estoy estancada ahí, sin hacer cosas de la casa. Mi marido me tiene que obligar”. (P0.1).

“[...] Cuando trabajaba, haciendo algo que me gustaba, yo soy peluquero, pero me dio la esquizofrenia, a los 30 años, 29 años. Yo estaba trabajando y de repente me dio allí, me dije ¿dónde estoy? No sabía dónde estaba, y miré para la mano y tenía las tijeras y no sabía porqué y llamaron a la ambulancia y me llevaron para el hospital.”. (P1.3).

“[...] La felicidad me la dan el trabajo, la pareja y la familia.”. (P1.4).

“Me hace feliz salir, hacer estas cosas, acabar el ciclo”. (P1.14).

Relaciones:

“Si viera a mi hija bien me haría feliz”. (P0.1).

“[...] Mira, el día de Nochebuena, me cogió mi hermana y las tres coincidimos en que íbamos con un pantalón y camisas parecidas y nos hicimos una foto, fue tan espontáneo y ellas, no sé, en ese momento me dio un subidón y ese ratito fue de subidón... ese ratito, ese momento, pero fue bonito. Esa foto la tengo en mi cuarto y me hace sonreír”. (P0.5).

“Cuando besé a una chica con 26 años (muy feliz). No ha habido más momentos”. (P0.0).

“[...] La felicidad es cuando voy a casa de mi madre y están mis sobrinos, veo a mis sobrinos con su abuela y abuelo y eso me dan ganas de llorar de la emoción que me da, eso es precioso [...]”. (P1.2).

“Yo en el colegio era bastante feliz porque tenía gente, iba con la misma gente, el mismo grupo de amigos”. (P1.5).

“Cuando lo conocí, me enamoré, sentía felicidad y amor. Y cuando nació mi hija”. (P1.7).

Actividades individuales:

“[...] Para mí la felicidad es poder estar tomándome algo, no sé, hasta un vaso de agua, da igual en cualquier sitio y poder concentrarme en sentir el calor del sol, sin irme a otro lado”. (P1.1).

Queda claro que la rememoración de experiencias felices pone de manifiesto que cuando se cuentan situaciones positivas, estas son más detalladas y se puede observar el interés por hablar más tiempo de lo sucedido, evocando las expresiones de las emociones positivas que las acompañan, sonríen, se ríen e incluso se emocionan al recordarlo. Por otro lado, la mayoría de las descripciones de

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

las experiencias felices pertenecen a la dimensión interpersonal-relacional, es decir, se trata de experiencias compartidas con familiares, amistades, compañeras/os... salvo cuando describen actividades individuales con las que disfrutan.

Asimismo, las experiencias infelices también están mayoritariamente relacionadas con la dimensión interpersonal-relacional, pero en este caso las experiencias son infelices, habiendo rupturas o pérdidas de las relaciones con los otros. Incluso, tras la codificación, aparece como subcategoría la soledad en las antípodas de las relaciones.

Es importante resaltar que algunos identifican claramente la enfermedad como una experiencia infeliz. La simple lectura de los verbatims contagia de tristeza y dolor al lector. Como vemos en el mapa jerárquico *Experiencias relacionadas con la felicidad* (véase Figura 8), la felicidad aumenta cuando es compartida y la infelicidad podría ser menos dolorosa si se pudiera compartir.

Resultados y Discusión

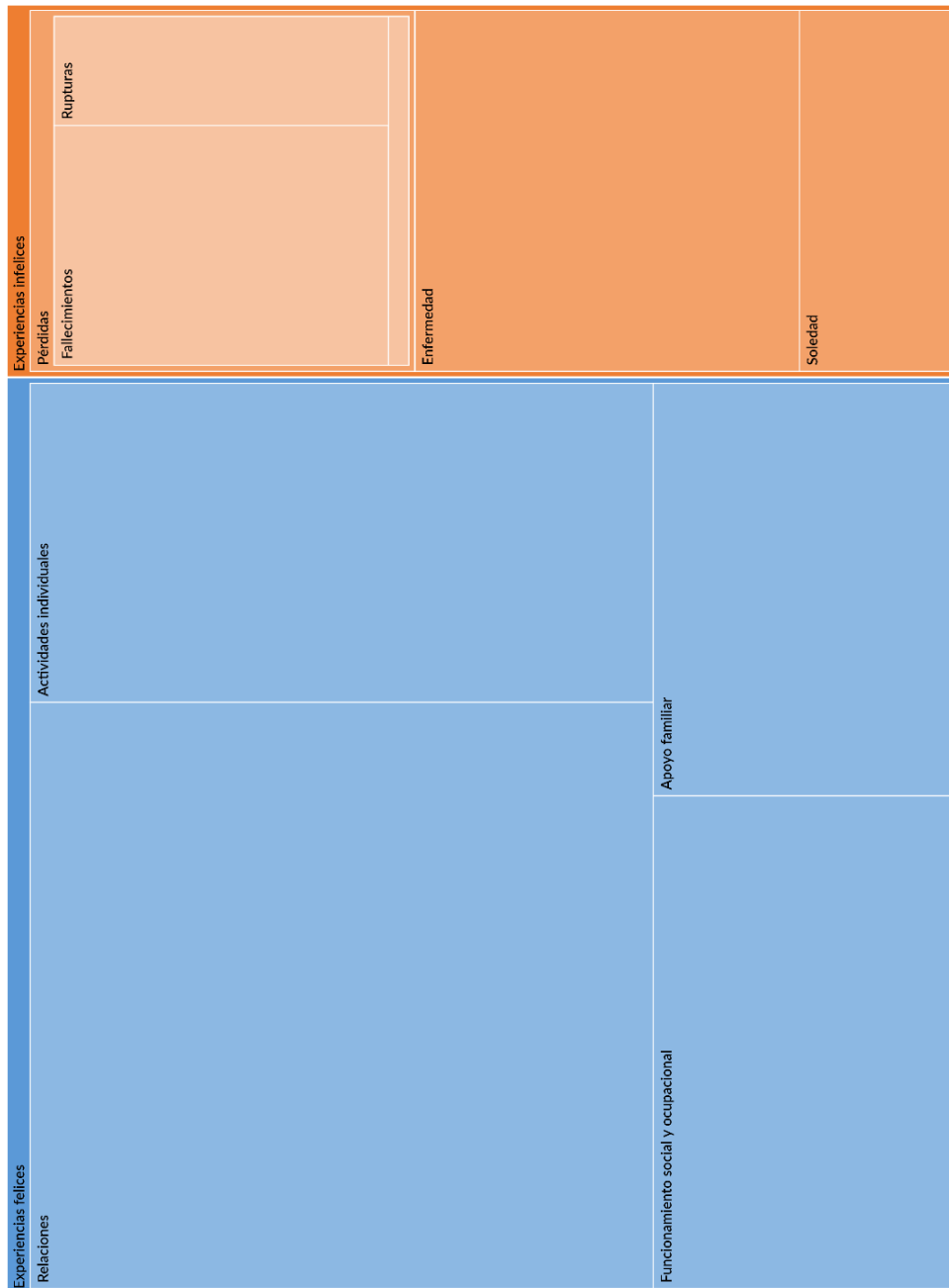


Figura 8. *Experiencias relacionadas con la felicidad: mapa jerárquico*

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

8.1.3. Eventos biográficos significativos

Esta categoría responde al objetivo específico *OE7.3: Identificar qué eventos vitales provocaron un cambio en el estado de felicidad*, a partir de las respuestas a la pregunta: *¿Qué cambios o situaciones te hicieron pasar de ser feliz a infeliz o de infeliz a feliz?*

Tabla 88

Eventos biográficos significativos: categorías y subcategorías

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
OE7.3-EVENTOS BIOGRÁFICOS SIGNIFICATIVOS	De la infelicidad a la felicidad	Aceptación Crecimiento personal Crisis personal Recuperación-Resiliencia
	De la felicidad a la infelicidad	Enfermedad Estigma
		Pérdidas

Cuando profundizan en los recuerdos de sus vivencias, comentan qué eventos significativos creían que habían provocado un cambio en su felicidad, destacando que la enfermedad, el rechazo social y/o el estigma les habían llevado a la infelicidad, así como las pérdidas de personas queridas.

Enfermedad:

“Yo estaba bien trabajando y ganando mi dinero, todo fue la enfermedad claro. Perdí mi trabajo y todo”. (P1.3).

“Cuando me caí por las escaleras y me partí la espalda, cuando me atropellaron, antes de la espalda, tenía menos de 10 años, yo siempre recuerdo a mi madre mal, vivía con mi madre”. (P1.14).

“Cuando me dieron la incapacidad”. (P1.4).

Pérdidas (Fallecimientos, laborales y rupturas):

“La enfermedad y otras cosas y más otras cosas que la enfermedad, como el trabajo”. (P0.3).

“La muerte de mi padre y mi madre, mi enfermedad no”. (P1.13).

“Básicamente durante mi infancia también, pero no fui consciente y en la adolescencia sí, fueron fallecimientos seguidos, año tras año, problemas familiares, etc.”. (P1.15).

“Cuando dejé a la chica que me dio un beso. No funcionó”. (P0.0).

“Si he perdido trabajos, de tener... la separación es un momento difícil, muy difícil porque ves a las niñas pequeñas que quieres cuidar, que quieres atender, que quieres darle la educación y ves que no puedes”. (P1.6).

“Con la cárcel, me separaron de mi hijo y mi padre no se hizo cargo...”. (P1.8).

“Hace 6 años, fue después de la separación, mis hijos decidieron que se separaban de la familia, no de mí, sino de toda mi familia”. (P1.9).

Resultados y Discusión

Estigma:

“Yo me enfermé a los 18 y maduré de golpe, ahí yo me di cuenta. Ya no tenía tal, estaba enfermo, mis amigos pasaban, el loco, el tal, no andes con ese que está pirado, papapapa...y dije ¿cómo? ¿hay amigos? ¿hay tal...? chiquita mierda de vida esta [...] ¿Sabes lo que piensa la gente de mi pueblo? que yo me inventé esto para cobrar la pensión”. (P1.2).

Si bien en otros casos es sorprendente como la enfermedad les ha llevado a alcanzar la felicidad, lograr su crecimiento personal, recuperarse y, en la mayoría de los participantes, aceptar lo que les sucede.

Aceptación:

“Cuando tengo un objetivo y las cosas no me salen como yo quiero. Ahora he aprendido a aceptar más las cosas y esperar. Todo tiene un porqué”. (P1.12).

“No era la que era, tengo mi enfermedad, tengo mis cosas, pero qué pasa, me vi mejor. ¿Qué es lo que tienes que hacer? Cuando me miro en el espejo y me peino, y me digo P0.2 pa' lante, sí puedo, sí puedo, sí puedo... que voy al centro a ver a... pa' esto pa' lo otro. ¿qué es lo que tengo? esto y esto, no tengo nada, al fin y al cabo, pero tengo a mi familia, estoy yo, eso es lo que hay”. (P0.2).

“Yo creo que uno es realmente feliz cuando se desliga de todo eso, incluida la familia”. (P1.1).

Crecimiento personal:

“La edad también influye, la gente joven es inconformista. Yo oí que la gente mayor es más feliz que la joven, tienen más experiencia, valoran lo bueno y lo malo. Los jóvenes tienen crisis de identidad y se cabrean mucho”. (P1.11).

“Todo era una mierda... pero con toda esa mierda... madurando, alcancé la completa felicidad”. (P1.2).

Crisis personal:

“Tuve una muerte psíquica, yo dije ya está, ya se acabó, dejé de pensar, dejé de preocuparme de nada, me dejo caer los pies y ya está, se acabó. (P1.2).

“El suicidio cambió y le dio un sentido, aunque no era consciente y la vida te va llevando y te das cuenta de muchas cosas”. (P1.11).

Recuperación-Resiliencia:

“Yo llevo una vida normal, lo que tengo es que me pincho y tomo pastillas. Yo salgo y entro a la hora que me da la gana y yo no molesto a nadie. Yo llevo mis perras en el bolsillo por si quiero tomarme algo, me lo tomo. Cojo el tranvía, pago el tranvía, pero hay gente que no puede hacer eso..., hay gente que está en el psiquiátrico, ingresados porque están fatal”. (P1.3).

“En el trabajo lo pasé bien y el compañerismo es bueno, soy feliz porque hablaba con unos y otros y eso es interesante, no me rechazan y les cogí cariño del roce todos los días”. (P1.13).

Buscando la presencia de la identificación de la persona con la enfermedad que padece, y ante la insistencia de los investigadores en la formulación de preguntas para corroborar la consistencia de las respuestas, se les propuso que recordaran que evento en su vida supuso un cambio en su estado de felicidad. Se establecieron dos categorías sobre los eventos biográficos que

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

provocaron el cambio en su estado de felicidad: paso de felicidad a infelicidad y paso de infelicidad a felicidad (véase **Figura 9**). En la primera subcategoría sus explicaciones se centran principalmente en las pérdidas, tanto laborales, como fallecimiento de personas importantes o rupturas, asimismo, con menor frecuencia hablan del trastorno mental y/o de los efectos de este, en concreto de su efecto estigmatizante. Es curioso que cuando evocan qué situación provocó el paso de infelicidad a felicidad plantean claramente factores relacionados con la superación de la enfermedad, dentro de las variables personales, como el crecimiento personal, recuperación-resiliencia y la aceptación, lo cual refleja como la enfermedad determina o influye en la felicidad, si bien en este caso, queda claro que se puede volver a ser feliz tras pasar o tener una enfermedad mental.

El paso del estado de infelicidad a felicidad depende de uno mismo, de la actitud de aceptación, motivación y la disposición para la recuperación-resiliencia. Como se observa dentro de la dimensión personal, los otros no son importantes para cambiar nuestro estado o nivel de felicidad.

Por el contrario, el paso de la felicidad a la infelicidad está relacionado con los demás, con la dimensión interpersonal-relacional. Cuando aparece la enfermedad mental suele venir acompañada del estigma, cargada de prejuicios, estereotipos y discriminación, lo que provoca la ruptura de parejas, amigos, pérdidas laborales y un mayor sufrimiento ante los fallecimientos de las personas que les apoyan, ya que en muchas ocasiones estas pérdidas los llevan a la soledad y al aislamiento.

Resultados y Discusión

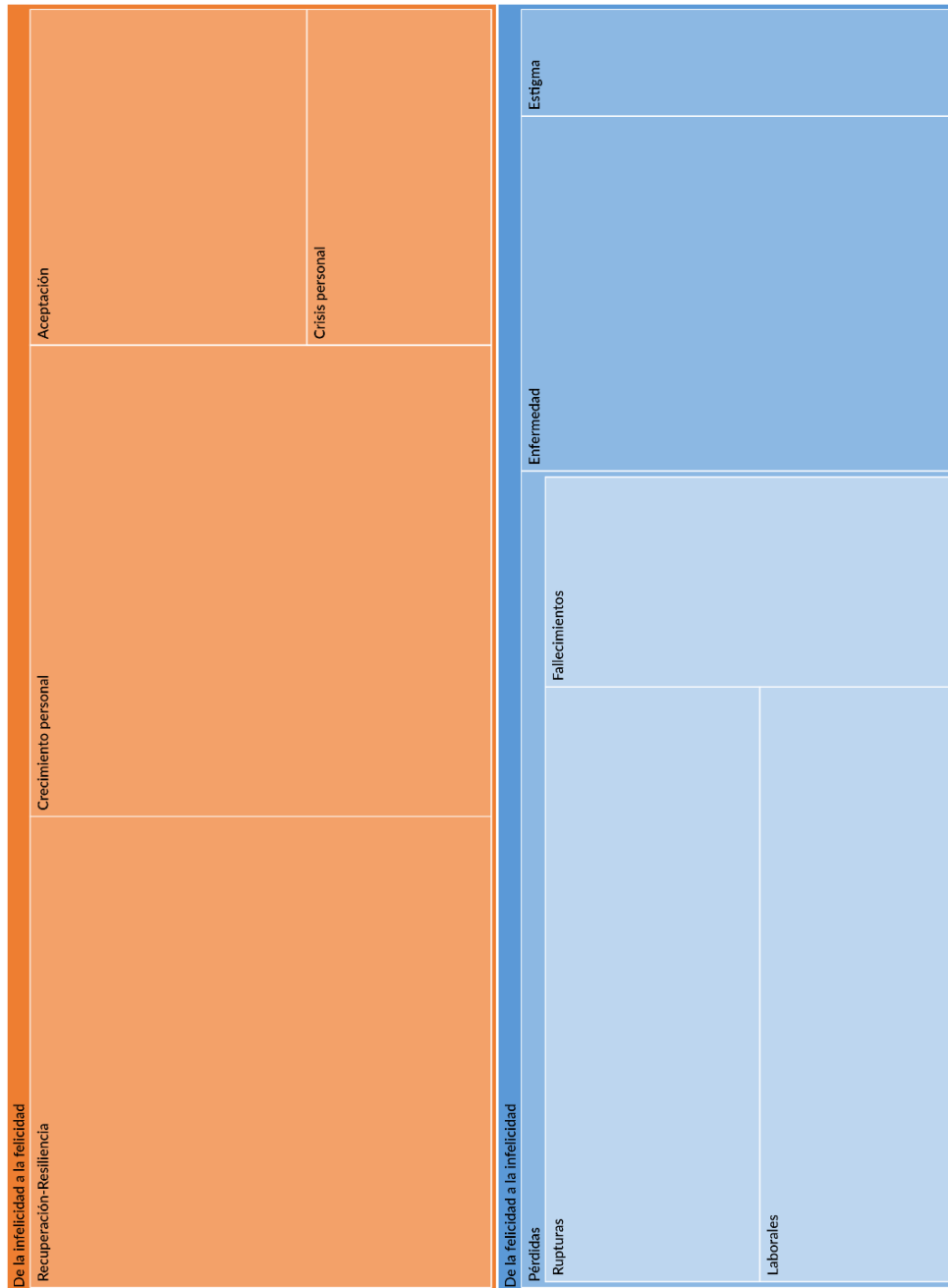


Figura 9. *Eventos biográficos significativos: mapa jerárquico*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

8.1.4. Estrategias para alcanzar la felicidad

Esta categoría pretende dar respuesta al objetivo específico *OE7.4: Definir las estrategias personales, deseadas o intentadas, para alcanzar la felicidad*, a partir de las respuestas de las preguntas: *¿Qué te haría feliz?, ¿qué haces tú para ser feliz? y ¿cómo deberías ser/cambiar tú para ser feliz o más feliz?*

Tabla 89

Estrategias para alcanzar la felicidad: categorías y subcategorías

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
OE7.4-ESTRATEGIAS PARA ALCANZAR LA FELICIDAD	Actividades individuales Actividades compartidas Apoyo familiar Ausencia de estigma Felicidad material Funcionamiento social y ocupacional Necesidades básicas Normalidad Objetivos vitales Protección contra el rechazo Soledad	
	Personalidad	Aceptación Optimismo Espiritualidad-Religiosidad
	Salud	Tratamientos Estado funcional (Cognitivo y físico)

Es innegable que algunos pasan la vida buscando la felicidad recurriendo a las estrategias que otros usaron para encontrarla, aunque si consideramos que la felicidad es personal y particular ¿nos son útiles las recetas de los demás? o, por el contrario, ¿es necesario hacer nuestras propias recetas, teniendo en cuenta los ingredientes de los que disponemos (deseos, afectos, defectos, fortalezas, experiencias...)?

¿Cómo dicen los participantes que han alcanzado la felicidad? En algunas ocasiones siendo optimistas, en otras aceptando la vida tal cual es y en algunos momentos con la ayuda de Dios. Muchos solo quieren normalidad y cotidianidad, porque cuando la vida aprieta la búsqueda de la felicidad se centra en conseguir dinero, casa o comida, y cuando esto se ha conseguido buscan trabajo, formación y/o actividades compartidas. No obstante, no debemos olvidar que tener apoyo

Resultados y Discusión

familiar, aficiones y objetivos vitales ayudan en gran medida a alcanzar la felicidad. Cuando hablan de la felicidad afloran aspectos positivos, si bien no olvidan que la enfermedad no es invisible, el estigma y la propia enfermedad les acompañan y en algunas ocasiones eligen estar en compañía de la soledad.

Normalidad:

“Ser capaz de hacer las cosas normales. Es que me gustaría hacer cosas que no puedo por dinero, me gustaría estudiar fuera, me gustaría hacer un montón de cosas, no puedo, por eso aspiro a lo cotidiano, lo común”. (P1.5).

“Intento llevar una vida normal, levantarme, desayunar, asearme, trabajar, hacer las cosas de mi casa, caminar que me encanta... llevar una vida normal”. (P1.4).

“Será comerme el coco, jajaja. No sé. Seguir un ritmo normal de vida hasta que te llegue la gracia de la felicidad por algo y te llegue por h o por b [...]”. (P1.6).

Objetivos vitales:

“Alegría, alegría e intento transmitirla, porque sé lo que se ha pasado y no quiero que otra persona lo pase”. (P0.2).

“Irme de mi casa, de allí. Sería feliz”. (P1.13)

“Intento hacer lo que me gusta y sin una visión de productividad, bailar, cantar, gimnasia rítmica mezclada con el ballet es lo que me sale”. (P1.15).

Felicidad material:

“¿Ahora? [...] el amor lo conozco, el dinero hace más la felicidad”. (P1.6).

“Viajar. Nada más”. (P1.10).

“Ser rica”. (P1.13).

Necesidades básicas:

“Tener una casa y una piba, por pedir... [...] yo que sé... es comer bien, tomar un cortadito, tomarse las pastillas, venir a pincharse educadamente, estar limpio, no venir borracho, ni drogado a casa de nadie”. (P1.3).

Funcionamiento social y ocupacional (capacidad óptima del desarrollo de actividades sociales y laborales):

“Plenitud, alegría, paz, ganas de hacer cosas”. (P0.4).

“Ser libre, alegría, ahora estoy estancada ahí, sin hacer cosas de la casa, mi marido me tiene que obligar”. (P0.1).

“Trabajo y la unión familiar”. (P1.12).

“Estar tranquilo, evitar problemas y cuando veo jaleo me desaparezo”. (P1.10).

Soledad (elegida por voluntad propia):

“[...] Estoy sola y nadie me molesta y hago lo que me da la gana”. (P1.11).

“No, nos tomamos un cortado pero su compañía me aburre y yo le aburro o quiero estar solo”. (P1.8).

Protección contra el rechazo:

“Yo sí que tengo momentos de alegría, pero pueden decir que tengo dos caras, pues sí, tengo dos caras porque yo delante de todo el mundo, no quiero que vean en mí que me siento mal, que no estoy... no es decir la palabra feliz, yo soy feliz hasta con un chupete, vamos. [...] Es una máscara que he hecho desde que tengo 18 años”. (P0.5).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

“¿Qué hago? Recogerme, a veces es difícil porque creo que me están comiendo la cabeza”. (P1.8).

Ausencia de estigma (eliminar el estigma de la sociedad):

“La gente te habla, la enfermedad me da por aislarme”. (P0.0).

“¿Qué me haría feliz? Puf...pues la verdad ¿qué me haría feliz? que la gente no pusiera palabras en mi boca que no son, acciones en mí que no he hecho. El presuponer que soy, si no me conocen. Eso sería felicidad”. (P1.1).

Apoyo familiar:

“Estar juntas las tres, mi hermana, mi hija y yo”. (P1.7).

“Compartir con la familia/amigos para tomar las decisiones”. (P1.12).

Actividades individuales:

“Comer chocolate jajaja”. (P1.5).

“Me doy ánimos a mí mismo, me sobrepongo a pesar de lo que pase, me leo un libro, veo una película, un programa de tele, hasta la política me hace feliz cuando trabajan bien, cuando trabajan mal, no”. (P1.6).

“Tomarme un cortado, ver un partido de fútbol..., dar una vuelta para ir a comprarme algo...”. (P1.3).

“Escuchar música, viajar, naturaleza, niños, lectura y yoga”. (P1.12).

Actividades compartidas:

“Irme a tomar un café con una amiga, ir al cine, estar en pareja”. (P1.4).

Personalidad (Aceptación, optimismo y espiritualidad-religiosidad):

“Nada, las cosas que me vengan, me gustaría tener salud, un trabajo, si no viene no pasa nada [...]”. (P1.11).

“Crear, la fe”. (P1.12).

“No sé, te sientes bien contigo misma”. (P0.3).

“Yo como mi trastorno es incurable, no puedo decir que me haga feliz salir de esta enfermedad, pero me haría feliz tener el mayor número posible de momentos de felicidad”. (P0.4).

“No tener tantas expectativas, porque creo que forma parte del propio concepto de felicidad, jajaja”. (P1.15).

“Yo creo que es eso, yo ya he esperado tanto de los demás, que ya no espero nada de nadie y el no esperar nada de nadie me permite ser yo misma”. (P1.1).

Salud (Estado funcional cognitivo y físico y tratamientos):

“No tengo madurez. No puedo hacer nada. En los talleres, CRPS.... me hacen madurar. [...] No tener enfermedad”. (P0.0).

“Yo salir de esto”. (P0.1).

“Yo sentirme bien, sentirme buena. Superar la enfermedad, sentirme bien a gusto, acompañada, relajada, en fin, ser yo misma”. (P0.2).

“Ahora mismo, estar bien”. (P0.3).

“Hombre, lo que estoy haciendo ahora, ir al psicólogo, seguir mis terapias del psiquiatra, yo soy muy cumplidora. Todo esto me ha dado estabilidad”. (P1.4).

De nuevo parece ser que las estrategias para alcanzar la felicidad están dentro de la dimensión personal (véase [Figura 10](#)) y dependen de uno mismo, salvo el apoyo familiar, la realización de actividades compartidas con otros y el deseo de que acabe el estigma, y, cuando no

Resultados y Discusión

es así, refieren estrategias utilizadas como la protección contra el rechazo, incluida dentro de la dimensión interpersonal-relacional. El resto de las estrategias están relacionadas con las fortalezas, los valores, los objetivos y la motivación, como el optimismo o la aceptación. Asimismo, en relación a su salud, esperan que el sufrimiento, provocado por la enfermedad, desaparezca si se curan, claramente entienden que la curación será el camino hacia la felicidad.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ---/--/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

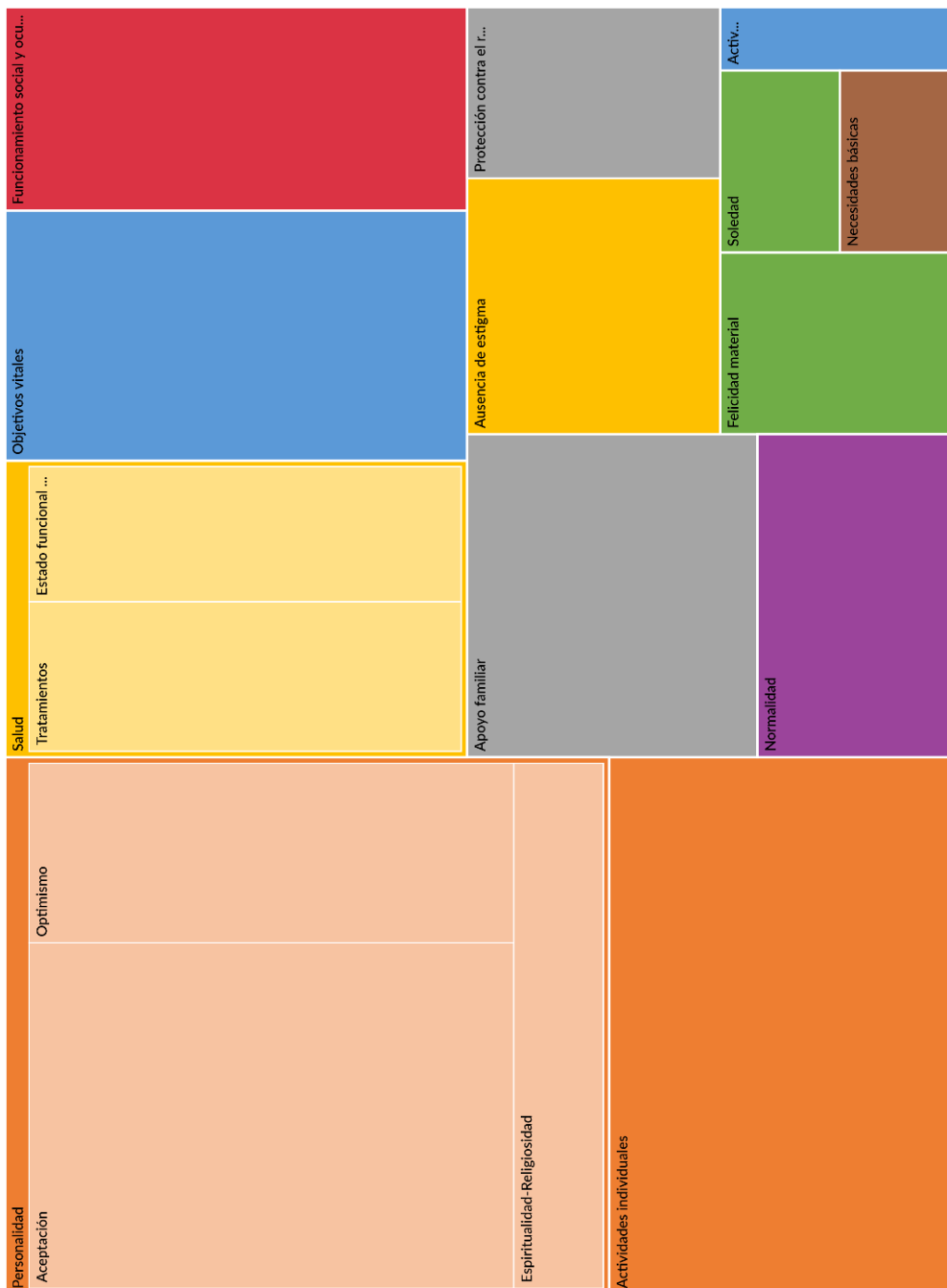


Figura 10. Estrategias para alcanzar la felicidad: mapa jerárquico

8.1.5. Sociedad

En esta categoría se responde al objetivo específico *OE7.5: Explorar qué esperan de la sociedad para que mejore su felicidad*, a partir de las respuestas a la pregunta: *¿Cómo debería ser el mundo para que fueras feliz o más feliz?*

Tabla 90

Sociedad: categorías y subcategorías

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
OE7.5-SOCIEDAD	Ausencia de estigma Valores sociales Responsabilidad personal Sin cambios

Hasta este momento, se han desarrollado las particularidades de la dimensión personal y de la interpersonal-relacional. El siguiente apartado recoge las opiniones que tienen los participantes sobre la influencia de la sociedad o del mundo en su felicidad. Así, atendiendo a las respuestas del grupo focal, no es excepcional (si tenemos en cuenta el sesgo de deseabilidad social) que deseen que se acabe en el mundo la pobreza, el hambre, la guerra, las muertes, las injusticias..., pidiendo una mayor igualdad. Sin embargo, al realizar las entrevistas individuales las peticiones fueron diferentes, deseando algunos participantes cambios relacionados con los valores sociales, tales como honestidad, libertad, sinceridad, solidaridad, respeto, tolerancia, educación, compañerismo, empatía, menos materialismo e individualismo, las relaciones interpersonales y la ausencia de estigma.

Ausencia de estigma (por los aspectos relacionados con el TMG):

“Que entendieran mejor la enfermedad. No estigmatizarla tanto”. (P1.4).

“Mil cosas...puf. Que no hablen por nosotras y nosotros, el paternalismo, como nos infantilizan, incluso a personas con 50 años, la condescendencia con la que se nos trata y cómo nos invalidan”. (P1.15).

Valores sociales:

“Lo primero que cambiaría es que no hubiera tanta pobreza, yo veo que el mundo está muy desequilibrado. [...] Que no hubiera esas diferencias tan enormes de pobreza, matar personas por probar armas... yo no puedo con todas esas injusticias”. (P0.5).

“No hay más que ver cómo se cierran fronteras ante los refugiados y las guerras, como Italia no deja entrar refugiados... o sea, la gente en ese sentido es egoísta”. (P0.4).

“Libre”. (P0.0).

“Honesto y sincero”. (P1.2).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

“Yo creo que es algo paradójico, pero que, por un lado, debería ser más libre y debería dar más amplitud en los estudios, pero también más educación emocional, en el sentido de más compañerismo, aunque eso va en contra de la libertad, pero es necesario”. (P1.5).

“Más tolerante con las edades nuestras, porque ya para mí no hay trabajo, lo he intentado en niveles altos, porque en los bajos no me lo dan. Noto egoísmo por parte de las otras personas. Yo intento dar mucho y lo que me dan es [...]”. (P1.9).

“Ser más comprensiva, solidaria, más respetuosa...”. (P1.11).

Si bien es destacable que hay participantes que opinan que poco influyen en su felicidad los demás, otros inciden en la importancia de la responsabilidad personal.

Responsabilidad personal:

“Yo creo que el cambio está en mí al 90%, lo que pasa en el mundo el 10%. Es mi visión y actitud y es lo que hay que trabajar. Hay que creer en uno mismo”. (P1.12).

“No, depende de mí nada más”. (P1.7).

Sin cambios:

“La gente tiene que dejar de vivir en un mundo en el que cree que todo es idílico, que cree que todo lo puede conseguir. No todo se puede conseguir, aunque te esfuerces lo más grande”. (P1.1).

“Yo creo que el mundo debería ser tal cual es”. (P0.4).

Algunos, sin saberlo, utilizan estrategias y tienen valores estrechamente relacionados con los conceptos del mindfulness y compasión. La atención plena “simplemente parar y estar presente, eso es todo” (Kabat-Zinn, 2005) puede entenderse como un estado o un rasgo que a veces desarrollamos. De igual manera, el deseo de que los demás se encuentren libres del sufrimiento (compasión) o la aceptación radical están presentes en algunas entrevistas y descubrimos como influyen en su felicidad.

Responsabilidad personal:

“Cuando tengo un objetivo y las cosas no me salen como yo quiero. Ahora he aprendido a aceptar más las cosas y esperar. Todo tiene un porqué”. (P1.12).

“Yo pienso que la felicidad son momentos de la vida. No lo soy, pero sé que es una cosa... a mí, ahora mismo este ratito que estamos aquí, estoy muy a gusto, se llame felicidad, lo llamen como lo quieran llamar. Estoy bien, me siento bien”. (P0.5).

Valores sociales:

“El intentar consolar y ayudar está cuando una persona es capaz de ver el sufrimiento del otro, no de entenderlo, de verlo”. (P1.1).

“Ver el sufrimiento que existe en el mundo, para darse cuenta de...”. (P1.1).

Se podría pensar que las demandas de cambio de los valores de la sociedad no difieren de los de una encuesta general realizada un día cualquiera, lo único que refleja que las personas

Resultados y Discusión

entrevistadas pudieran tener una enfermedad, y, sobre todo una enfermedad mental, es la petición de la reducción del estigma que sufren muchos desde el momento del diagnóstico (véase Figura 11), con una petición clara:

“Que no hablen por nosotras, el paternalismo, como nos infantilizan, la condescendencia con la que se nos trata” (P1.15).

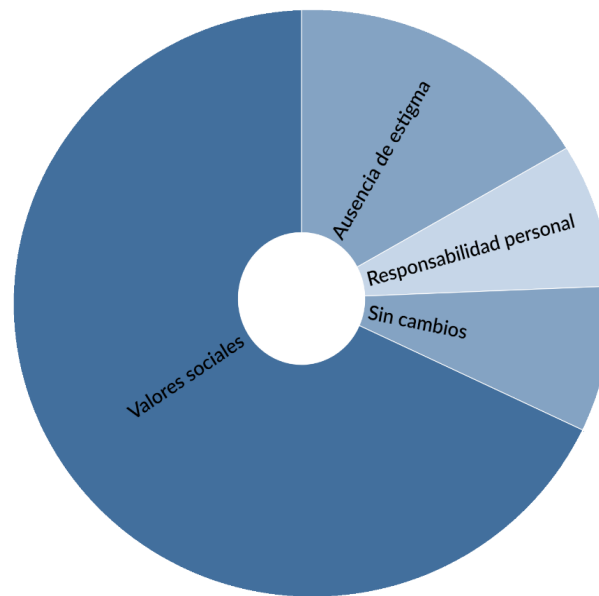


Figura 11. Sociedad: mapa jerárquico

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

8.1.6. Salud y felicidad

Esta categoría pretende dar respuesta al objetivo específico *OE7.6: Valorar si consideran que la presencia de enfermedad es un indicador de infelicidad*, a partir de las respuestas de las preguntas: *¿Es feliz cualquier persona independientemente de la enfermedad que tenga?* y *¿crees que las personas son igual de felices si tienen un trastorno mental?*

Tabla 91

Salud y felicidad: categorías y subcategorías

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
OE7.6-SALUD Y FELICIDAD	Enfermedad no es causa de la infelicidad	
	Enfermedad como causa de infelicidad	General Salud Mental

Si se parte de la premisa de que la enfermedad es causa de infelicidad, cuando esta es una enfermedad física, los participantes no la perciben como pasajera, curable, recuperable e incluso olvidable, sino que nombran enfermedades graves y/o crónicas como el cáncer o el Alzheimer, lo cual propicia que influya en la felicidad; mientras que aquellos que piensan que la felicidad no depende de la enfermedad, física o mental, resaltan la importancia de la actitud de las personas ante las mismas. Asimismo, la enfermedad mental es considerada por los participantes como grave, crónica y en muchos casos incurable.

Aun teniendo en consideración que durante las entrevistas hablaban de enfermedades graves, tanto físicas como mentales, las respuestas varían poco (véase [Tabla 92](#)).

Tabla 92

¿Es feliz cualquier persona independientemente de la enfermedad que tenga? ¿y con un trastorno mental?

<i>¿Se puede ser feliz?</i>	Enfermedad General			Enfermedad de salud mental		
	Sí	No	Depende	Sí	No	Depende
Grupo Focal	1	2	2	2	2	1
Individuales	9	6	1	6	9	1
Total	10	8	3	8	11	2

Resultados y Discusión

*Se han cuantificado las respuestas de los participantes para ambas preguntas.

La mitad de los participantes creen que se puede ser feliz independientemente de la enfermedad que se tenga y solo 3 participantes modifican su respuesta cuando se les pregunta si se podría alcanzar la felicidad con una enfermedad mental, refiriendo que sí influye. Estos señalan que el cambio en sus respuestas se produce debido a que, según su experiencia personal, la felicidad está relacionada con la estabilización de la enfermedad, el cumplimiento de los tratamientos, el cuidado personal y por la conciencia de estar enfermos. Para ellos estos indicadores van a determinar que una persona pueda ser feliz o no.

Enfermedad no es causa de infelicidad:

“Depende del tipo, principalmente de cada persona, como siente y sufre cada persona y de la situación en general vital de esa persona. No, lo acentúa la sociedad, lo mismo que tengo mis "brotos" o momentos malos, tengo mis momentos buenos. Muchas veces lo he dicho, un 10% del día soy locura y un 90% del día estoy haciendo cosas. Muchas veces es como que...te meten una idea de que eres una enfermedad, o sea, son el capacitismo interiorizado, no puedo hacer esto porque estoy enfermo, no me puedo hacer responsable de mis actos porque soy enfermo mental”. (P1.15).

“La enfermedad no es relevante, es la capacidad de la persona”. (P0.5).

“Una persona es capaz de lograr ser feliz, independientemente de la enfermedad que tenga”. (P1.1).

“Si tienes un trastorno mental y se conocen, pueden ser tan feliz como tú o más, lo que pasa es que cobramos poco, pero no veas lo bien que vivimos”. (P1. 2).

“Sí, se tiene que tomar una pastilla y lleva una vida normal”. (P1.5).

“No sé, yo me olvido de mi enfermedad. Yo tengo esquizofrenia paranoide, los médicos dicen que no se sabe de dónde vino y no hay cura para eso y tengo que venir aquí” (P1.8).

“Sí, valoras más la vida y los buenos momentos. Y lo que te queda de vida lo quieres aprovechar al máximo”. (P1.11).

Enfermedad como causa de infelicidad (general y mental):

“No, si no hay salud, si no hay dinero o amor, no hay felicidad [...]”. (P1.6).

“Depende de cómo sea la enfermedad. [...] Serían peores, el cáncer, el Alzheimer. [...] Un poco sí, tienes que tomar pastillas, pinchazos, pero peor es tener Alzheimer o cáncer”. (P1.14).

“Esto es peor que un cáncer, porque el cáncer lo puedes curar. Hay medicaciones, hay quimioterapias, las personas tienen cáncer le vienen enfermedades de estas, no sé, hay que tirar pa' lante, porque con el cáncer también te vienen depresiones. Y las depresiones también se curan, pero son peores”. (P0.2).

“Yo pienso que una persona que tiene un cáncer sufrirá muchísimo más que nosotros porque pienso que me puedo morir. Nosotros no nos vamos a morir por tener una depresión”. (P0.4).

“La medicación o la enfermedad me ha quitado la felicidad, me ha hecho más triston”. (P0.0).

“Depende de la enfermedad mental. La enfermedad mental que tenía yo no podía ser feliz. Si la enfermedad mental no te impide ser feliz..., pero hay otras enfermedades que no, no se me

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

ocurre ningún ejemplo. Mi abuelo también pasó por una enfermedad mental y mi tío oye voces, no sé cómo se llama eso ¿esquizofrenia?”. (P1.5).

Podría esperarse que las respuestas de las personas fueran que la presencia de la enfermedad mental produce infelicidad. Sin embargo, en sus respuestas valoran que tanto la enfermedad física como la mental pueden producir infelicidad, si bien encontramos entre ellas también la creencia de que la enfermedad, sea la que sea, no es causa de infelicidad (véase [Figura 12](#)).

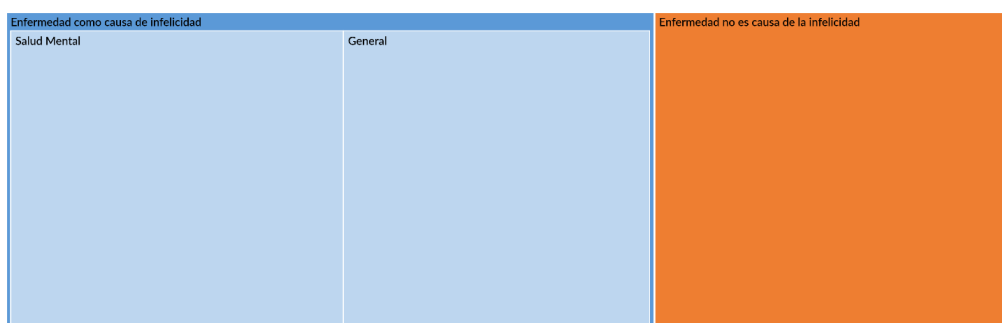


Figura 12. Salud y felicidad: mapa jerárquico

Resultados y Discusión

8.1.7. Significado de la enfermedad

Esta categoría responde al objetivo específico *OE7.7: Indagar el efecto de la enfermedad mental en sus vidas*, a partir de las respuestas a las preguntas: *¿Qué significó la enfermedad?, ¿cambió tu vida?, ¿tiene un sentido? y ¿qué elementos cambiaron?*

Tabla 93

Significado de la enfermedad: categorías y subcategorías

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
OE7.7-SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD	Cambios	Autoestigma Crecimiento personal Crisis personal Estigma Espiritualidad-Religiosidad Recuperación-Resiliencia
		Pérdidas Laborales Rupturas
	Sin significado	

En la mayoría de los casos, la aparición de la enfermedad en la vida de los participantes provoca cambios. Estos cambios están relacionados con las subcategorías de la dimensión personal, tales como crisis personales, cambios en la espiritualidad o religiosidad y el crecimiento personal. Por otro lado, se relacionaron con las subcategorías de la dimensión interpersonal-relacional las pérdidas personales y laborales, el estigma y el autoestigma.

Crecimiento personal:

“A mi totalmente, 100% sí. Me ha hecho descubrirme interiormente, como soy, que de otra forma a lo mejor no lo hubiera descubierto”. (P0.4).

“Si me ha ayudado a interiorizar la nueva vida que tengo que llevar de adulto, tienes que ayudar a la gente, tienes que trabajar, tienes no sé qué, no sé cuánto...”. (P1.5).

“Me dio más responsabilidad (a los 18 años). A los 22 años me vine a España, estudiaba, trabajaba...”. (P1.12).

Recuperación-resiliencia:

“Fue el doctor Ojeda, me ingresaron, fue un problema para mi familia y luego todo fue bien”. (P1.7).

“Más bien yo creo que he vuelto a como era antes de todo... el proceso”. (P1.5).

“Sí, y las he notado y he estado más feliz con esas mejorías”. (P1.9).

Crisis personal:

“La enfermedad me cambió la vida. Yo quería irme, suicidarme antes que mis padres porque no tenía bastón de mando. No quería quedarme solo sin mis padres vivos. No tenía valor de hacerlo. La gente te habla, la enfermedad me da por aislarme”. (P0.0).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

“Sí, me ha ayudado... me ha hecho recapacitar... para darme cuenta de muchas cosas porque he llegado a este estado y lo llevo, lo que pasa es que sí me toca, sí me toca, me ha hecho muy vulnerable”. (P0.5).

“Sí, mi vida ha cambiado, no sé si para peor o mejor. Antes era muy correcta, muy alegre, hacía mis cosas, pero aparte de eso, te ves con un vacío, pero tengo que seguir. Espero”. (P0.2).

“Sí, significó un palo muy grande para mí, sentirme inútil, al principio sí, fue muy malo. [...] Tenía planes que se truncaron, hijos...”. (P1.4).

“Yo me asusté, de ahí en adelante me di cuenta que iba a ser así, iba a entrar en un hueco y no podía caminar. Es como si estuviera en una sombra y esa sombra no tiene luz”. (P1.9).

“Yo me intenté suicidar hace mucho tiempo, a los 26 años, tuve una crisis de identidad. Yo también tuve una infancia chungu, mis padres se llevaban mal y yo lo presenciaba. Fue una tontería, me salvé, mi madre seguía igual. Ella en el fondo era mala y disfrutaba haciendo ruindades. El suicidio cambió y le dio un sentido, aunque no era consciente y la vida te va llevando y te das cuenta de muchas cosas”. (P1.11).

“Supuso un cambio en general en mí y también en los profesionales que me trataron. Al tener cierta etiqueta, yo asumí ciertos roles que nunca había asumido, porque es eso, como que eres la etiqueta y tienes que cumplir todo lo que pone un libro. Es como, yo en ese momento que estaba muy perdida, acabé más perdida, muy anulada, sabiendo menos quién soy y que quiero y un poco eso, porque en general solo iba a psiquiatría y me atendían dos psiquiatras y todo giraba en torno a la medicación y demás”. (P1.15).

Autoestigma:

“Yo que antes de entrar aquí, yo siempre he estado en contra de la medicación y todo el rollo porque pensé que te hacía más daño que bien, prejuicios también. jajaja y también por un poco de orgullo porque todo el mundo me va tomar por un loco [...]”. (P1.5).

Estigma:

“No, hay cosas que no tienen explicación por más que busques”. (P1.1).

“El sentido mío es el miedo, que me lleven de nuevo a la cárcel, yo, que me pare la policía y me pida los papeles”. (P1.8).

Espiritualidad-religiosidad:

“Pues mira, lo mejor que Dios ha hecho conmigo es darme la paga para no trabajar y yo con la edad que tengo no voy a trabajar”. (P1.3).

“Creer, la fe”. (P1.12).

Pérdidas (laborales y rupturas):

“No, cuando te plantan una etiqueta te arrebatan cosas, a lo mejor no a corto plazo, pero a largo plazo sí, porque, sobre todo en este tipo de procesos, llega un momento que la familia se cansa, o no quiere entender o no lo ve, o lo que sea, por ponerte un ejemplo la gente al final acaba desapareciendo, cuando te plantan la etiqueta, tu proceso curativo no es, me tomo unas pastillas y ya estoy bien y voy a ser feliz. No es eso, a lo mejor en mi caso resulta que yo he necesitado años para darme cuenta de porque vienen o no vienen las cosas y a día de hoy, todavía a mí me queda camino por delante porque he necesitado años y mi familia ya no está”. (P1.1).

“Al principio fue un pedazo palo que te cagas, yo decía porque a mí, porque a mí, porque a mí... me empezó con 18 años, toda mi vida he estado enfermo desde los 18 años hasta los 44, imagina, 26 años. [...] Aprendí mucho porque yo empecé a trabajar con 15 años, y ya tenía pasta porque yo curraba y con 18 años me enfermé y me di cuenta que los amigos no existen. Desde los 18 años sé que los amigos no existen y tengo 44, así que imagínate”. (P1.2).

“Me hundí, la ruina mía”. (P1.3).

Resultados y Discusión

“A los 17 o 18 años, me brotó, pero debido a las drogas y al crecimiento y al desarrollo, la adolescencia. Los ácidos... me cambió todo, fue una ruptura mental. Yo era una persona que ponía un problema en la pizarra y lo resolvía yo, hacía, no estudiaba y aprobaba. [...] ¿Servirme, servirme? no, me destrozó. Yo estuviese rico hoy, estaría con mi familia, no me hubiese casado con esta chica, no porque fuera inferior, pero hubiese tenido otra manera de vida”. (P1.6).

“A los 17 años, perdí a mis amigos. Con miedo, no bebo. Creo que me echaron algo en la copa. Pensaba que tenía amigos y no lo eran”. (P1.10).

“Me puse de mal humor y me tuvieron que ingresar. Me asustó, dejé el instituto, perdí amistades. Ahora con 26 años, todavía me enfada pensar en la enfermedad, lo que me quitó”. (P1.14).

Al mismo tiempo, se recogen testimonios de algunos participantes que manifiestan que la enfermedad no cambió el sentido de sus vidas.

Sin significado:

“Entrevistadora: ¿Antes de la enfermedad eran más felices? P0.4: No”. (P0.4).

“No le presté atención, ni importancia, como trabajaba y estaba activa, estudiando.... conseguí una plaza en el gobierno y ahora se pelean como perros para cogerla”. (P1.13).

El significado de la enfermedad para algunos no supuso nada y para otros cambios importantes en sus vidas, tanto positivos como negativos, y, en muchos casos, esos cambios fueron impactantes provocando crisis personales. Si bien la disposición para la recuperación e incluso el crecimiento personal aparecen como efectos no esperados, las vidas de muchos estuvieron teñidas por el estigma y el autoestigma, además de por las pérdidas laborales y las rupturas en sus relaciones familiares y sociales (véase [Figura 13](#)).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

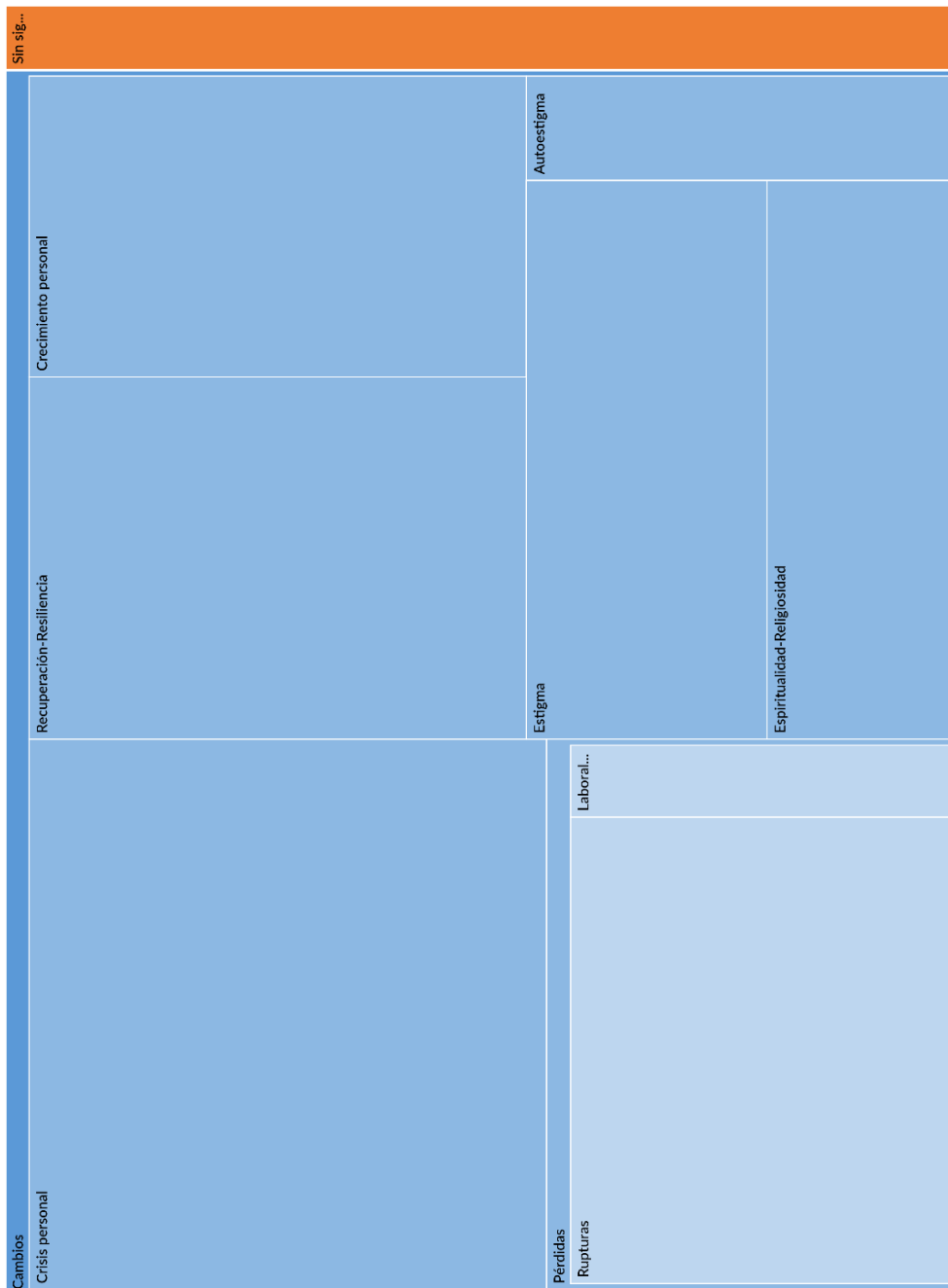


Figura 13. Significado de la enfermedad: mapa jerárquico

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

8.1.8. Rechazo social

Esta categoría pretende dar respuesta al objetivo específico OE7.8: *Conocer la percepción de rechazo social ante la enfermedad mental y las estrategias utilizadas contra el estigma*, a partir de las respuestas de las preguntas: *¿Sientes que te rechazan?* y *¿cómo te proteges del rechazo?*

Tabla 94

Rechazo social: categorías y subcategorías

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS		
OE7.8-RECHAZO SOCIAL	Ausencia		
	Estigma	Estrategias	Protección contra el rechazo
			Visibilizar Actitud pasiva

Ante la pregunta *¿sientes que te rechazan?* la mayoría de los participantes, 15 de los 21, refieren que sufren rechazo provocado por su enfermedad mental.

Estigma:

“La gente tiene tendencia de rechazar lo diferente”. (P0.4).

El estigma tan presente en la enfermedad mental hace que los participantes sufran rechazo social. Entre las estrategias utilizadas para defenderse de este rechazo resaltan la propia protección contra el mismo, la visibilización, así como actitudes pasivas.

Protección contra el rechazo:

“No, me sentía rechazado solo en mi cabeza. Estuve mucho tiempo así, porque estuve 2 años sin querer hablar con ellos, y como ellos no hablaban pensé que ellos me rechazaban. E: *¿Cómo te proteges del rechazo? Aislándome*”. (P1.5).

“Yo no lo he sufrido. Nadie lo sabe en el trabajo o en el cole de mis hijos. [...] *¿Cómo te proteges del rechazo? No contarle*”. (P1.12).

“Yo me pongo la máscara. Cuando salgo del centro y me voy a mi casa pongo otra cara”. (P0.5).

“Yo no me relaciono con nadie”. (P0.3).

“Me aílo, evito a todo el mundo. [...] Y tanto que se nota, de hecho, no es lo mismo cuando te tratan sin saber que puedes tener una enfermedad o no, a mí me da igual que sea una enfermedad de salud mental o no, me parece una chorrada. No es lo mismo cuando la gente lo sabe. Yo soy normal, divertida, fantástica y estupenda hasta que dices que tienes ... y eso cambia la personalidad de la persona, es como cambiarte el color del pelo, pero soy la misma”. (P1.1).

“Sí, porque se creen que estoy loca, y yo loca no estoy, solo por cantar creen que estoy loca, porque estoy feliz creen que estoy loca. Hay gente que sí me saluda. [...] Los miro mal como hacía mi padre y se largaban todos. Yo no hago nada más”. (P1.7).

“Huyo, siguen estando, pero no me comunico con los que me quedan”. (P1.9).

“El tratamiento me ayuda y cantar. Evito la gente que hablan solo de ellas y de lo mal que lo pasan”. (P1.11).

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

“Las pastillas, me acuesto en lo oscuro y me dejo dormir hasta que me despierto. No invito a mis hermanos y no vienen”. (P1.13).

“Muchas veces es como intentar ponerte una máscara e intentar comportarte como lo que se considera normal”. (P1.15).

Actitudes pasivas:

“Yo paso de ellos, los veo insuficientes mentalmente, incapaces de asimilar que cualquier persona se puede poner enferma, puede cambiar de la noche a la mañana. Además, a los 50 años ya el cuerpo se estabiliza, ya no es la misma conducta irracional que hace que te patine el coco”. (P1.6).

“A mí me da igual. Me da igual la opinión de los demás”. (P0.4).

Solo algunos participantes visibilizan su enfermedad y otros afortunados afirman que no lo han sufrido.

Visibilización:

“Conmigo se han volcado los vecinos. Teníamos problemas en la comunidad, pero cuando pasó lo que pasó y fallecieron mis padres. Somos 4 pelagatos y decidimos empezar de cero y ¿sabes lo que están haciendo? están preocupadas por mí, cuando llego, cuando salgo, nos mandamos WhatsApp. Tengo una familia con mis vecinas y los sábados hago café y aviso a mi vecina, compro unos bombones y saco la mistela y nos hacemos unas fotos. [...] Yo no puedo ponerme la máscara, yo soy muy sincera”. (P0.2).

“Yo en mi pueblo digo estoy loco y tengo papeles, así que tengan cuidado conmigo”. (P1.2).

“Mediar, intentar que las personas sean más comprensivas. Demostrarles que no pasa nada, que si tú eres una buena persona que te vaya muy bien y déjame en paz”. (P1.8).

Ausencia de rechazo:

“Nadie me dice nada malo, hasta ahora no”. (P1.14).

“Yo no siento que me rechacen. Mi defecto es que miro por la ventana a mis vecinas, y cuando me preguntan cómo estás, le digo más o menos y yo pienso que se ríe de mí”. (P0.1)

“En mi pueblo no siento rechazo”. (P0.0).

“Nadie me rechaza, a mí todo el mundo me quiere, yo soy buena gente”. (P1.2).

“No, no, yo tengo amigos de todas clases y yo voy a comer a Casa Franco”. (P1.3).

“No, me tratan igual”. (P1.10).

Resultados y Discusión

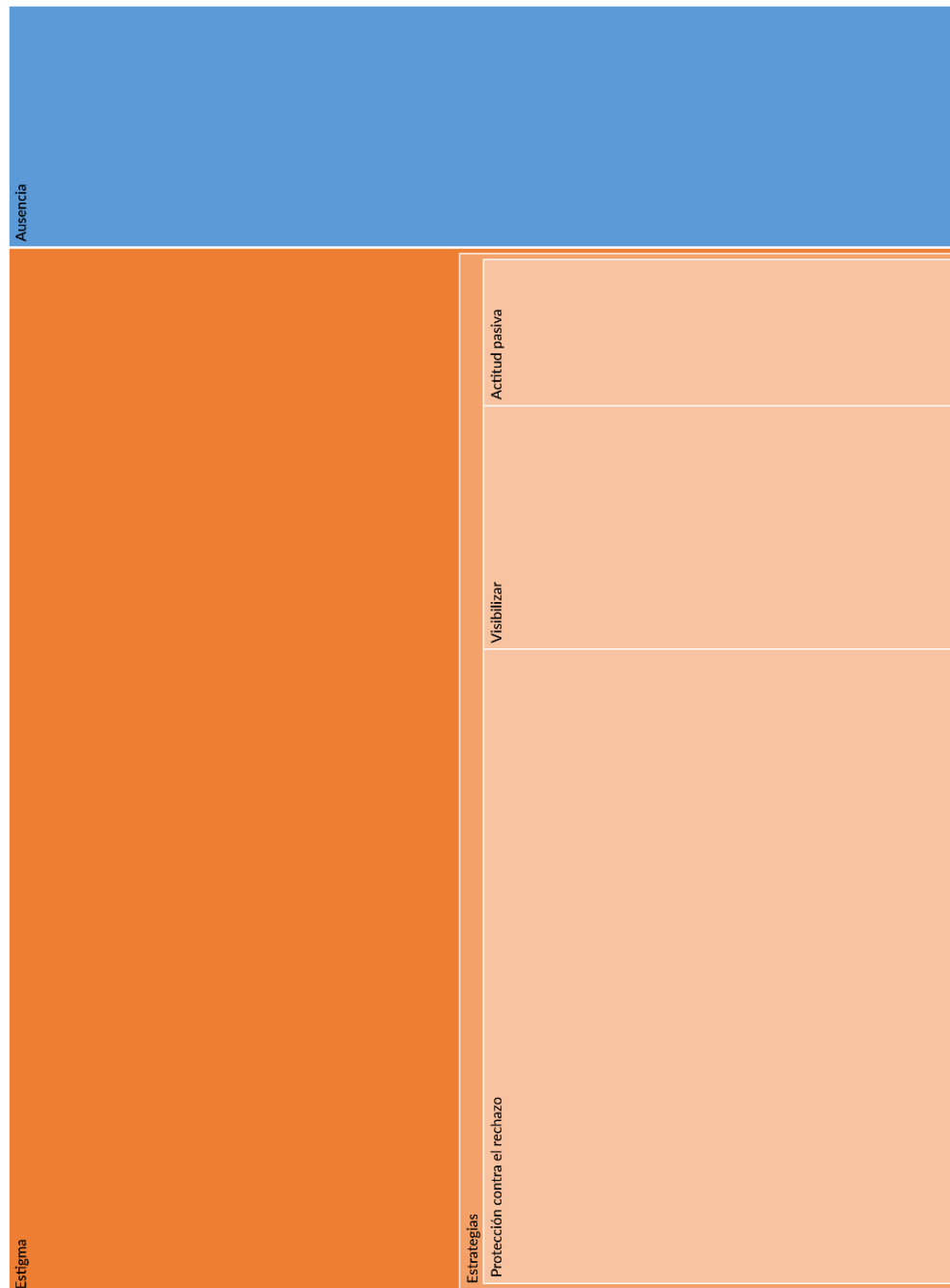


Figura 14. Rechazo social: mapa jerárquico

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

8.1.9. Servicios de salud mental y estigma

Esta categoría responde al objetivo específico *OE7.9: Determinar la presencia del estigma en los recursos de la red de salud mental*, y está formada a partir de las respuestas a la pregunta: *¿Crees que acudir a centros de Salud Mental o los centros en sí mismo discriminan?*

Tabla 95

Servicios de salud mental y estigma: categorías y subcategorías

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
OE7.9-SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ESTIGMA	Ausencia
	Presencia

En las últimas décadas se ha avanzado en la inclusión de los servicios de salud mental en los entornos comunitarios, buscando reparar los estragos de los modelos de los manicomios del siglo XX. Aún persisten en la memoria imágenes inolvidables y quedan todavía cambios que realizar. Sin embargo, la percepción de la unidad de salud mental, integrada en el centro de salud, es valorada positivamente por los participantes, aunque alguno pulse el botón del ascensor en un piso diferente y suba caminando. Ante la pregunta, *¿crees que acudir a centros de Salud Mental o los centros en sí mismo discriminan?* se dividieron las respuestas en dos categorías:

Ausencia:

- “Nunca me lo he preguntado”. (P0.0).
- “Claro que sí, la cabeza es parte del cuerpo ¿no? Yo estoy malo de la cabeza y otros tienen el hígado reventado y yo de esto no me voy a morir”. (P1.2).
- “Venir aquí es una salvación porque el que no viene está jodido”. (P1.3).
- “No, ayudan, hacen que mejore”. (P1.8).
- “El centro de salud es normal”. (P1.14).

Presencia:

- “Se tiene que normalizar más todavía, no debería haber una unidad de salud de mental, debería estar al lado del médico de cabecera, entiendo que hay un área de contención porque todos necesitamos en algún momento de contención a lo mejor, pero lo que no entiendo es que en todo centro de salud estén todos los médicos y necesites un edificio o una zona aparte para salud mental”. (P1.1).
- “Hay gente que he visto yo que se bajan en la planta 2 y suben las escaleras”. (P1.2).
- “Yo creo que esto está bien porque puedes llevar una vida más cotidiana, aunque yo llevo mi medicación escondida en mi mochila jajaja”. (P1.5).
- “Aquí hay gente que viene con la cabeza gacha. Hay que reconocer lo que te pasa, el que no reconoce tiene que estar muy loco, divagando. Hay una parte que es real y otra parte que es el subconsciente que es el que te patina”. (P1.6).

Resultados y Discusión

“Sí, yo creo que, bueno soy un poco escéptica en cuanto al cambio en la psiquiatría tradicional, pero si es verdad que se empiezan a notar cambios en cuanto a la atención o en atención primaria”. (P1.15).

Algunos de los participantes creen que sí estigmatiza el hecho de acudir a un recurso de salud mental, sin embargo, otros no lo creen, aunque comentan cómo perciben que lo sufren los demás, mientras que uno de ellos refiriere que nunca se lo había cuestionado. Esto es un reflejo de la existencia del estigma estructural en las instituciones, así como del estigma público y el autoestigma. Se sabe que los prejuicios, estereotipos y la discriminación comienzan desde la infancia, muchas veces infundados por el desconocimiento y la falta de información. No solo necesitamos la educación y formación de los profesionales de salud mental para dar una atención de calidad, que respete y defienda los derechos de las personas con TMG, sino también del resto de profesionales sanitarios, así como de la propia sociedad. Si bien ha habido en la última década un aumento de campañas específicas de visibilización de la enfermedad mental, como el 24 de mayo “día del orgullo loco”, así como la presencia de series, películas, personas de interés en las redes sociales... que posibilitan una mayor difusión y contacto con personas con TMG (reales o ficticias) y sus vidas, favoreciendo la sensibilización, la desmitificación y la ruptura de los estereotipos sobre la enfermedad mental presentes en la sociedad.

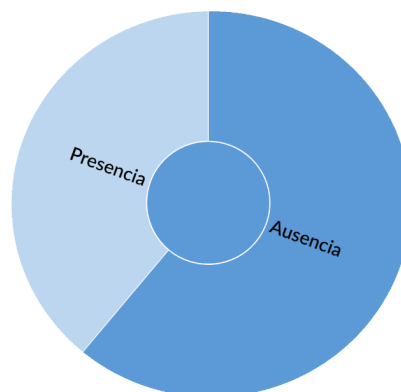


Figura 15. Servicios de salud mental y estigma: mapa jerárquico

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

9. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA

Tras el análisis de la variable obtenida del sumatorio de las puntuaciones de las diferentes dimensiones de las láminas COOP/WONCA y las respuestas a la pregunta de la entrevista sobre felicidad, utilizada para la investigación cualitativa, se observó que existen diferencias significativas entre las personas que declaran que son felices frente a las que son infelices ($p=.037$), siendo el rango medio de las puntuaciones menor para las personas que se consideran felices ($\bar{x}=5.75$ vs $\bar{x}=10.57$), lo que significa una mejor percepción de calidad de vida.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

10. DISCUSIÓN

En esta investigación, existe una mayor presencia de hombres con trastornos psicóticos de mujeres con trastornos afectivos. Además, hay mayor presencia de solteras/os en el grupo de trastornos psicóticos, coincidiendo con lo que reflejan otras investigaciones (Cohen, 1993; Dickerson et al., 2002; Eglit et al., 2018; Marwaha y Johnson, 2004). Según los manuales de psiquiatría, tal y como se describe en la literatura recogida, podemos confirmar que la edad de inicio de las enfermedades del espectro psicótico es menor que la del trastorno afectivo, destacando así, que el inicio de la enfermedad del trastorno afectivo es más frecuente a partir de los 25 años (Sadock y Sadock, 2008). Asimismo, en el grupo de trastornos afectivos hay más personas casadas, convivientes, separadas, divorciadas o viudas, que solteras, probablemente relacionado con un inicio más tardío de la enfermedad. Por otro lado, es mayor el grupo de personas con trastorno psicótico que no tienen hijas/os, no siendo así en las personas con trastorno afectivo.

De manera general, los datos sociodemográficos (estado civil, número de hijas/os, nivel de estudios, situación laboral y económica) son similares a los obtenidos en la investigación de Pintos (2017).

En cuanto al tipo de convivencia, casi dos terceras partes de la muestra vive con su familia de origen, solo el 8.4% vive en una institución y el 23.5% vive solo, reflejo de su grado de autonomía y de independencia para su autocuidado. Seabra et al. en el año 2018 destacaron el apoyo familiar y social como factor que contribuye al alcance de la felicidad, así como Palmer et al. en el año 2014 asociaron mayores niveles de felicidad a aquellas personas que viven independientemente o con familiares y/o amistades, si bien esta investigación no ha aportado datos significativos que respalden estos estudios, sí que destaca la importancia del apoyo familiar y social, recibiendo el 97% apoyo de uno o varios familiares y/o amistades.

Teniendo en consideración los estándares de calidad establecidos en nuestra comunidad autónoma para la atención a las personas con diagnósticos del espectro psicótico (SCS, 2019) se

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

puede apreciar que en la unidad de salud mental de La Laguna se alcanzan los mínimos recomendados de 4 consultas de psiquiatría y 10 de enfermería.

No se han encontrado resultados significativos, como señalan de la Cruz-Sánchez et al. (2013), Greenberg et al. (2006), ISTAC (2015) y Palmer et al. (2014), que apunten que el nivel educativo y el apoyo social reflejen un mayor bienestar o una mayor calidad de vida, aunque Roe et al. (2011) y Weiner et al. (2010) señalan que en el ámbito clínico la soledad contribuye a una peor calidad de vida en personas con esquizofrenia. Sin embargo, aquellas personas sin ingresos económicos perciben que hay muchas personas que están dispuestas a ayudarles.

En relación al tipo de trabajo, el grupo de personas con trastornos psicóticos desempeñan trabajos que no requieren especialización, a diferencia del grupo de personas con trastornos afectivos, que desempeñan trabajos que la requieren, aunque en ambos grupos existe una escasa presencia de trabajos con alta especialización (estudios universitarios). No se encontró mejor calidad de vida en función del tipo de trabajo desempeñado, tal y como recogen Bobes et al. (2007) y Guedes de Pinho et al. (2017); ni se encontraron diferencias en función del nivel de estudios, como señalan de la Cruz-Sánchez et al. (2013), Hoertel et al. (2020) y Guedes de Pinho et al. (2017).

Los resultados de esta investigación demuestran que las personas con trastorno psicótico de la muestra consideran que tienen una calidad de vida global mejor que las personas con otros trastornos, esto se puede relacionar con los datos recogidos por Buckland et al. (2013), Agid et al. (2012), Seabra et al. (2018) y Saperia et al. (2018), en los que encontraron que los niveles de felicidad eran equivalentes entre las personas con esquizofrenia y el grupo de personas con ausencia de trastornos psiquiátricos. Además, dentro de la heterogeneidad de los resultados de estos estudios, destacan que la felicidad está asociada con la calidad de vida relacionada con la salud mental y a su vez con factores como menor estrés percibido, una mayor capacidad de recuperación y optimismo y un mayor dominio personal (Edmonds et al., 2018; Palmer et al., 2014).

Resultados y Discusión

El uso de los recursos asistenciales (ECA, Centros de Día, talleres ocupacionales...) están orientados principalmente a la recuperación y la rehabilitación del trastorno mental grave, sobre todo en la atención a las personas con trastorno del espectro psicótico, siendo, además, recursos con un limitado número de plazas, lo cual se refleja en nuestra investigación (SCS, 2019). No se encontraron resultados que reflejen que la percepción de calidad de vida mejore con el uso de estos servicios, tal y como recogen Agid et al. (2012) y Bobes et al. (2007); incluso se ha encontrado que las personas que son atendidas por el ECA refieren un empeoramiento de su estado de salud, según COOP/WONCA, lo que podría coincidir con la investigación de Palmer et al. (2014) en la que concluyen que se asocia menos felicidad a las personas que viven en instituciones.

Asimismo, se obtuvo que las personas con tratamiento antipsicótico depot tienen una mejor percepción de calidad de vida global, esto confirma los resultados de Buchanan et al. (2010). Aunque Bobes et al. (2007), Guedes de Pinho et al. (2017) y Zhang et al. (2013) concluyeron que hay diferencias entre el tipo de antipsicóticos prescrito, nuestro estudio no ha reflejado diferencias significativas entre ambos grupos y su percepción de calidad de vida. Más del 50% de los encuestados tienen prescrito un antipsicótico típico o de primera generación (Zuclopentixol y Flufenazina, con un 55.3%), mientras que el 29.5% de los encuestados tiene prescrito un antipsicótico atípico o de segunda generación (Risperidona, Paliperidona y Aripiprazol).

En el ámbito de la salud mental, son relevantes los efectos secundarios de los tratamientos antipsicóticos (García et al., 2016; Zhang et al. 2013), siendo uno de los principales efectos secundarios el síndrome metabólico (Cortés, 2011; Pintos, 2017). Sin embargo, en los resultados de nuestra muestra su presencia es significativamente menor. Por otro lado, destacar que un tercio del grupo de personas con trastorno psicótico refieren presentar disfunción sexual, siendo el 94.6% (n=35) de los que refieren este efecto personas con trastorno psicótico, coincidiendo con los resultados de las investigaciones de Bobes et al. (2007) y Buckland et al. (2013). Además, en el grupo de personas con trastornos afectivos es escasa la presencia de efectos adversos neurológicos.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Más del 70% de la muestra presenta efectos adversos relacionados con los psicofármacos, aunque no se observan diferencias significativas en su percepción global de la calidad de vida. Algunas investigaciones reflejan que un indicador de una peor calidad de vida e incluso infelicidad son los efectos adversos de la medicación (Bobes et al., 2007; Buckland et al., 2013; Eglit et al., 2018; Guedes de Pinho et al., 2017; Seabra et al., 2018; Yamauchi et al., 2008) y la sintomatología negativa (Agid et al., 2012; Bobes et al., 2007; Bobes et al., 2007; Hoertel et al., 2020; Saperia et al., 2018; Yamauchi et al., 2008).

El incumplimiento de las pautas terapéuticas, el retraso de los inyectables, las dietas no saludables y no practicar ejercicio físico está relacionado con una peor percepción de calidad de vida global. Según Hoertel et al. (2020) el cumplimiento estricto de las prescripciones antipsicóticas puede favorecer o mejorar la calidad de vida. En esta investigación, el 90.2% de los encuestados refieren mantener una buena adherencia al tratamiento farmacológico, lo cual favorece la prevención del riesgo de descompensación psicopatológica, confirmado también en la investigación de Hamann et al. (2005), siendo solo un 5.3% los que reconocen incumplimiento del tratamiento farmacológico.

Esta investigación no confirma los resultados de Guedes de Pinho et al. (2017), que recogen que las hospitalizaciones psiquiátricas empeoran la valoración sobre la calidad de vida. Sin embargo, en esta investigación los resultados reflejan que las personas que han tenido más hospitalizaciones refieren menores limitaciones en la realización de actividades sociales, aunque los que han tenido menos ingresos perciben un mayor apoyo social, lo cual podría favorecer su recuperación y satisfacción con la vida, como propuso Greenberg et al. (2006). Sin embargo, a más años de enfermedad peor es la percepción subjetiva que tienen sobre calidad de vida, confirmando las conclusiones de Serrano-Gallardo et al. (2009) y Guedes de Pinho et al. (2017).

En este estudio se confirman los resultados de Hoertel et al. (2020), Palmer et al. (2014) y Seabra et al. (2018), que, aunque no encontraron resultados significativos estadísticamente,

Resultados y Discusión

obtuvieron que la presencia de comorbilidad está relacionada con una disminución de la calidad de vida, así podemos observar que las personas con diabetes, HTA, obesidad y problemas reumatológicos tienen una peor percepción de calidad de vida. En los resultados de la investigación de Pintos (2017) se destacó la prevalencia de las siguientes patologías: diabetes, obesidad e hipercolesterolemia, coincidiendo con los resultados de esta investigación en los que destaca, según el orden de prevalencia, la obesidad, HTA, diabetes y dislipemia. Es destacable la ausencia de problemas de salud oncológicos y ginecológicos en el grupo de personas con trastornos psicóticos y en el grupo con trastornos afectivos, en el momento de la realización del cuestionario.

La frecuencia de problemas de salud en personas con TMG está asociada, tal y como recoge la investigación de García et al. (2016), a factores relacionados con estilos de vida no saludables, efectos adversos de la medicación, sedentarismo y tabaquismo. En esta investigación también se confirman estos resultados, incluyendo dentro de los estilos de vida no saludables: el consumo de productos ricos en azúcares, la no realización de ejercicio físico habitual, la dieta no saludable y el consumo de alcohol. En el caso de las personas con obesidad refieren el mantenimiento de una dieta no saludable, no realizan ejercicio físico de manera habitual, consumen alimentos ricos en azúcares y presentan más efectos adversos metabólicos, sin embargo, son menos consumidores de alcohol, tabaco, drogas, y café. Además, en otras patologías, como la HTA, tiroides y las patologías respiratorias, no mantienen una dieta saludable. Pintos (2017) destacó que, en las personas con trastorno mental grave, el tabaco es la principal sustancia tóxica consumida, coincidiendo con los resultados de esta investigación (véase [Tabla 23](#)). Las horas de sueño insuficiente son un indicador de riesgo de descompensación psicopatológica, si bien en esta investigación solo el 5.3% manifiesta dormir menos de 6 horas diarias.

A propósito de la relación entre el TMG y la taxonomía NANDA-I, NIC y NOC, parecería lógico encontrar la asignación de etiquetas y de intervenciones específicas para cada trastorno, si bien en esta investigación únicamente ha destacado en el grupo de personas con trastorno del

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

espectro psicótico la prevalencia de la intervención administración intramuscular (antipsicóticos) y de manera exclusiva el manejo de las ideas delirantes y alucinaciones; atendiendo a las etiquetas de NANDA-I, más utilizadas y en algunos casos, casi en exclusividad, fueron: deterioro de la interacción social, déficit de las actividades recreativas, aislamiento social y riesgo de confusión aguda (sustituida por trastorno de los procesos de pensamiento). En el caso del grupo de personas con trastorno afectivo, las etiquetas de NANDA-I más prevalentes fueron: ansiedad, afrontamiento ineficaz y labilidad emocional; con las siguientes intervenciones de enfermería NIC: apoyo emocional, desarrollo de un programa, potenciación de la autoestima y técnica de relajación. A pesar de que en esta investigación la muestra de personas con trastorno de la personalidad es pequeña, es importante resaltar que en este grupo de personas se asignaron con mayor frecuencia las siguientes etiquetas de NANDA-I: ansiedad, tendencia de adoptar conductas de riesgo, riesgo de violencia autodirigida y labilidad emocional; asimismo, se aplican las siguientes intervenciones: disminución de la ansiedad, acuerdo con el paciente, prevención del suicidio, potenciación de la autoestima, mejora del sueño, consultas por teléfono y apoyo al cuidador principal.

Centrándonos en la valoración de la calidad de vida, según las viñetas de COOP/WONCA, y su relación y/o contraste con el resto de variables, es relevante destacar que en esta muestra no hay diferencias entre las puntuaciones totales de hombres y mujeres, aunque sí coinciden, tal y como obtuvieron en su investigación en población adulta urbana Serrano-Gallardo et al. (2009), en que las mujeres perciben un empeoramiento en su estado de salud en las últimas semanas y valoran que los problemas emocionales les han afectado con mayor intensidad que al grupo de los hombres.

Por otro lado, confirmando las conclusiones de la investigación de Serrano-Gallardo et al. (2009) en población adulta urbana y la encuesta de salud de canarias ISTAC (2015) se obtuvo que a mayor edad de los participantes peor es su valoración sobre su calidad de vida global, percibiendo, además, un peor estado de forma física, valoraron que no ha habido cambios en su estado de salud o que ha empeorado ligeramente y destaca que su estado de salud lo perciben como regular o malo,

Resultados y Discusión

al igual que en el grupo de personas con trabajos que no requieren especialización. Asimismo, en la dimensión de cuidados personales: lavarse y vestirse, las personas de más edad presentan un poco de dificultad o dificultad moderada para sus cuidados personales, coincidiendo con los datos de la ISTAC (2015), que reflejan que las personas por encima de 65 años registran mayores problemas en relación al cuidado personal.

Tanto en el grupo de personas con trastornos del espectro psicótico como en el de los trastornos afectivos, es destacable que refieren que no les afectan los problemas emocionales y no presentan dolor. Además, en el grupo de personas con trastornos afectivos es significativo que no presentan dificultades para el autocuidado.

Respecto a los hábitos de vida no saludables, las personas fumadoras tienen una peor percepción del apoyo social y de la dimensión de la calidad de vida. De la misma manera, los consumidores de alcohol perciben una peor calidad de vida, aunque la forma física es peor percibida por aquellos que no consumen alcohol y por los que no realizan ejercicio físico, percibiendo además mayor incapacidad para la realización de las actividades sociales. Sin embargo, las personas que realizan ejercicio físico valoran que tienen un mejor estado de salud, coincidiendo con las investigaciones de la Cruz-Sánchez et al. (2013), Dauwman et al. (2015), Girdler et al. (2019), y Stubbs et al. (2018), y presentan menores cambios en él. Asimismo, los consumidores de productos ricos en azúcares refieren mayor dificultad para su cuidado personal y los que duermen menos de 6 horas refieren haber presentado más problemas emocionales.

Las personas que no realizan ejercicio físico habitual tienen una peor percepción de calidad de vida global, coincidiendo con los resultados de otras investigaciones (de la Cruz-Sánchez et al., 2013; Dauwman et al., 2015; Girdler et al., 2019; Serrano-Gallardo, 2009; Stubbs et al., 2018). Además, las personas con diabetes y obesidad refieren tener una actividad física ligera o muy ligera. Las personas con problemas respiratorios perciben que reciben un gran apoyo social. En el caso de

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

aquellos que padecen enfermedades reumatológicas, ginecológicas y oncológicas señalan que han tenido dolor intenso o moderado.

A pesar de que las personas polimedicadas (≥ 4) refirieron una peor percepción de calidad de vida global, un estado de salud malo o regular y una menor actividad física, no han presentado dificultad para hacer sus tareas habituales, tienen una menor afectación de los problemas emocionales y refieren menos dolor. En referencia a los psicofármacos prescritos, encontramos que a mayor número de fármacos es peor la percepción subjetiva de la calidad de vida (Hoertel et al., 2020), siendo, además, la actividad física ligera o muy ligera, aunque no presentan dificultades en sus actividades cotidianas y consideran que tienen mejor apoyo social, coincidiendo con Greenberg et al. (2006) y Buchanan et al. (2010). Aquellos que consumen menos fármacos valoran mejor su estado de salud, alcanzando un estado de salud excelente o muy bueno, coincidiendo con el estudio de Buckland et al. (2013) en el que recogieron que el uso de medicamentos dificultaba experimentar la felicidad.

Es destacable señalar que en esta investigación el uso de los tratamientos farmacológicos orales mejora la afectación de los problemas emocionales y, a su vez, refieren menos dolor; sin embargo, perciben peor apoyo social, una peor forma física y un estado de salud regular o malo. Igualmente, con el uso de los tratamientos farmacológicos inyectables, también mejora como les afectan los problemas emocionales, refieren no presentar dolor y valoran su estado de salud como regular o malo, y, además, mejora las dificultades en sus actividades cotidianas y las actividades sociales y consideran que las cosas les van estupendamente o no podrían ir mejor.

En la investigación se recogen etiquetas diagnósticas de NANDA-I relacionadas con 9 de los 13 dominios establecidos (promoción de la salud, nutrición, actividad/reposo, percepción/cognición, autopercepción, rol/relaciones, afrontamiento/tolerancia al estrés, seguridad/protección y confort), coincidiendo con los resultados del estudio de Thomé et al. (2014).

Resultados y Discusión

Es relevante destacar que el uso de las etiquetas diagnósticas de enfermería de NANDA-I se correlacionan con mayor frecuencia con otras etiquetas (véase [Tabla 62-68](#)), encontrando así que las siguientes etiquetas han sido asignadas con mayor o total frecuencia con la etiqueta ansiedad: aislamiento social, afrontamiento ineficaz, gestión ineficaz del régimen familiar, insomnio, desesperanza, riesgo de violencia autodirigida, temor, riesgo de suicidio, deterioro de la resiliencia, y labilidad emocional. De la misma manera, las etiquetas asignadas con deterioro de la interacción social fueron: déficit de las actividades recreativas, temor y deterioro de la resiliencia. Por otro lado, las etiquetas asignadas con mayor frecuencia con la etiqueta de gestión ineficaz de la salud fueron: incumplimiento, insomnio, riesgo de confusión aguda, riesgo de violencia dirigida a otros, tendencia a adoptar conductas de riesgo y descuido personal. Asimismo, con la etiqueta de tendencia a adoptar conductas de riesgo fueron: incumplimiento, riesgo de violencia dirigida a otros y trastorno del sueño. Además, la etiqueta asignada con mayor frecuencia con la etiqueta de déficit de las actividades recreativas fue la etiqueta de temor. Por el contrario, es destacable resaltar que en el caso de la asignación de la etiqueta disposición para mejorar la gestión de la salud no es frecuente la asignación de otras etiquetas.

Ante la dificultad para encontrar estudios previos relacionados con la calidad de vida y las etiquetas diagnósticas de NANDA-I que permitan comparar los resultados obtenidos, a continuación se exponen los resultados de esta investigación, en los que se asociaron las siguientes etiquetas de NANDA-I con una peor percepción de calidad de vida: afrontamiento defensivo, déficit de las actividades recreativas, deterioro generalizado del adulto, desesperanza, riesgo de violencia autodirigida, riesgo de suicidio, descuido personal, deterioro de la resiliencia, obesidad y labilidad emocional. Sin embargo, la etiqueta NANDA-I disposición para mejorar la gestión de la salud está asociada con una mejor percepción de calidad de vida, con el desarrollo de una actividad física intensa o muy intensa, con menor afectación de los problemas emocionales, con un mejor estado de

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

salud en las últimas semanas, con dolor muy leve o sin dolor y con la valoración de un mejor apoyo social.

En referencia a la dimensión de forma física, valoran que desarrollan una actividad ligera o muy ligera aquellas personas a las que se les ha asignado las siguientes etiquetas de NANDA-I: déficit de las actividades recreativas, descuido personal, deterioro de la resiliencia, obesidad y labilidad emocional.

A propósito de la dimensión sentimientos, valoran que los problemas emocionales les afectan bastante o intensamente aquellas personas a las que se les ha asignado las siguientes etiquetas de NANDA-I: gestión ineficaz del régimen familiar, insomnio, ansiedad, temor, riesgo de suicidio, deterioro de la resiliencia y labilidad emocional.

En cuanto a la dimensión de actividades cotidianas, valoran que no han tenido dificultad o muy poca al hacer sus actividades habituales aquellas personas a las que se ha asignado las siguientes etiquetas de NANDA-I: disposición para mejorar la gestión de la salud, descuido personal y obesidad.

Respecto a la dimensión de estado de salud, valoran su salud en general como regular o mala aquellas personas que se les ha asignado las siguientes etiquetas de NANDA-I: deterioro de la interacción social, ansiedad, disposición para mejorar la gestión de la salud y deterioro de la resiliencia.

Asimismo, en relación a la dimensión dolor, valoran que han tenido más dolor (intenso o moderado) aquellas personas que tienen asignadas las siguientes etiquetas de NANDA-I: afrontamiento ineficaz, trastorno del sueño y labilidad emocional.

En referencia a la dimensión apoyo social, valoran que había alguien o nadie en absoluto dispuesto a ayudarles aquellas personas que tienen asignadas las siguientes etiquetas de NANDA-I: gestión ineficaz de la salud, incumplimiento y descuido personal.

Resultados y Discusión

Por último, atendiendo a la dimensión de calidad de vida, aquellas personas que tienen asignada la etiqueta NANDA-I tendencia a adoptar conductas de riesgo valoran que las cosas no podían haber ido peor en las últimas semanas o bastante mal.

Es más frecuente la etiqueta NANDA-I obesidad en el grupo de mujeres y en el grupo de personas que no tienen estudios universitarios, así como la intervención de escucha activa. Por el contrario, destaca con mayor frecuencia la intervención de medicación intramuscular y educación para la salud en el grupo de los hombres.

La media de edad de las personas a las que se asigna la etiqueta NANDA-I disposición para mejorar la gestión de la salud es significativamente menor.

En el grupo de personas con tratamiento intramuscular prescrito es más frecuente que sean solteras/os y además que no tengan hijas/os.

El grupo de personas que tiene disposición para mejorar la gestión de la salud presentan una mayor frecuencia de no fumadores, no consumidores alcohol ni drogas. No obstante, es asignada la gestión ineficaz de la salud con mayor frecuencia en el grupo de personas que fuman, se drogan, consumen alcohol, duermen menos y consumen productos ricos en azúcares, mientras que los que tienen obesidad, según NANDA-I, no realizan ejercicio físico, son menos fumadores, menos consumidores de alcohol, pero más consumidores de productos ricos en azúcares. Además, las personas con deterioro de la interacción social, según NANDA-I, consumen menos alcohol, drogas y cafés diarios.

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas, las personas que tienen asignada la etiqueta diagnóstica NANDA-I deterioro de la interacción social, en el momento de la realización de esta investigación, informaban que no han consumido o no consumen drogas, sin embargo, con mayor frecuencia se les asignaba la etiqueta de gestión ineficaz de la salud a aquellos que sí consumieron o que consumen actualmente, así como se realizaba con mayor frecuencia la intervención NIC educación para la salud.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Se observa que las personas que presentan ansiedad y obesidad (NANDA-I) están polimedicadas (≥ 4). Además, los que presentan ansiedad (NANDA-I) tienen un mayor número de fármacos psiquiátricos prescritos, mientras que el número de fármacos somáticos prescritos es mayor en el grupo que presenta obesidad (NANDA-I).

Dentro de las pautas terapéuticas, aquellos que tienen la etiqueta NANDA-I ansiedad reciben en mayor medida tratamientos orales y participan del programa de atención plena, tal y como Jeste et al. (2015) proponía en su estudio como método de salud mental positiva, sin embargo, es menor su presencia en aquellos que reciben tratamiento inyectable. Es destacable que la inclusión en el programa de ejercicio físico ha sido principalmente debida a criterios de obesidad (NANDA-I), aunque, como sabemos, la práctica de ejercicio físico tiene efectos beneficiosos en el funcionamiento global y calidad de vida, así como en la reducción de síntomas depresivos y en los síntomas negativos y positivos de las personas con trastorno psicóticos, coincidiendo con los resultados del metaanálisis de Dauwman et al. (2015) y la Guía de la EPA sobre la actividad física como tratamiento para enfermedades mentales graves de Stubbs et al. (2018).

De la misma manera, existe una dificultad para comparar los resultados obtenidos relacionados con la calidad de vida y las intervenciones de enfermería NIC debido a la dificultad para encontrar estudios previos. A continuación, se presentan las intervenciones de enfermería NIC asociadas a una peor percepción de calidad de vida: mejorar el sueño, manejo de la medicación, manejo de la conducta, ayuda para el control del enfado, reestructuración cognitiva, intervención en caso de crisis, potenciación de la autoestima, disminución de la ansiedad, prevención del suicidio, apoyo al cuidador principal, consulta por teléfono y desarrollo de un programa. Esto evidencia la necesidad de estas intervenciones para ayudar a mejorar esa percepción global de su calidad de vida. Sin embargo, las personas con la intervención de administración de medicación intramuscular (recordamos que son tratamientos crónicos de larga duración) presentan una mejor percepción de calidad de vida global, aunque valoran su estado de salud como regular o malo, pudiendo deberse a

Resultados y Discusión

sus creencias sobre la enfermedad y sus tratamientos (Crisp et al., 2005; Moloney et al., 2018; Sánchez, 2019).

En el análisis de la relación entre las dimensiones de calidad de vida COOP/WONCA y las diferentes intervenciones de enfermería NIC realizadas existe una valoración de su actividad física como ligera o muy ligera más presente en aquellos que precisan las siguientes intervenciones: fomentar la resiliencia, manejo de la medicación y asesoramiento nutricional.

Por otro lado, refirieron que los problemas emocionales les han afectado nada o un poco los que precisaron las siguientes intervenciones de enfermería: fomentar la resiliencia, manejo de la medicación, administración de medicación intramuscular, asesoramiento nutricional, intervención en caso de crisis y apoyo emocional; mientras que valoraron que les han afectado bastante o intensamente los problemas emocionales aquellos que precisaron: disminución de la ansiedad, desarrollo de un programa, prevención del suicidio, acuerdo con el paciente, potenciación de la autoestima, técnica de relajación, mejora del sueño y consulta por teléfono.

Asimismo, refieren poca o ninguna dificultad en el desempeño de sus actividades cotidianas aquellos que precisaron: administración de medicación intramuscular, manejo de las alucinaciones, mediación de conflictos, disminución de la ansiedad, intercambio de información de cuidados de salud, desarrollo de un programa, apoyo al cuidador principal y manejo de la conducta; valorando mucha dificultad o que no han podido hacer nada de sus actividades cotidianas aquellos que precisaron: reestructuración cognitiva y prevención del suicidio.

Además, valoran que no presentaban ninguna dificultad, o un poco de dificultad en su autocuidado (lavarse y vestirse) aquellos en los que se aplicaron las intervenciones de: apoyo al cuidador principal, escucha activa y desarrollo de un programa; mientras que aquellos que precisaron la intervención de prevención del suicidio refirieron mucha dificultad o que no han podido hacer nada.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Respecto a las actividades sociales, refirieron que les han afectado bastante o muchísimo los problemas de salud en su desarrollo aquellos que tienen asignadas las intervenciones: fomentar la resiliencia, reestructuración cognitiva, disminución de la ansiedad, desarrollo de un programa, prevención del suicidio y técnica de relajación; mientras que aquellos que tienen la intervención de administración de medicación intramuscular valoran que no les han afectado a sus actividades sociales.

Las personas con intervenciones de disminución de la ansiedad y administración de medicación intramuscular refirieron una salud regular o mala, lo que coincide con lo que se refleja en las investigaciones de Buchanan et al. (2010) y Hoertel et al. (2020) sobre que un mayor uso de los antipsicóticos está relacionado con una disminución de la calidad de vida.

A propósito del dolor, valoran la presencia de dolor moderado o intenso en las últimas semanas aquellos con las siguientes intervenciones: prevención del suicidio, establecer límites, mejorar el sueño y consultas por teléfonos; mientras que no refirieron dolor o un dolor muy leve, los que tienen las intervenciones de administración de medicación intramuscular e intervención en caso de crisis.

Las personas que perciben que no había nadie en absoluto o alguna persona que les apoyará precisaron las siguientes intervenciones: manejo de la medicación, apoyo al cuidador principal, prevención del suicidio, orientación en la realidad y manejo de la conducta; mientras que los que consideraban que todo el mundo estaba dispuesto a ayudarles o bastantes personas, son aquellos con los que realizaron las intervenciones de: apoyo a la familia y escucha activa; las intervenciones orientadas a favorecer el apoyo social pueden contribuir a la mejora de la percepción de calidad de vida, ya que estudios como el de Roe et al. (2011) y Weiner et al. (2010) señalan que en el ámbito clínico, concretamente en pacientes con esquizofrenia, la soledad contribuye a una peor calidad de vida.

Resultados y Discusión

Por último, respecto a la percepción de calidad de vida, valoran que las cosas les han ido en las últimas semanas bastante mal o muy mal, no pudiendo haber ido peor, aquellos que han precisado la intervención de técnica de relajación; mientras que aquellos a los que se les administraba medicación intramuscular valoran que las cosas iban bastante bien o estupendamente, no pudiendo ir mejor.

Atendiendo a las correlaciones entre las intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y el resto de intervenciones NIC (véase [Tabla 69-78](#)), se encontraron que las intervenciones realizadas con mayor frecuencia al mismo tiempo que la intervención de escucha activa son: establecer límites, manejo del delirio y fomento de la resiliencia.

Asimismo, las intervenciones realizadas con mayor frecuencia al mismo tiempo que la intervención de administración de medicación intramuscular son: ayuda para disminuir de peso, apoyo emocional, mejora del afrontamiento, educación para la salud, disminución de la ansiedad, manejo de las ideas delirantes, fomentar la resiliencia y la consulta por teléfono. Además, la intervención realizada con mayor frecuencia al mismo tiempo que la intervención de educación para la salud es asesoramiento.

Por otro lado, las intervenciones realizadas con mayor frecuencia al mismo tiempo que la intervención de manejo de la conducta son: manejo de la medicación, establecer límites, ayuda para el control del enfado, orientación de la realidad, mediación de conflictos, intervención en caso de crisis, manejo del delirio e intercambio de información de cuidados de salud.

Igualmente, las intervenciones realizadas con mayor frecuencia al mismo tiempo que la intervención de manejo de la medicación son: reestructuración cognitiva, disminución de la ansiedad y manejo de las alucinaciones.

De igual manera, las intervenciones realizadas con mayor frecuencia al mismo tiempo que la intervención de fomentar la resiliencia son: mejorar el sueño, potenciación de la autoestima, disminución de la ansiedad, técnica de relajación y desarrollo de un programa.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

De igual modo, las intervenciones realizadas con mayor frecuencia al mismo tiempo que la intervención en caso de crisis son: mejorar el sueño, manejo de la medicación, manejo de la conducta: autolesión, orientación de la realidad, apoyo emocional, disminución de la ansiedad, prevención del suicidio, manejo de las alucinaciones, consulta por teléfono, manejo de la conducta e intercambio de información de cuidados de salud.

En cuanto a las intervenciones realizadas con mayor frecuencia al mismo tiempo que la intervención de fomento del ejercicio son: asesoramiento nutricional, ayuda a disminuir de peso, enseñanza a dieta prescrita y desarrollo de un programa. Y para finalizar, las intervenciones realizadas con mayor frecuencia al mismo tiempo que la intervención de disminución de la ansiedad son: mejorar el sueño, apoyo emocional, potenciación de la autoestima, técnica de relajación, prevención del suicidio, reunión multidisciplinar sobre cuidados, desarrollo de un programa, intervención en caso de crisis, fomentar la resiliencia y manejo de la medicación.

El fomento del ejercicio (NIC) es mayor en los desempleados. Por otro lado, es relevante destacar que aquellos a los que se les administra medicación intramuscular consumen más café y tabaco. Además, se les incluye en los programas de educación para la salud a aquellos que fuman, se drogan, consumen alcohol y consumen productos ricos en azúcares; y en los programas para el fomento del ejercicio a los que no realizan ejercicio físico, consumen productos ricos en azúcares y consumen alcohol.

Según la edad de inicio de la enfermedad, destaca que casi el total de personas que tuvieron el inicio de la enfermedad antes de los 25 años tiene actualmente administración de medicación intramuscular (NIC); asimismo, presentan un mayor número de ingresos hospitalarios, y una mayor cronicidad de la enfermedad (más años de enfermedad). Sin embargo, aquellas que tienen administración intramuscular (NIC) y educación para la salud (NIC) están menos polimedicadas.

El uso de antipsicótico, típicos o de primera generación y atípicos o de segunda generación, no conlleva intervenciones diferentes de manera general. Sin embargo, sí es mayor la intervención

Resultados y Discusión

de enfermería NIC fomento de ejercicio en el grupo de personas que toman antipsicóticos típicos o de primera generación, lo cual confirman los resultados recogidos en las investigaciones de Bobes et al. (2007) y Zhang et al. (2013) que afirman que los efectos secundarios son más frecuentes en este grupo de fármacos.

Los resultados demuestran que las mujeres de esta investigación están más polimedizadas, presenta mayor índice de obesidad, más anemia, más problemas de salud no especificados, y, según el índice de masa corporal, solo el 17 % están en normopeso, mientras que en el grupo de los hombres el 27.8 % tiene normopeso y presentan un mayor consumo de alcohol, drogas, tabaco y café. Por otro lado, de toda la muestra, el 47% no consumió ni consume drogas, si bien el 27.3% refieren un consumo activo en el momento de la investigación.

A propósito de los antipsicóticos prescritos, en el grupo de los atípicos la media de edad es menor, lo cual se justifica por su menor presencia de efectos secundarios, según reflejan los resultados de Bobes et al. (2008) y Zhang et al. (2013). Además, a mayor edad existe un mayor número de fármacos prescritos totales y somáticos.

Centrándonos en las relaciones entre la taxonomía NANDA-I, NIC y NOC, las variables sociodemográficas y los datos clínicos, los resultados de esta investigación reflejan que aquellos que tienen asignada la etiqueta ansiedad tienen prescrito un mayor número de tratamientos orales, una mayor participación en el programa de atención plena y un mayor número de visitas anuales a la consulta de psiquiatría, sin embargo, presentan un menor número de personas con tratamiento inyectable y menos efectos adversos metabólicos.

En la etiqueta gestión ineficaz de la salud destaca la presencia de una dieta no saludable y una menor participación en el programa de ejercicio físico. En la etiqueta de deterioro de la interacción social es reseñable la asistencia a los recursos ofertados por AFES, siendo menor en este grupo de personas, además, existe una menor asignación de la intervención NIC educación para la salud.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

En el caso de la etiqueta obesidad hay mayor presencia de efectos adversos metabólicos, y el 69.2% de los que tienen efectos adversos cardiovasculares tienen asignada esta etiqueta, además, tienen una mayor participación en el programa de ejercicio físico, sin embargo, refieren un menor cumplimiento de los tratamientos prescritos, así como de la dieta saludable y la práctica de ejercicio.

En el caso de la etiqueta disposición para mejorar la gestión de la salud se refleja un mayor cumplimiento de los tratamientos: no tienen retrasos en las administraciones, realizan una dieta saludable y hacen ejercicio físico, de igual modo, refieren menores efectos cardiovasculares y de disfunción sexual.

En cuanto a las intervenciones de enfermería, en la administración de medicación intramuscular es destacable que este grupo de personas no acuden a las consultas de psicología, su participación en los programas de ejercicio físico y atención plena es menor, incluso, tienen un menor número de visitas a la consulta de psiquiatría, sin embargo, toman un mayor número de fármacos orales y el 97.3% de este grupo presenta como efecto adverso la disfunción sexual.

A propósito de aquellos que tienen asignada la intervención fomento del ejercicio tienen un menor número de consultas programadas anuales a psiquiatría, una mayor prescripción de tratamiento oral y una menor participación en el programa ejercicio físico, aunque hay que aclarar que los que acuden al programa ejercicio físico tienen asignada esta intervención.

En el caso de la intervención educación para la salud, aplicada en los casos en los que no participan en actividades grupales, se observa una menor presencia en los programas de ejercicio físico y atención plena, acuden menos a los centros de día y CRPS, tienen un número menor de visitas anuales programadas a la consulta de psiquiatría, si bien es más frecuente en el grupo que tiene medicación intramuscular.

En contraste, en la investigación cualitativa la dificultad para comparar los resultados obtenidos con investigaciones previas reside principalmente en la ausencia de un término común, ya que, a lo largo de la historia, desde los filósofos clásicos hasta la actualidad, se han propuesto

Resultados y Discusión

definiciones variadas, que son fruto de los diferentes campos de conocimiento (psicología, filosofía, sociología...) y de orientaciones teóricas que no han permitido obtener un único concepto operativo.

Schrank et al. (2013) recogen en su revisión bibliográfica que los estudios publicados de trastorno mental y felicidad eran escasos, tendencia que se mantiene en la actualidad. La presencia de prejuicios y estereotipos sobre la enfermedad mental, incluso en los propios investigadores, podría justificar que no se investigue lo suficiente acerca de la felicidad y su relación con el TMG. En las últimas décadas se ha cuestionado la validez de los autoinformes que valoran la felicidad de las personas con trastornos mentales, sin embargo, como propuso Bergsman et al. (2011), no hay ninguna razón para excluirlos. En esta investigación, más de la mitad de los entrevistados opinaron que la enfermedad mental no es causa de infelicidad, aunque dos tercios refirieron que la enfermedad en general, relacionándola con ejemplos como el cáncer o el Alzheimer, sí la causan, a diferencia de la investigación de Edmonds et al. (2018) sobre la salud mental positiva en pacientes ambulatorios con esquizofrenia en la que obtuvieron niveles más bajos de optimismo, resiliencia y felicidad, y más de un tercio presentaban los valores esperados en la población sin trastorno mental.

Las respuestas de los participantes de esta investigación evidencian que el significado de felicidad para las personas con TMG varía ampliamente, no pudiendo apreciar homogeneidad en sus respuestas, como se demuestra al alcanzar un número elevado de subcategorías en la codificación y solamente pudiendo establecer dos grandes categorías, la dimensión personal y la dimensión interpersonal-relacional, además de una tercera dimensión relacionada con la percepción de la presencia de la felicidad en la vida de las personas desde un punto de vista temporal, distinguiendo claramente a personas que experimentan la felicidad como momentos, de otras que la entienden como un continuum que varía a lo largo de la vida.

Atendiendo a la dimensión personal, destaca que la felicidad depende de las cualidades y los valores que definen a la persona, categorizada como la subcategoría de personalidad, que

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

incluiría el optimismo, la independencia, la creatividad, la aceptación y la solidaridad, además, sería necesario alcanzar un estado de óptimo de salud. Igualmente, para ser felices es necesario tener motivaciones que muevan a las personas a cubrir las necesidades básicas, realizar actividades placenteras y tener objetivos vitales. Hay que señalar que los objetivos vitales y las motivaciones podrían cambiar con la aparición de la enfermedad, esto no siempre es tenido en cuenta en las estrategias de recuperación, tal y como señalaba Agid et al. (2012). En contraste, la dimensión interpersonal-relacional recoge los factores relacionales que incluirían: el apoyo, tanto familiar como social, un funcionamiento social y ocupacional óptimo y las relaciones, coincidiendo con Greenberg et al. (2006), que combaten el estigma y las pérdidas que sufren. Esto confirma que las personas con la misma enfermedad (esquizofrenia) no perciben la felicidad de la misma manera (Buckland et al., 2013). Asimismo, Palmer et al. (2014), hablaron de una considerable heterogeneidad entre los niveles de felicidad de los participantes con esquizofrenia crónica. Seabra et al. (2018) en la revisión sistemática que realizaron encontraron diferencias que fluctúan entre el 2% y el 27% en los resultados sobre la percepción de felicidad entre las personas con o sin trastorno mental.

Diener et al. (1999 y 2000) concluyeron que existen unas características que definen a la persona feliz, coincidiendo con los resultados de esta investigación, en los que se encuentra que es necesaria una personalidad positiva, optimista, que pasa página, que no le da demasiadas vueltas a las cosas negativas, que tiene apoyo social, vive en una sociedad con cierto desarrollo económico y posee recursos personales para alcanzar sus objetivos vitales, además de estar satisfecha en otros ámbitos, como el laboral y familiar (Diener et al., 1999; Diener, 2000).

Seabra et al. (2018), en su revisión sistemática, no encontraron una definición única de felicidad y concluyeron que no se puede entender la felicidad separada de la experiencia social, bienestar, la recuperación y los factores protectores internos de la persona. Establecieron que los factores que favorecen la percepción de felicidad se podrían englobar en dos dimensiones: la

Resultados y Discusión

dimensión personal, más subjetiva relacionada con el yo; y la dimensión interpersonal en múltiples contextos, familiar, apoyo social y afectivo. En los resultados de esta investigación se identifican claramente en las codificaciones estas dos dimensiones, además de la dimensión temporal y de otras subcategorías que conforman cada una de ellas (véase [Tabla 86](#)). Tras la codificación, se observó que en la dimensión personal, tal y como se muestra en el mapa jerárquico (véase [Figura 5](#)), se resalta la importancia de la personalidad y su relación con la felicidad, así como de los aspectos relacionados con la subcategoría de motivación que incluiría los objetivos vitales, el crecimiento personal, la autorrealización, la salud y las emociones, coincidiendo con Ferraz et al. (2007), quienes concluyen que la felicidad depende más de aspectos de naturaleza psíquica y de actitud ante la vida que de factores externos. De igual modo, algunas de las codificaciones obtenidas en esta investigación coinciden con las de la investigación de Palmer et al. (2014), resaltando el optimismo, la recuperación y la independencia, además de la importancia del apoyo social y familiar descrito por Greenberg et al. (2006). Asimismo, en las investigaciones sobre la felicidad del siglo XXI, como las de Martín Seligman y Sonja Lyubomirsky, se resalta la importancia de las emociones positivas, el compromiso, las relaciones, el sentido y los logros (Lyubomirsky et al., 2005; Seligman, 2011).

En las entrevistas realizadas surgieron respuestas relacionadas con la necesidad de un estado funcional óptimo, objetivos vitales, la independencia, e incluso el crecimiento personal, las cuales podrían sugerir la presencia de déficits en estos ámbitos en las personas entrevistadas, coincidiendo con los resultados de la investigación de Agid et al. (2012) que concluyen que entre las personas con un primer episodio de esquizofrenia y las personas sin patología mental no se encontraron niveles significativamente diferentes de felicidad, satisfacción o percepción de éxito, sin embargo, presentaron un deterioro significativo en el funcionamiento social y la independencia.

Salas y Garzón (2013) ya plantean que el medio para alcanzar la felicidad y la realización personal pasa por tener calidad de vida y las necesidades básicas cubiertas. En esta investigación pocos son los que refirieron presentar estas dificultades, si bien la presencia de las subcategorías:

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

necesidades básicas y felicidad material, confirma los resultados de Salas y Garzón (2013), que, además, nos permite recordar la teoría de la motivación humana de Abraham Maslow (1981).

En los resultados obtenidos en esta investigación, en relación a las estrategias utilizadas o deseadas para alcanzar la felicidad, se encontraron subcategorías relacionadas con: la normalidad, la salud, los tratamientos, el apoyo familiar, las relaciones con los demás y las actividades compartidas, así como la ausencia del estigma, la aceptación y el optimismo. Dentro de los factores que ayudan a alcanzar la felicidad está la recuperación de la enfermedad (Andresen et al., 2003). Buckland et al. (2013) en su estudio cualitativo con 13 jóvenes con esquizofrenia, concluyen que las barreras que dificultan experimentar la felicidad son: el miedo, el aislamiento, los medicamentos y el deseo de sentirse normal. Shepherd et al. (2008) plantean como necesaria la esperanza y un cambio de identidad personal separada de la enfermedad y afirmaron que “una persona puede recuperar su vida sin necesariamente recuperarse de su enfermedad” (p. 3).

Todos los participantes son capaces de recordar experiencias felices e infelices e identificaron que eventos provocaron un cambio en su estado de felicidad. Es importante resaltar cómo la evocación de recuerdos de sus experiencias relacionadas con la felicidad es mayor y más rica en detalles, perteneciendo la mayoría de las descripciones de las experiencias felices a la dimensión interpersonal-relacional, es decir, se trata de experiencias compartidas con familiares, amistades, compañeras/os... salvo cuando describen actividades individuales con las que disfrutaban. Por otro lado, Seabra et al. (2018) concluyen que la felicidad no va a depender de la psicopatología, sino de los eventos vitales. Sin embargo, las experiencias infelices evocadas están relacionadas con las pérdidas laborales, las rupturas, la soledad y, teniendo menor presencia, la enfermedad (véase [Tabla 87](#) y [Figura 5](#)). Esto coincide con los resultados de estudios anteriores, que reflejan la relación de la vulnerabilidad de las personas con TMG a la soledad (Eglit et al. 2018), la influencia de la propia enfermedad y su sintomatología positiva y negativa en los niveles de felicidad (Agid et al., 2012, Saperia et al., 2018). De este modo, las experiencias infelices también están mayoritariamente

Resultados y Discusión

relacionadas con la dimensión interpersonal-relacional, sin embargo, en este caso se trata de experiencias infelices, habiendo rupturas o pérdidas de las relaciones con los otros. En los trastornos mentales graves, y sobre todo en el espectro psicótico, se objetiva la tendencia al aislamiento social, sin embargo, cuando en esta investigación hablan sobre la soledad la mayoría de los participantes la relacionan con experiencias infelices, coincidiendo con Eglit et al. (2018) que sugieren que los efectos de la soledad son similares en personas con y sin trastorno mental, y en su descripción del significado del trastorno mental refieren que afecta a la calidad sus vidas. Sin embargo, en contraste, en las estrategias descritas para alcanzar la felicidad, se encontró el uso de la soledad elegida voluntariamente.

Podría suponerse que existen eventos biográficos que podrían determinar la felicidad en el futuro. En esta investigación se establecieron dos categorías sobre los eventos biográficos que provocaron el cambio en su estado de felicidad: el paso de felicidad a infelicidad y el paso de infelicidad a la felicidad (véase [Tabla 88](#) y [Figura 9](#)). En el paso del estado de felicidad a infelicidad sus explicaciones hablan principalmente de pérdidas, tanto laborales, como fallecimiento de personas importantes o rupturas, estas subcategorías pertenecen a la dimensión interpersonal-relacional, si bien hablaron, aunque con menor frecuencia, del trastorno mental y/o los efectos de este, en concreto de su efecto estigmatizante. En la segunda subcategoría, paso de infelicidad a la felicidad, plantearon factores relacionados con la superación de la enfermedad, dentro de las variables personales, tales como las crisis personales, el crecimiento personal, la recuperación-resiliencia y la aceptación, lo cual refleja como la enfermedad determina o influye en la felicidad, si bien en este caso, queda claro que se puede volver a ser feliz tras pasar o tener una enfermedad mental, además, depende de uno mismo, de la actitud de aceptación, motivación y disposición para la recuperación-resiliencia, coincidiendo con Palmer et al. (2014) que afirman que la esquizofrenia afecta negativamente a la felicidad, si bien la felicidad puede ser un objetivo alcanzable, de igual manera, Saks (2013) afirma que este grupo de personas puede encontrar bienestar dentro de la enfermedad.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

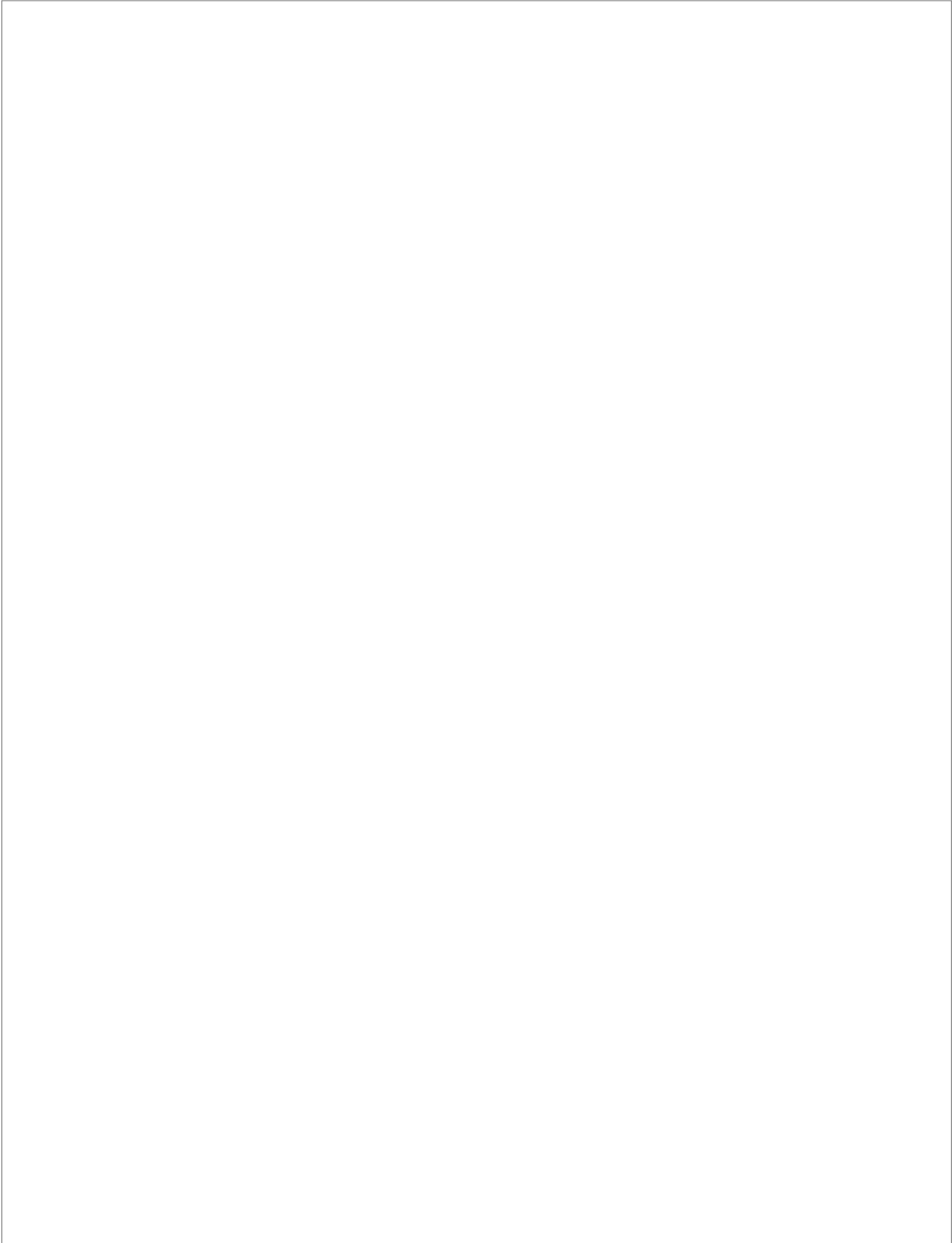
Cuando se les pregunta a los participantes qué cambios sociales afectarían a su felicidad demandan cambios en los valores sociales. Dichos cambios contribuirían a la existencia de una sociedad más tolerante, responsable, solidaria, honesta, libre, con una mayor educación, empatía, menos materialista, individualista y sin prejuicios. Los valores presentes en los discursos de algunos participantes están relacionados con los valores de la atención plena o mindfulness, la compasión y la psicología positiva, valores que a su vez están estrechamente relacionados con la felicidad (Cebolla et al., 2017; Lyubomirsky et al., 2005). Además, los participantes reclaman la necesidad de que se actúe contra el estigma, esto se conseguiría con campañas antiestigma como propone Moloney (2018), tras analizar diversos estudios que hablan de la existencia de campañas antiestigma planteadas desde múltiples enfoques (educación, contacto y protesta). Sin embargo, Sánchez (2019) realiza una revisión sistemática en la que concluye que existen escasas investigaciones sobre las intervenciones de enfermería para reducir el estigma social en familias con personas con TMG.

Asimismo, la mayoría de los participantes confirman que sí habían sufrido rechazo social o actitudes estigmatizantes por tener un trastorno mental, siendo 15 de los participantes los que manifiestan que sí lo sufren y explican sus estrategias contra el estigma en las que: algunos apuestan por la visibilización, donde ya Pettigrew y Tropp (2005), siguiendo la teoría de Allport (1954) sobre el contacto intergrupar, postulan que el contacto con personas con trastorno mental puede favorecer cambios en la actitud de los otros; en otros se vislumbran los efectos del autoestigma y se protegen ocultando su enfermedad, que puede surgir, tal y como concluye Moloney (2018), por un conocimiento inexacto o insuficiente sobre la enfermedad mental y las opciones de tratamiento; pocos mantienen una actitud pasiva ante el rechazo; y la mayoría se protege con comportamientos de aislamiento, negándolo, ocultándolo, utilizando máscaras que les protejan o incluso huyendo. En el ámbito de la salud mental se han realizado investigaciones relacionadas con el estigma y cómo combatirlo (Crips et al., 2005; Moloney, 2018; Pescosolido et al., 2010). De igual manera, el Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 recoge una línea estratégica de prevención y reducción del

Resultados y Discusión

estigma. Moloney (2018) recoge, según un estudio realizado en 6 países europeos, entre ellos España, que existe el estigma percibido en adultos con discapacidad mental y esto está relacionado con una calidad de vida significativamente más baja. Asimismo, Crisp et al. (2005) concluyen que los resultados de las campañas contra el estigma generaban mayor número de opiniones desfavorables en las personas con adicciones manteniendo opiniones neutrales en el caso de la esquizofrenia.

Hay estudios que confirman que debido al estigma las personas con problemas de salud mental acuden menos a los servicios sanitarios, retrasan los tratamientos o no buscan ayuda profesional, como describen Henderson et al. (2013) y Byrne (2000). El SCS (2019) concluye que existe un importante grupo de pacientes con TMG que no recibe atención especializada, lo que confirma la existencia del estigma estructural en los recursos de la red de salud mental, sin embargo, en esta investigación expresan el valor de los recursos de salud mental para su recuperación y no los perciben como sitios hostiles. Esto se confirma con la frecuencia de visitas a las consultas de enfermería de la USMC, así como con la buena relación terapéutica lograda tras años de seguimiento, que, a su vez ha facilitado la realización de esta tesis, reiterando el agradecimiento a los participantes que quisieron compartir sus experiencias, recuerdos, opiniones y creencias sobre la felicidad, a todos ellos, gracias.



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ---/--/-- --:--:--

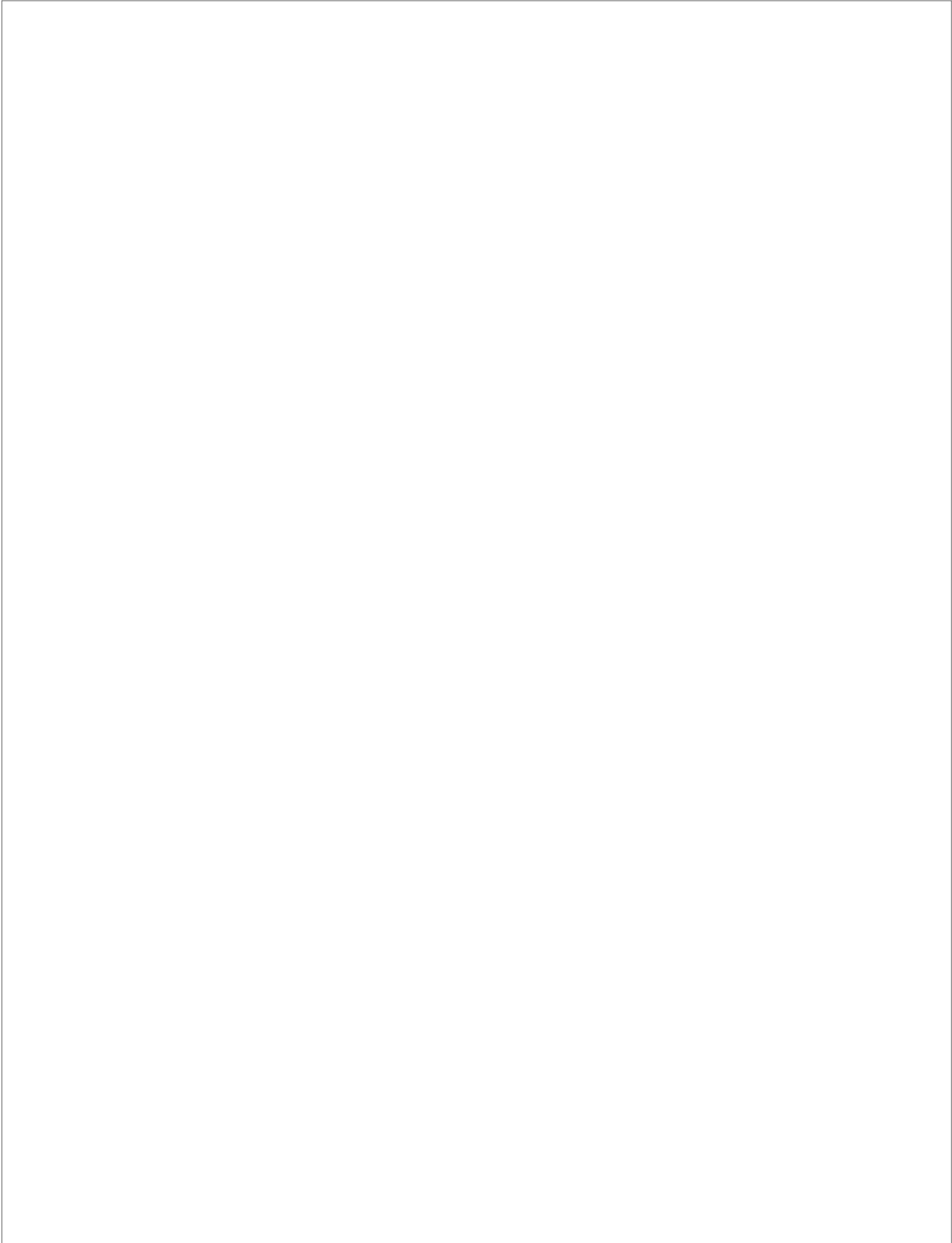
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

CONCLUSIONES

Según los objetivos marcados en el presente estudio, se establecen las siguientes conclusiones de los resultados obtenidos, siguiendo el orden en el que se han resuelto los objetivos:

O 1. Describir las variables sociodemográficas, clínicas y CVRS de las personas con trastorno mental grave de la muestra de la USMC de La Laguna.

1. La familia asume el cuidado de las personas con TMG. Solo una cuarta parte viven solos o en instituciones y casi la totalidad recibe una prestación económica.

O 2. Explorar las diferencias entre las categorías del trastorno mental grave (trastornos psicóticos, trastornos afectivos y trastornos de personalidad) y el resto de las variables del cuestionario C-VS-PCVRS-TMG.

2. Las personas con trastorno psicótico consideran que tienen una calidad de vida global mejor que la percibida por las personas con otros trastornos. De igual modo, las personas que tienen prescrito tratamiento antipsicótico inyectable (depot) refieren una mejor calidad de vida.
3. A propósito del grupo con trastornos psicóticos, las etiquetas de NANDA-I más utilizadas son: deterioro de la interacción social, déficit de las actividades recreativas, aislamiento social y riesgo de confusión aguda (sustituída por trastorno de los procesos de pensamiento); junto a la intervención de enfermería NIC administración de medicación intramuscular, y de manera exclusiva, el manejo de las alucinaciones y de las ideas delirantes.
4. En el caso del grupo con trastornos afectivos, las etiquetas de NANDA-I más prevalentes son: ansiedad, afrontamiento ineficaz y labilidad emocional; con las siguientes intervenciones de enfermería NIC: apoyo emocional, desarrollo de un programa, potenciación de la autoestima y técnica de relajación.
5. A pesar de que la muestra del grupo con trastorno de la personalidad es pequeña, las etiquetas de NANDA-I más utilizadas son: ansiedad, tendencia a adoptar conductas de riesgo, riesgo de violencia autodirigida y labilidad emocional; con las siguientes intervenciones de enfermería NIC: disminución de la ansiedad, acuerdo con el paciente, prevención del

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

suicidio, apoyo al cuidador principal, potenciación de la autoestima, mejora del sueño y consultas por teléfono.

O 3. Analizar las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de calidad de vida, según las láminas COOP/WONCA, y su asociación con el resto de las variables sociodemográficas y clínicas.

6. Las personas mayores, las polimedicadas y las que presentan pluripatologías perciben una peor calidad de vida global. Sin embargo, la calidad de vida no mejora en función del género, nivel de estudios o el tipo de trabajo desempeñado.
7. Los problemas de salud están asociados a estilos de vida no saludables y a los efectos adversos de la medicación, principalmente antipsicóticos. El buen cumplimiento del tratamiento prescrito, la toma de un menor número de fármacos y la realización de ejercicio físico mejora la percepción de calidad vida, con menor afectación emocional, mejor forma física, realización de las actividades cotidianas sin dificultad, mayor apoyo social y con menores cambios en el estado de salud.

O 4. Describir la prevalencia de las etiquetas diagnósticas de enfermería de NANDA-I y las intervenciones de enfermería NIC más frecuentes y analizar su asociación con el resto de las variables sociodemográficas, clínicas y de CVRS.

8. En la investigación se recogieron etiquetas diagnósticas de NANDA-I relacionadas con 9 de los 13 dominios establecidos: promoción de la salud, nutrición, actividad/reposo, percepción/cognición, autopercepción, rol/relaciones, afrontamiento/tolerancia al estrés, seguridad/protección y confort.
9. Las etiquetas de NANDA-I que se asocian con una peor percepción de calidad de vida son: afrontamiento defensivo, déficit de las actividades recreativas, deterioro generalizado del adulto, desesperanza, riesgo de violencia autodirigida, riesgo de suicidio, descuido personal, deterioro de la resiliencia, obesidad y labilidad emocional. Sin embargo, la etiqueta de NANDA-I disposición para mejorar la gestión de la salud está asociada con una mejor percepción de calidad de vida. Las intervenciones de enfermería NIC asociadas a una peor

Conclusiones

percepción de calidad de vida son: mejorar el sueño, manejo de la medicación, manejo de la conducta, ayuda para el control del enfado, reestructuración cognitiva, intervención en caso de crisis, potenciación de la autoestima, disminución de la ansiedad, prevención del suicidio, apoyo al cuidador principal, consulta por teléfono y desarrollo de un programa. Esto evidencia la necesidad de estas intervenciones para mejorar la calidad de vida. Si bien las personas con la intervención de administración de medicación intramuscular (recordamos que son tratamientos crónicos de larga duración) presentan una mejor percepción de calidad de vida global.

O 6. Relacionar las puntuaciones sobre la percepción de calidad de vida en las láminas COOP/WONCA y el estado de felicidad o infelicidad referida por el grupo de personas que realizaron las entrevistas de la investigación cualitativa.

10. Las personas entrevistadas que refieren ser felices califican mejor su calidad de vida global.

O 7. Descubrir el significado de felicidad de las personas entrevistadas con trastorno mental grave de la USMC de La Laguna.

11. La felicidad incluye tres dimensiones: la dimensión personal, la dimensión interpersonal-relacional y la dimensión temporal. La dimensión personal engloba: la personalidad, las emociones positivas, la salud, las motivaciones para establecer objetivos personales, la realización de actividades y tener las necesidades básicas y materiales cubiertas para poder disfrutar de momentos. Mientras que en la dimensión interpersonal-relacional la felicidad depende del apoyo familiar, el apoyo y las relaciones sociales, del funcionamiento social y ocupacional y de la superación y/o aceptación de las pérdidas, ya sean fallecimientos, rupturas o pérdidas laborales, sin olvidar la necesidad de la ausencia del estigma sobre las enfermedades mentales. Asimismo, la dimensión temporal establece que la felicidad puede estar formada por un conjunto de momentos o por un estado continuo de felicidad que varía a lo largo de la vida.

12. La felicidad aumenta cuando es compartida y la infelicidad podría ser menos dolorosa si se pudiera compartir.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

13. Se puede volver a ser feliz con una enfermedad mental. Depende de uno mismo, de la actitud de aceptación, motivación y disposición para la recuperación-resiliencia. La felicidad puede ser un objetivo alcanzable pudiendo encontrar bienestar dentro de la enfermedad.
14. Las estrategias para alcanzar la felicidad están dentro de la dimensión personal y dependen de uno mismo, salvo el apoyo familiar, la realización de actividades compartidas con otros, la protección contra el rechazo y el deseo de que acabe el estigma, incluidas en la dimensión interpersonal-relacional. El resto de las estrategias están relacionadas con las características propias de la persona como las fortalezas, los valores, los objetivos personales y la motivación, así como el optimismo o la aceptación. Asimismo, en relación a su salud, esperan que el sufrimiento provocado por la enfermedad desaparezca, claramente entienden que la recuperación será el camino hacia la felicidad.
15. Las demandas de cambio de los valores de la sociedad no difieren de las de la población general. Sin embargo, lo que refleja que las personas entrevistadas pudieran tener una enfermedad mental es la petición de la desaparición del estigma que sufren muchas/os desde el momento del diagnóstico, lo que les provoca rechazo y discriminación. Si bien se puede ser feliz independientemente de la enfermedad que se tenga.
16. La enfermedad mental supuso cambios importantes en sus vidas, en muchos casos crisis personales, aunque para algunos no supuso nada. Si bien la disposición para la recuperación e incluso el crecimiento personal aparecen como efectos no esperados, las vidas de muchos estuvieron teñidas por el estigma y el autoestigma, por las pérdidas laborales y las rupturas en sus relaciones familiares y sociales.
17. La enfermedad mental está acompañada del estigma y el rechazo social. Ante ellas se utilizan estrategias como la visibilización, la protección, actitudes pasivas ante el rechazo; y comportamientos como ocultarlo, el aislamiento, la negación, la utilización de máscaras que les protejan o incluso la huida.

Conclusiones

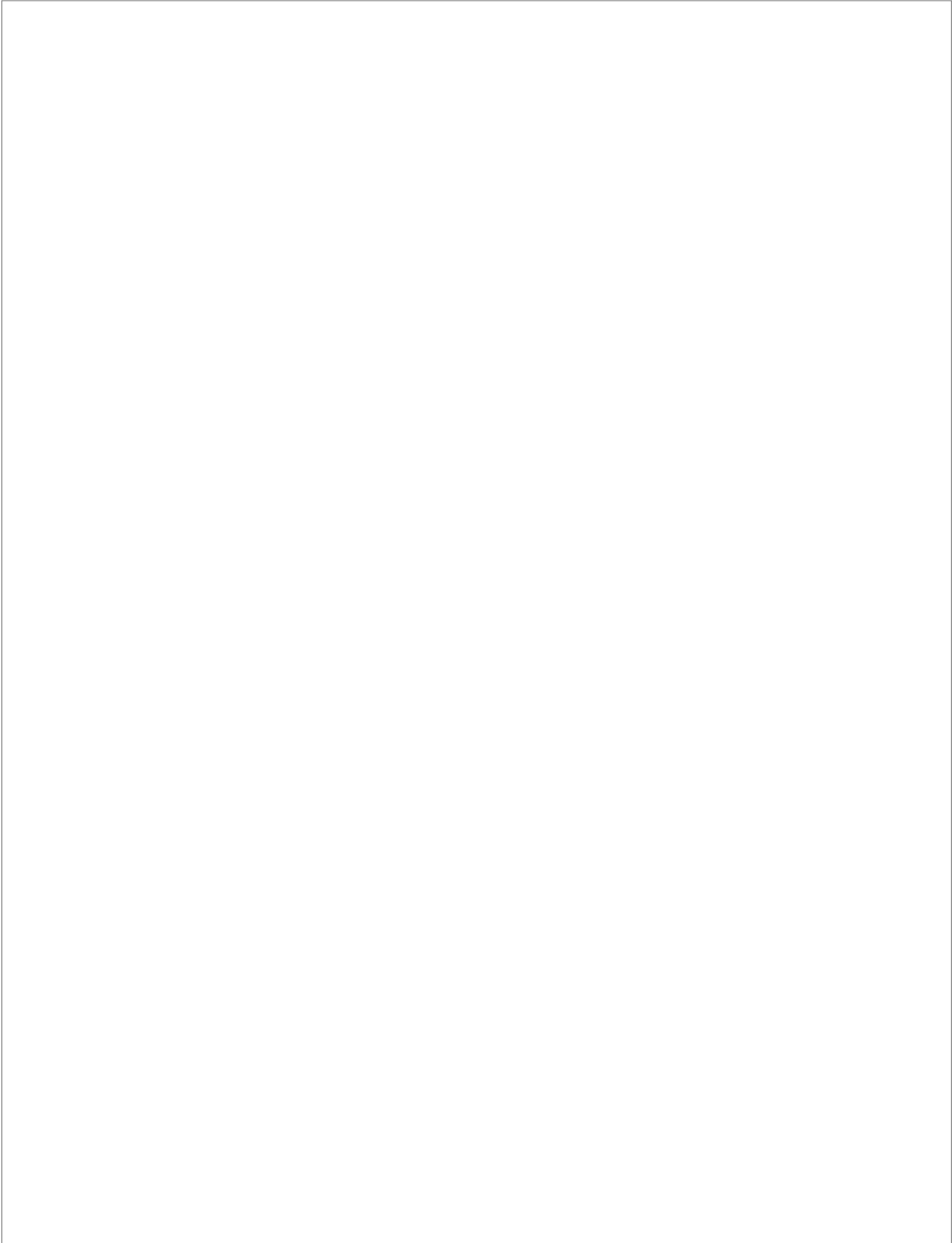
18. La percepción de la unidad de salud mental, integrada en el centro de salud, es valorada positivamente por los participantes, aunque alguno pulse el botón del ascensor en un piso diferente y suba caminando.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

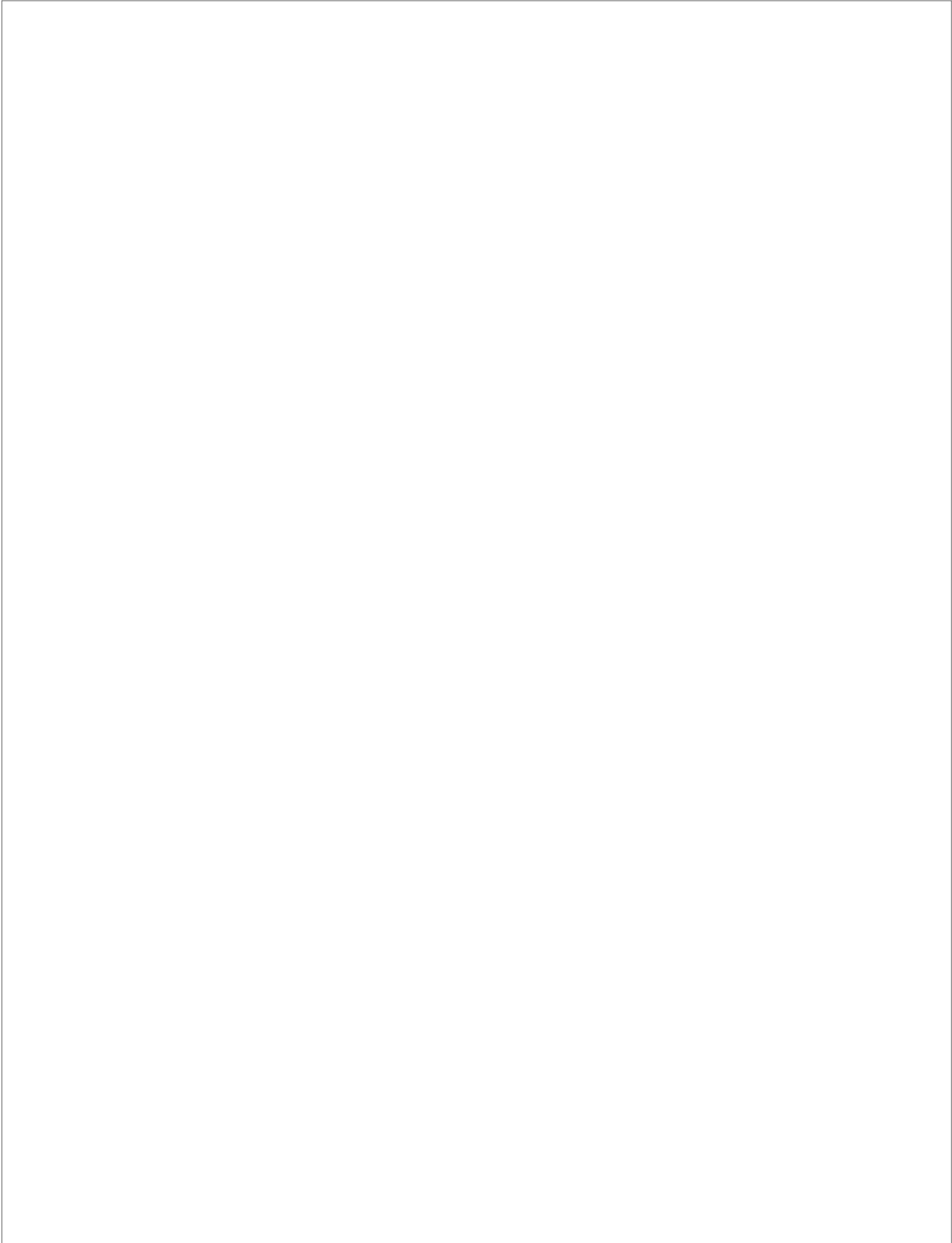
CAPÍTULO V. FUTURAS INVESTIGACIONES

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Futuras investigaciones

FUTURAS INVESTIGACIONES

Esta investigación podría abrir una línea de trabajo en la que creemos que puede llegar a ser el fundamento para otras investigaciones futuras en este ámbito. Cada vez resulta más conveniente hacer entender a la sociedad y visibilizar que la “normalización” es posible en la vida de las personas con trastorno mental grave.

En este sentido, según los resultados de esta investigación se podría proponer que las futuras investigaciones se centraran en la eficacia de las intervenciones enfocadas en la recuperación, atendiendo a los objetivos vitales de las personas con trastorno mental y la búsqueda de su felicidad.

Por otro lado, podría ser interesante la realización de la entrevista a familiares y personas significativas o presentes en sus vidas, lo que permitiría conocer o explorar las diferencias o similitudes en la percepción de felicidad y el efecto o no de la enfermedad mental en sus vidas. Esto permitiría enfocar las estrategias e intervenciones para la recuperación, no solamente en el ámbito asistencial sino ampliado al ámbito social y familiar.

En relación al diseño metodológico, se encontraron dificultades debidas a la diferencia de muestra representativa de cada trastorno mental grave, lo cual complicó el análisis de los resultados, es por ello que se propone para futuras investigaciones la selección de muestras específicas de cada trastorno.

Por otro lado, la selección de los instrumentos utilizados se realizó por su facilidad y sencillez para su aplicación a la muestra seleccionada debido a su formato gráfico. Sin embargo, tras tomar la decisión de suprimir las puntuaciones intermedias en los análisis, ya que no posicionaban las respuestas de los participantes, se encontró el inconveniente de que se perdían respuestas. En este sentido, es necesario resaltar que podría ser conveniente seleccionar o crear un instrumento que no diera la opción de puntuaciones intermedias.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

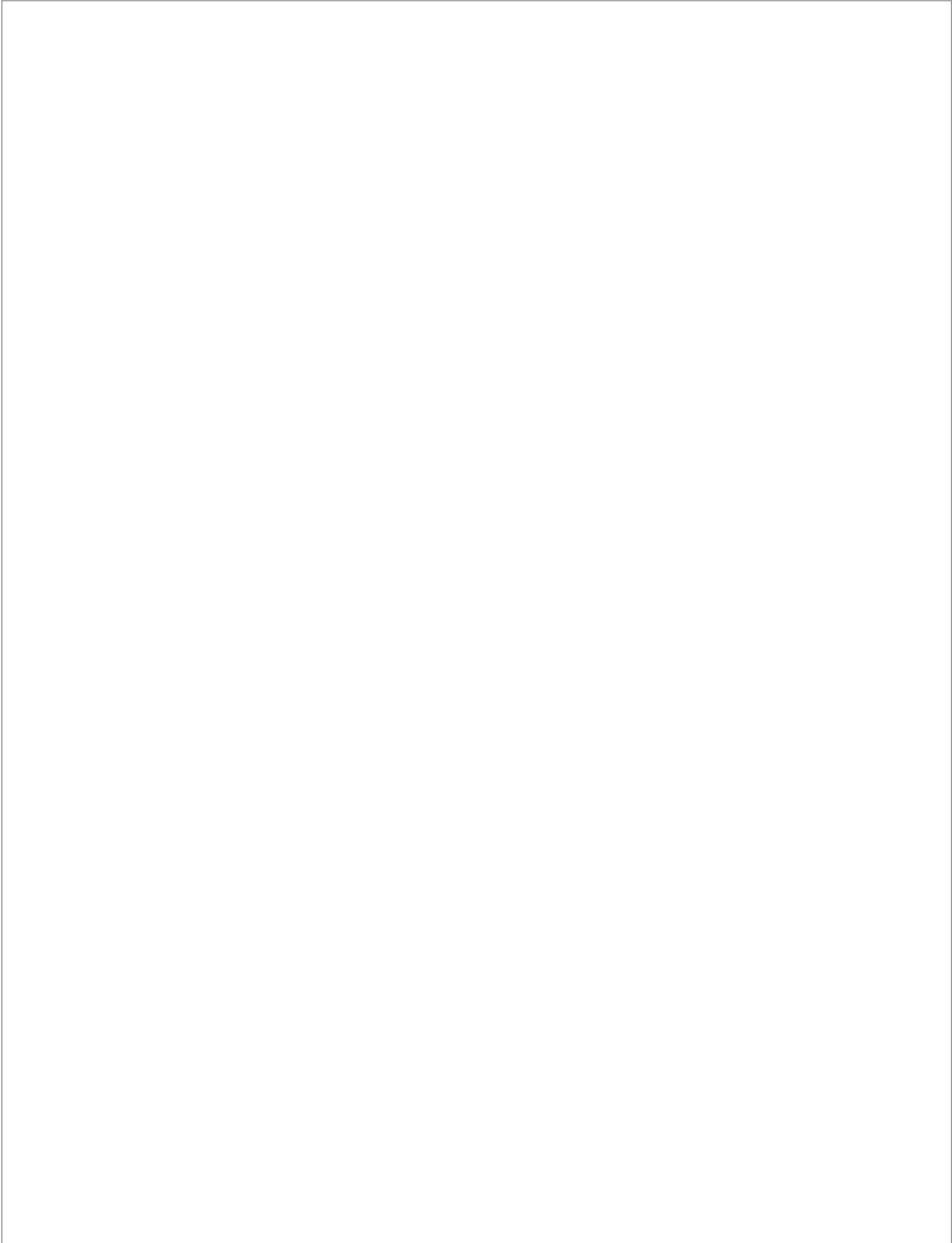
La felicidad parece ser inalcanzable para las personas con TMG, por lo que creo que existe miedo a hablarles y preguntarles sobre la felicidad. Sin embargo, los participantes de esta investigación han demostrado que no les importa hablar de ella, que se puede ser feliz y desean serlo. Esto nos indica que, como ya venimos diciendo, se debe seguir investigando para mejorar su calidad de vida y nuestra atención e intervenciones, y, si podemos, lograr por el camino ser un poquito más felices.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ---/--/-- --:--:--



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ---/--/-- --:--:--

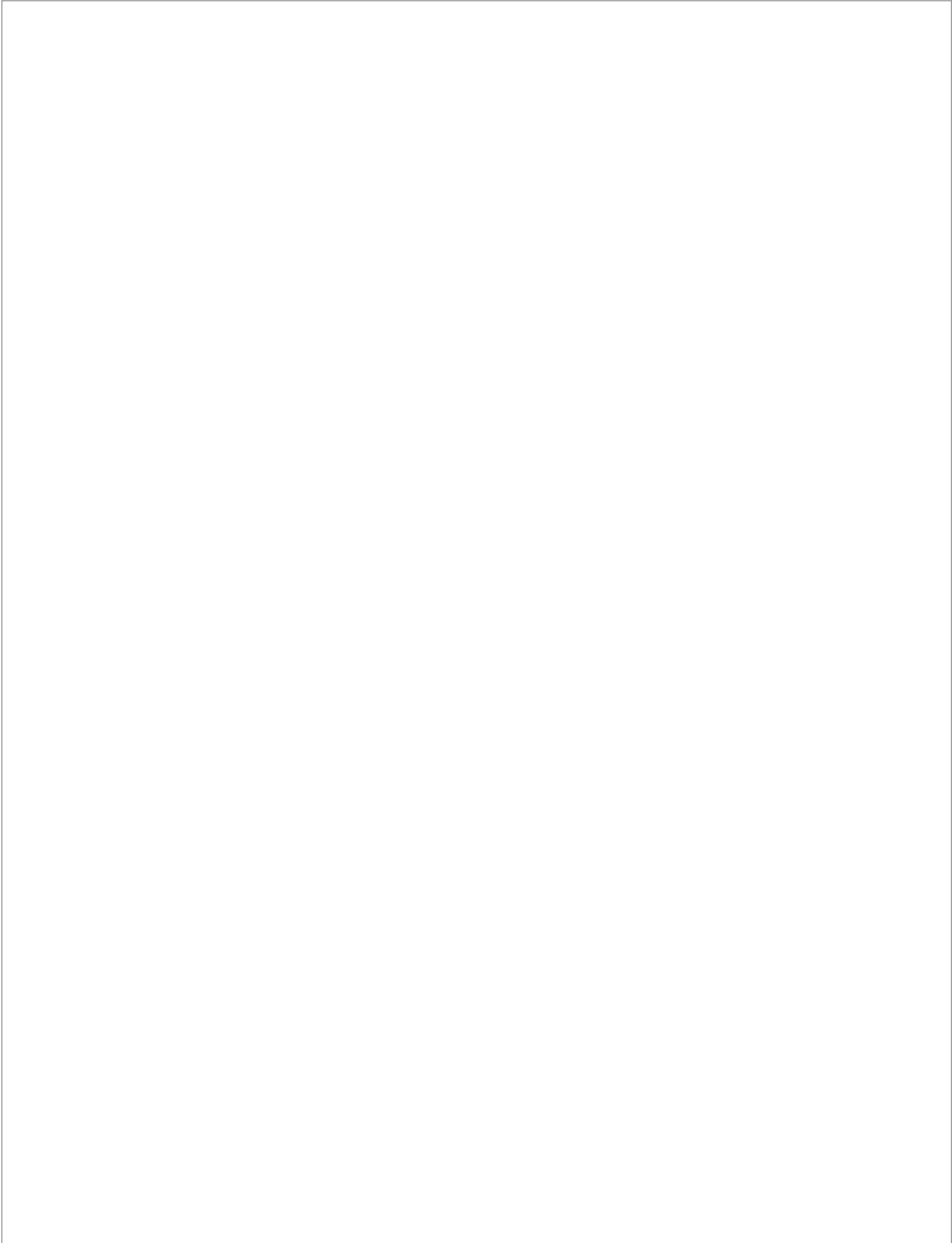
CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ---/--/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdallah, C., Cohen, C., Sanchez-Almira, M., Reyes, P., y Ramirez, P. (2009). Community Integration and Associated Factors Among Older Adults with Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 60(12), 1642-1648. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.12.1642>
- Agid, O., McDonald, K., Siu, C., Tsoutsoulas, C., Wass, C., Zipursky, R., y Remington, G. (2012). Happiness in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 141(1), 98-103. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.07.012>
- Aiken, G. A. (2006). *The potential effect of mindfulness meditation on the cultivation of empathy in psychotherapy: A qualitative inquiry* (Tesis Doctoral, Saybrook University).
<https://search.proquest.com/openview/0b5d92d38a6c5d970b087af25e24c2bb/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Alligood, M., y Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (7th ed.). Elsevier.
- Allport, G.W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Holt, Rinehart y Winston.
- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J. M., de Girolamo, G., Bruffaerts, R., Kovess, V., Matschinger, H., y Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118(1-3), 180-186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.006>
- Alvear, D. (2014). Mindfulness y Psicología Positiva. Un enlace para potenciar el bienestar. En A. Cebolla, J. García-Campayo, y M. de Marzo (Eds.), *Mindfulness y Ciencia* (pp. 173-189). Alianza.
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family Process*, 27(4), 371-393. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x>

Referencias bibliográficas

- Ando, M., Natsume, T., Kukihara, H., Shibata, H., y Ito, S. (2011). Efficacy of mindfulness-based meditation therapy on the sense of coherence and mental health of nurses. *Health*, 3(2), 118-122. <https://doi.org/10.4236/health.2011.32022>
- Andresen, R., Oades, L., y Caputi (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Angermeyer, M. C., y Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x>
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Aprendemos Juntos BBVA. (2020, 15 de abril). *La felicidad en tiempos de incertidumbre*. Sonja Lyubomirsky, doctora en Psicología y profesora [vídeo]. https://www.youtube.com/watch?v=noo2MB-vTBc&feature=emb_title
- Argyle, M. (1997). Is happiness a cause of health? *Psychological Health*, 12, 769-781. <https://doi.org/10.1080/08870449708406738>
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. En D. Kahneman y E. Diener (Eds.), *Well-being: the foundations of hedonic psychology* (pp. 353-373). Russell Sage Foundation.
- Aristóteles. (2007). *Ética nicomáquea*. RBA Libros.
- Badcock, J., Shah, S., Mackinnon, A., Stain, H., Galletly, C., Jablensky, A., y Morgan, V. (2015). Loneliness in psychotic disorders and its association with cognitive function and symptom profile. *Schizophrenia Research*, 169(1-3), 268-273. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.10.027>

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
<https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Barker, P. J. (2000). *The Tidal Model: Theory and practice*. University of Newcastle.
- Barker, P. J., y Buchanan-Barker, P. (2004). Beyond empowerment: Revering the storyteller. *Mental Health Practice*, 7(5), 18-20.
<https://doi.org/10.7748/mhp2004.02.7.5.18.c1788>
- Barker, P. J., y Buchanan-Barker, P. (Ed.), (2007). *Modelo Tidal Salud Mental, reivindicación y recuperación*. 1st ed. Traducción español por Servicio Andaluz de Salud.
- Barker, P. J., Stevenson, C., y Leamy, M. (2000). The philosophy of empowerment. *Mental Health Practice*, 20(9), 8-12.
- Barnes, S., Brown, K. W., Krusemark, E., Campbell, W. K., y Rogge, R. D. (2007). The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 482-500.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00033.x>
- Benítez, I. (2016). La evaluación de la calidad de vida: Retos metodológicos presentes y futuros. *Papeles del psicólogo*, 37(1), 69-73.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77844204009>
- Bergsma, A., y Veenhoven, R. (2011). The happiness of people with a mental disorder in modern society. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 1(1), 2.
<https://doi.org/10.1186/2211-1522-1-2>
- Bergsma, A., Veenhoven, R., Have, M., y de Graaf, R. (2011). Do they know how happy they are? On the value of self-rated happiness of people with a mental disorder. *Journal of Happiness Studies*, 12(5), 793-806. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9227-5>

Referencias bibliográficas

- Bobes, J., García-Portilla, M. P., Bascaran, M. T., Saiz, P. A., y Bousoño, M. (2007). Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 9(2), 215-226.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2007.9.2/jbobes>
- Borschmann, R., Greenberg, N., Jones, N., y Henderson, R. C. (2014). Campaigns to reduce mental illness stigma in Europe: A scoping review. *Die Psychiatrie*, 11(1), 43-50.
<https://doi.org/10.1055/s-0038-1670735>
- Borthwick-Duffy, S. (1992). Quality of Life and Quality of Care in Mental Retardation. *Mental Retardation in the Year 2000*, 52-66. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9115-9_4
- Buchanan, R. W., Kreyenbuhl, J., Kelly, D. L., Noel, J. M., Boggs, D. L., Fischer, B. A., Himelhoch, S., Fang, B., Peterson, E., Aquino, P. R., y Keller, W. (2010). Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 71-93. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp116>
- Buckland, H., Schepp, K., y Crusoe, K. (2013). Defining happiness for young adults with schizophrenia: A building block for recovery. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(5), 235-240. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.07.002>
- Buechter, R., Pieper, D., Ueffing, E., y Zschorlich, B. (2013). Interventions to reduce experiences of stigma and discrimination of people with mental illness and their caregivers (Protocol). *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2, 1-14.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd010400>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., y Wagner, C. (Eds.). (2013). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC* (6ª ed.). Elsevier España.
- Buhler, C. (1935). The curve of life as studied in biographies. *Journal of Applied Psychology*, 19,405-409.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65–72.
- Camps, V. (2001). *Una vida de calidad: reflexiones sobre bioética*. Crítica
- Casas, F., y Aymerich, M. (2005). Calidad de vida de las personas mayores. En S. Pinazo y M. Sánchez (Eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 117-146). Pearson.
- Cebolla, A. (2014). ¿Por qué y para qué sirve practicar mindfulness? Mecanismos de acción y eficacia. En A. Cebolla, J. García-Campayo y M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness y ciencia. De la tradición a la modernidad* (pp. 65-84). Alianza Editorial.
- Cebolla, A., Enrique, A., Alvear, D., Soler, J., y García-Campayo, J. (2017). Psicología positiva contemplativa: Integrando mindfulness en la psicología positiva. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 38(1), 12-18.
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2816>
- Choi, Y., Karremans, J. C., y Barendregt, H. (2012). The happy face of mindfulness: Mindfulness meditation is associated with perceptions of happiness as rated by outside observers. *Journal of Positive Psychology*, 7(1), 30-35.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2011.626788>
- Cohen, C. (1993). Poverty and the course of schizophrenia: implications for research and policy. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 951-958.
<https://doi.org/10.1176/ps.44.10.951>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., y Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>

Referencias bibliográficas

- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., y Rusch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P. W., y Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *The American Psychologist*, 54(9), 765-776. <https://doi.org/10.1037/2376-6972.1.S.2>
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., y Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187-195. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865>
- Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Cortés, B. (2011). Síndrome metabólico y antipsicóticos de segunda generación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 303-320. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000200009>
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., y Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World psychiatry*, 4(2), 106-113.
- Crisp, A. H., Gelder M. G., Rix S., Meltzer H. I., y Rowlands O. J. (2000). Stigmatization of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4-7. <https://doi.org/doi:10.1192/bjp.177.1.4>
- Cusack, E., Killoury, F., y Nugent, L. E. (2017). The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery-orientated policy in practice. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24, 93-104. <https://doi.org/10.1111/jpm.12347>

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Dauwman, M., Begemann, M. J. H., Heringa, S. M., y Sommer, I. E. (2016). Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 42(3), 588–599. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv164>
- De la Cruz-Sánchez, E., Feu, S., y Vizuete-Carrizosa, M. (2013). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas psychologica*, 12(1), 31-40. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-1.efab>
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. Norton.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y van Dierendock, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dickerson, F., Sommerville, J., Origoni, A., Ringel, N., y Parente, F. (2002). Experiences of Stigma Among Outpatients with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 143-155. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006917>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Diener, E., Diener, M., y Diener, C. (1995). Factors Predicting the Subjective Well-Being of Nations. *Social Indicators Research Series*, 69(5), 851-864. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2352-0_3
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Edmonds, E. C., Sirkin, A., Palmer, B. W., Eyler, L. T., Rana, B. K., y Jeste, D. V. (2018). Positive mental health in schizophrenia and healthy comparison groups: relationships

Referencias bibliográficas

- with overall health and biomarkers. *Aging and Mental Health*, 22(3), 354-362.
<http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1251572>
- Eglit, G., Palmer, B., Martin, A., Tu, X., y Jeste, D. (2018). Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLOS ONE*, 13(3), 1-20.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194021>
- Epicuro, García Gual, C., Lledó, E., y Hadot, P. (2013). *Filosofía para la felicidad*. Errata Naturae.
- Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle: selected papers. *Psychological Issues*, 1, 18-164.
- Escalada-Hernández, P., y Marín-Fernández, B. (2015). The nursing diagnosis disturbed thought processes in psychiatric patients: Prevalence and associated characteristics. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(3), 156-161.
<https://doi.org/10.1111/2047-3095.12091>
- Escalada-Hernández, P., Muñoz-Hermoso, P., González-Fraile, E., Santos, B., González-Vargas, J. A., Fera-Raposo, I., Girón-García, J. L., y García-Manso, M. (2015). A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. *Applied Nursing Research* 28(2), 92-98.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.05.006>
- Escalada-Hernández, P., Muñoz-Hermoso, P., y Marro-Larrañaga, I. (2013). Atención de enfermería a pacientes psiquiátricos. NANDA-NIC-NOC: una revisión de la literatura. *Revista ROL de Enfermería*, 36(3), 166-177.
- Felce, D., y Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16(1), 51-74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of Life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2(1), 57-65.
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española Salud Pública*, 84(2), 169-184.
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol84/vol84_2/RS842C_169.pdf
- Ferraz, R., Tavares, H., y Zilberman, M. (2007). Felicidade: Uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 234-242. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000500005>
- Fisch, R., Weakland, J., y Segal, L. (2010). *La Táctica del cambio*. Herder.
- Flick, U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa* (T. del Amo y C. Blanco, ed. y trad.). Morata. (Original publicado en 2007).
- Frauenfelder, F., Van Achterberg, T., y Müller-Staub, M. (2017). Nursing diagnoses related to psychiatric adult inpatient care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 463-475.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13959>
- Frauenfelder, F., Van Achterberg, T., Needham, I., y Müller-Staub, M. (2016). Nursing Diagnoses in Inpatient Psychiatry. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(1), 24-34. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12068>
- Friedman, P. (2004). *Forgiveness is a/the key to happiness, wellbeing and quality of life*. Comunicación presentada en el International Quality of Life Conference, Philadelphia, Pa.
- Friedman, P. (2005). *The Relative Contribution of Forgiveness, Gratitude, Prayer, and Spiritual Transcendence in Reducing Distress and Enhancing Well-Being, Quality of*

Referencias bibliográficas

- Life and Happiness*. Comunicación presentada en la 3rd Annual Mid-Year Research Conference on Religion and Spirituality, Columbia, M.
- Friedman, P., y Toussaint, L. L. (2006). *The Relationship between forgiveness, well-being, affect, and belief in a clinical population*. Comunicación presentada en la 4th Annual Mid-Year Research Conference on Religion and Spirituality. Columbia, MD.
- Fritz, M. M., y Lyubomirsky, S. (2017). Whither happiness? When, How, and Why Might Positive. En *The Social Psychology of Living Well Activities Undermine Well-Being*. (pp. 101-115). Routledge.
- Fundéu RAE. (1 de noviembre de 2016). *Los nombres de enfermedades se escriben en minúsculas*. [https://www.fundeu.es/recomendacion/los-nombres-de-enfermedades-se-escriben-en-minuscula/#:~:text=S%C3%AD%20se%20inician%20con%20may%C3%BAscula,e%20specifican%20variantes%20\(gripe%20A\)](https://www.fundeu.es/recomendacion/los-nombres-de-enfermedades-se-escriben-en-minuscula/#:~:text=S%C3%AD%20se%20inician%20con%20may%C3%BAscula,e%20specifican%20variantes%20(gripe%20A).).
- Garay, M., Pousa, V., y Perez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 459-475. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000300002>
- García, A., Díaz, I., Sánchez, C., García, M. C., López, E., López, S., Pujalte, M. L., y Martín, J. C. (2016). *Protocolo de monitorización y manejo de la salud física en personas con trastorno mental grave en Unidades de Rehabilitación de Salud Mental de Adultos*. Servicio Murciano de Salud.
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata.
- Gilbert, P. y Choden (2015). *Mindful compassion*. Robinson.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Girdler, S. J., Confino, J. E., y Woesner, M. E., (2019). Exercise as a Treatment for Schizophrenia: A Review. *Psychopharmacology bulletin*, 49(1), 56-69.
- González, R., Valle, A., Arce, R., y Fariña, F. (2010). *Calidad de vida, bienestar y salud*. Psicoeduca S.L. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4446.4726>
- Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J., Benson, H., Fricchione, G. L., y Hunink, M. M. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PloS one*, 10(4), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124344>
- Greenberg, J. S., Knudsen, K. J., y Aschbrenner, K. A. (2006). A memorial tribute: Prosocial family processes and the quality of life of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(12), 1771-1777. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.12.1771>
- Griffiths, K.M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., y Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing stigma associated with mental disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 13(2), 161-175. <https://doi.org/10.1002/wps.20129>
- Guedes de Pinho, L. G. D., Pereira, A., y Chaves, C. (2017). Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida de los individuos con esquizofrenia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, 1-7. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016031903244>
- Gutiérrez, J. (2011). Grupo de Discusión: ¿Prolongación, variación o ruptura con el focus group? *Cinta De Moebio: Revista Electrónica De Epistemología De Ciencias Sociales*, (41), 105-122. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2011000200001>
- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., y Kissling, W. (2005). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment?.

Referencias bibliográficas

- American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2382-2384.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2382>
- Hanh, T. (2007). *El milagro de mindfulness*. Espasa Libros.
- Helliwell, J., Layard, R., y Sachs, J. (2021). *World happiness report 2021*.
<https://worldhappiness.report/ed/2021/>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., y Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777-780.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Herdman, M., Badia, X., y Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención primaria*, 28(6), 425-429. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70406-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70406-4)
- Hirschberger, J. (2004). *Breve historia de la filosofía*. Herder.
- Hoertel, N., Rotenberg, L., Blanco, C., Camus, V., Dubertret, C., Charlot, V., Schürhoff, F., Vandel, P., y Limosin, F. (2020). A comprehensive model of predictors of quality of life in older adults with schizophrenia: results from the CSA study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01880-2>
- Huizing, E., Padilla, L., Mateo, I., y Cambil, J. (2012). *Intervenciones de promoción y protección de la salud general dirigidas a personas con trastorno mental grave*. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social.
- ISTAC. Instituto Canario de Estadística (2016). *Canarias en cifras 2016*.
https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/wp-content/uploads/pdf/2017/04/CanariasEnCifras_2016.pdf
- ISTAC. Instituto Nacional de Estadística (2015). *Encuesta de Salud de Canarias 2015*.
[http://www.datosdelanzarote.com/Uploads/doc/Encuesta-de-Salud-de-Canarias-\(2015\)-2016120511154059ESC-2015-Resultados.pdf](http://www.datosdelanzarote.com/Uploads/doc/Encuesta-de-Salud-de-Canarias-(2015)-2016120511154059ESC-2015-Resultados.pdf)

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books.
- Jeste, D. V., Palmer, B. W., Rettew, D. C., y Boardman, S. (2015). Positive Psychiatry: Its Time Has Come. *Journal Clinic Psychiatry*, 76(6), 675–683.
<https://doi:10.4088/JCP.14nr09599>
- Jorm, A.F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychology*, 67(3), 231-243.
<https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Juliá-Sanchis, R., Aguilera-Serrano, C., Megías-Lizancos, F., y Martínez-Riera, J. R. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria* 34(1), 81-86.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.014>
- Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul* (W. S. Dell y C. F. Baynes, ed. y trad.). Harcourt, Brace, y World.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. Hachette books.
- Kahneman, D., y Deaton, A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(38), 16489–16493. <https://doi.org/10.1073/pnas.1011492107>
- Kaminski, P., y Harty, C. (1999). From stigma to strategy. *Nursing Standard*, 13(38), 36- 40.
<https://doi.org/10.7748/ns1999.06.13.38.36.c2617>
- Kant, I. (2015). *Crítica a la razón práctica* (R. R. Aramayo, ed. y trad.). Titivillus. (Original publicado en 1788)
- Keyes, C., Ryff, C. D., y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.6.1007>

Referencias bibliográficas

- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M. A., Pakin, K., y Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Kong, F., Wang, X., y Zhao, J. (2014). Dispositional mindfulness and life satisfaction: The role of core self-evaluations. *Personality and Individual Differences*, 56(1), 165-169.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.09.002>
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., Leweis, G., Watkins, E., Brejcha, C., Cardy, J., Causley, A., Cowderoy, S., Evans, A., Gradinger, F., Kaur, S., Lanham, P., Morant, N., Shah, P., Sutton, H., ... Causley, A. (2015). Effectiveness and costeffectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386, 63-73.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4)
- Leahey, T. (1992). *Historia de la psicología Corrientes principales del pensamiento psicológico*. Debate.
- Leahey, T. (2013). *Historia de la psicología (7th ed., pp. 68-72)*. Pearson Educación.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, 294, de 6 de diciembre de 2018.
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training Manual*. The Guilford Press.
- Link, B. G. (2001). Stigma: Many mechanisms require multifaceted responses. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10(1), 8-11. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00008484>

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Lizán, L., y Reig, A. (1999). Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria*, 24(2), 75–82.
- Lizán, L., y Reig, A. (2002). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Atención Primaria*, 29(6), 378-384.
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)70587-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70587-8)
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of life Research*, 21(1), 161-165.
<https://doi.org/10.1007/s11136-011-9926-3>
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success?. *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Marwaha, S., y Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 337-349. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0762-4>
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). Van Nostrand.
- Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. Ediciones Díaz de Santos.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38.
- Miller, J. (1983). Objections to psychiatry: Dialogue with Thomas Szasz. En J. Miller, (Ed.), *States of mind: Conversations with psychological investigators*. British Broadcasting Corporation.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., y Corrigan, P. W. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. *Psychiatric Services*, 63(10), 974-981. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100459>

Referencias bibliográficas

- Moloney, P. (2018). La salud mental y el estigma en Europa. En *Mens Project Policy Papers*, 75-87.
- Morgan, V. A., Waterreus, A., Carr, V., Castle, D., Cohen, M., Harvey, C., Galleyty, C., Mackinnon, A., McGorry, P., McGrath, J. J., Neil, A. L., Saw, S., Badcock, J. C., Foley, D. L., Waghorn, G., Coker, S., y Jablensky, A. (2016). Responding to challenges for people with psychotic illness: Updated evidence from the Survey of High Impact Psychosis. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(2), 124-140. <https://doi.org/10.1177/0004867416679738>
- Morrison, A. P., Birchwood, M., Pyle, M., Flach, C., Stewart, S. L., Byrne, R., Patterson, P., Jones, B., Fowler, D., Gumley, A. I., y French, P. (2013). Impact of cognitive therapy on internalised stigma in people with at-risk mental states. *British Journal of Psychiatry*, 203(2), 140-145. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.123703>
- MSC. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. MSPSI.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., y Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense, S. A.
- NANDA International. (2010). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011*. Elsevier España.
- NANDA International. (2012). *Diagnósticos Enfermeros, 2012-2014: Definiciones y Clasificación*. Elsevier España.
- NANDA International. (2019). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2018-2020*. Elsevier España.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- NIMH. National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a model plan for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC.
- Neugarten, B. L. (1973). Personality change in late life: A developmental perspective. En C. Eisdorfer y M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 311-335). American Psychological Association.
- Newcomer, J. (2005). Second-Generation (Atypical) Antipsychotics and Metabolic Effects. *CNS Drugs*, 19(1), 1-93. <https://doi.org/10.2165/00023210-200519001-00001>
- Nietzsche, F. (2017). *El anticristo*. Libsa.
- O'Hanlon, W., y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones (8th ed.)*. Ediciones Paidós.
- Ørstavik, R. (2017). Helse i hvert smil?. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 137(9), 591. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0376>
- Paans, W., y Muller-Staub, M. (2015). Patients' Care Needs: Documentation Analysis in General Hospitals. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(4), 178–186. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12063>
- Palmer, B. W., Martin, A. S., Depp, C. A., Glorioso, D. K., y Jeste, D. V. (2014). Wellness within illness: happiness in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 159(1), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.027>
- Pawłowska, B., Fijałkowska-Kiecka, P., Potemska, E., Domański, M., y Lewczuk, E. (2015). Changes to psychosocial functioning as demonstrated by the patients diagnosed with schizophrenia covered by the psychiatric rehabilitation system. *Psychiatria Polska*, 49(6), 1191-1202. <https://doi.org/10.12740/PP/36019>
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Salvat, Editores S. A.
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., y Link, B. G. (2010). A disease like any other? A decade of change in public reactions to schizophrenia,

Referencias bibliográficas

- depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1321-1330. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>
- Pettigrew, T. F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual Review of Psychology*, 49, 65-85.
- Pettigrew, T. F., y Tropp, L. R. (2005). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(5), 751-783. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>
- Pinfold, V., Thornicroft, G., Huxley, P., y Farmer, P. (2005). Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International Review of Psychiatry*, 17(2), 123-131. <https://doi.org/10.1080/09540260500073638>
- Pintos, S. (2017). Riesgo cardiovascular, síndrome metabólico y calidad de vida en el paciente con trastorno mental grave. *Revista de enfermería y salud mental*, 7, 5-12. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2017.7.5>
- Puolakka, K., y Pitkänen, A. (2019). Effectiveness of psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing* 33(1), 73-82. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.07.001>
- Ramos, S. (2014). La calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y sus familias. Análisis Ramos bioético, conceptual y psicopatológico. *Eidon*, 42, 46-56. <https://doi.org/10.13184/eidon.42.2014.46-56>
- RAE. Real Academia Española. (s.f.). Felicidad. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 2 de abril de 2021, de <https://dle.rae.es/felicidad>
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., y Lysaker, P. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 131(1-3), 133-138. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.05.023>

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Rollason, V., y Vogt, N. (2003). Reduction of Polypharmacy in the Elderly A Systematic Review of the Role of the Pharmacist. *Drugs Aging*, 20(11), 817-832.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sadock, V. A., y Sadock, B. J. (2008). *Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría* (R. M. Artigot. ed. y trad.). Ovid Technologies.
- Saks, E. R. (2013, 25 de enero). *Successful and schizophrenic*. The New York Times.
http://pacificinstitute.org/pdf/Successful_Schizophrenic.pdf
- Salas, C., y Garzón, M. O. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36-46.
- Sánchez, N. (2019). Intervenciones de enfermería para reducir el estigma social en familias con personas con trastorno mental. Revisión Sistemática de la Literatura. *Ágora de enfermería*, 23(4), 188-191.
- Saperia, S., Da Silva, S., Siddiqui, I., McDonald, K., Agid, O., Remington, G., y Foussias, G. (2018). Investigating the predictors of happiness, life satisfaction and success in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 81(1), 42-47.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.11.005>
- Sayce, L. (2003) Beyond good intentions. Making anti-discrimination strategies work. *Disability y Society*, 18, 625-642. <https://doi.org/10.1080/0968759032000097852>

Referencias bibliográficas

- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2003). Aplicación a nivel individual del concepto de calidad de vida. En R. L. Schalock y M. A. Verdugo (Eds.), *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales* (pp. 309-330). Alianza.
- Schrank, B., Bird, V., Tylee, A., Coggins, T., Rashid, T., y Slade, M. (2013). Conceptualising and measuring the wellbeing of people with psychosis: systematic review and narrative synthesis. *Social Science Medicine* 92, 9–21.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.011>
- Schroevens, M. J., y Brandsma, R. (2010). Is learning mindfulness associated with improved affect after mindfulness based cognitive therapy? *British Journal of Psychology*, 101(1), 95- 107. <https://doi.org/10.1348/000712609X424195>
- SCS. Servicio Canario de Salud. (2019). *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*.
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=d2141dc6-496c-11e9-910b-f705e6f363c5&idCarpeta=0428f5bb8968-11dd-b7e9-158e12a49309>
- Seabra, P., Sarreira-Santos, A., Medeiros-Garcia, L., Costa, A., Cardoso, I., y Figueiredo, A. S. (2018). A felicidade em pessoas com doença mental: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 45-53.
<https://doi.org/10.19131/rpesm.0201>
- Sears, S., y Kraus, S. (2009). I think therefore I am: Cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 561–573.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20543>
- Segal, Z., Williams, M., y Tasdale, J. (2014). *Terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión*. Kairos.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., y Sutela, M. (1995).
Treating psychosis by means of open dialogue. En S. Friedman (Ed.), *The Reflective Process in Action: Collaborative Practice in Family Therapy* (pp. 62–80). Guilford.
- Seligman, M. (2011). *Florecer*. Océano exprés.
- Serrano-Gallardo, P., Lizán-Tudela, L., Díaz-Olalla, J. M., y Otero, A. (2009). Valores poblacionales de referencia de la versión española de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida en población adulta urbana. *Medicina Clínica*, 132(9), 336-343.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2008.04.009>
- Shepherd, G., Boardman, J., y Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. Sainsbury Centre for Mental Health.
- Simón, V. (2014). El reencuentro científico con la compasión. En A. Cebolla, García-Campayo y M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness y ciencia* (pp. 191-225). Alianza Editorial.
- SINC La Ciencia es Noticia. (4 de junio de 2018). *¿Es España un país feliz?* [comunicado de prensa]. <https://www.agenciasinc.es/Noticias/Es-Espana-un-pais-feliz>
- Stain, H., Galletly, C. A., Clark, S., Wilson, J., Killen, E. A., Anthes, L., Campbell, L. E., Halon, M. C., y Harvey, C. (2012). Understanding the social costs of psychosis: The experience of adults affected by psychosis identified within the second Australian national survey of psychosis. *Australian y New Zealand Journal Of Psychiatry*, 46(9), 879-889. <https://doi.org/10.1177/0004867412449060>
- Stevenson, C., Jackson, S., y Barker, P. (2003). Finding solutions through empowerment: A preliminary study a solution- oriented approach to nursing in acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(6), 688-696.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00644.x>
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Veronese, N., Solmi, M., Brand, S., Cordes, J., Malchow, B., Gerber, M., Schmitt, A., Correll, C. U., De Hert, M.,

Referencias bibliográficas

- Gaughran, F., Schneider, F., Kinnafick, F., Falkai, P., Möller, H., y Kahl, K. G. (2018). EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *European Psychiatry*, 54(1), 124-144. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.07.004>
- Szasz, T.S. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Hoeber-Harper.
- Szasz, T.S. (2000). The case against psychiatric power. En. P. J. Barker y C. Stevens (Eds.) *The construction of power and authority in psychiatry*. Butterworth Heinemann.
- Thomé, E. S., Centena, R. C., Behenck, A. S., Marini, M., y Heldt, E. (2014). Applicability of the NANDA-I and Nursing Interventions Classification taxonomies to mental health nursing practice. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(3), 168-172. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12033>
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., y Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20(2), 304-310.
- Tosh, G., Clifton, A. V., Xia, J., y White, M. M. (2014). Physical health care monitoring for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), 1-28. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008298.pub3>
- Trujillo, S., Tobar, C., y Lozano, M. (2004). Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. *Universitas Psychologica*, 3(1), 89-98.
- Tsang, H. W. H., Ching, S. C., Tang, K. H., Lam, H. T., Law, P. Y. Y., y Wan, C. N. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 173(1-2), 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.013>

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- Uribe, M., y Zubieta, A. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud: percepciones, experiencias y satisfacción vital. En M. López Cervantes (Ed.), *Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos. Encuesta Nacional de Salud* (pp. 107-131). Universidad Nacional de México.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 358-365. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Urzúa, A., y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Vago, D. R., y Silbersweig, D. A. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6(296), 1-30. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00296>
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., y Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.011>
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., y Sells, M. (2007). Self-Stigma in People with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312–1318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>
- Watzlawick, P. (2012). *El lenguaje del cambio* (M. Villanueva, ed. y trad.). Herder. (Original publicado en 2002).
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., y Jackson, D. D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Herder.

Referencias bibliográficas

- Weiner, A., Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., Baloush-Kleinman, V., Maoz, H., y Yanos, P. (2010). Housing Model for Persons with Serious Mental Illness Moderates the Relation Between Loneliness and Quality of Life. *Community Mental Health Journal*, 46(4), 389-397. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9279-3>
- White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós Ibérica.
- Wittgenstein, L. (2017). *Investigaciones filosóficas* (A. García, ed. y trad.). Editorial Trotta. (Original publicado en 1953).
- WHO. World Health Organization. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>
- WHO. World Health Organization. (2011). The happiness effect. *Bull World Health Organ* (89), 246-247. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.020411>
- WHO. World Health Organization. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- WHOQOL. World Health Organization Quality of Life Assessment. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*, 2, 153-159.
- WHOQOL. World Health Organization Quality of Life Assessment. (1995). Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403 – 1409.
- WHOQOL. World Health Organization Quality of Life Assessment. (1996). ¿Qué calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud*, 17, 385-387. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
- Yamauchi, K., Aki, H., Tomotake, M., Iga, J. I., Numata, S., Motoki, I., Izaki, Y., Tayoshi, S., Kinouchi, S., Sumitani, S., Tayoshi, S., Takikawa, Y., Kaneda, Y., Taniguchi, T., Ishimoto, Y., Ueno, S., y Ohmori, T. (2008). Predictors of subjective and objective

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

- quality of life in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(4), 404-411. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01818.x>
- Yanos, P., Stefanic, A., y Tsemberis, S. (2011). Psychological community integration among people with psychiatric disabilities and nondisabled community members. *Journal Of Community Psychology*, 39(4), 390-401. <https://doi.org/10.1002/jcop.20441>
- Yanos, P., Stefanic, A., y Tsemberis, S. (2012). Objective Community Integration of Mental Health Consumers Living in Supported Housing and of Others in the Community. *Psychiatric Services*, 63(5), 438-444. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100397>
- Zhang, J. P., Gallego, J. A., Robinson, D. G., Malhotra, A. K., Kane, J. M., y Correll, C. U. (2013). Efficacy and safety of individual second-generation vs. first-generation antipsychotics in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 16(6), 1205-1218. <https://doi.org/10.1017/S1461145712001277>

Índice de tablas y figuras

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.....	33
Tabla 2 Características sociodemográficas	72
Tabla 3 Perfil de los participantes del grupo focal.....	74
Tabla 4 Perfil de los participantes de la entrevista individual	77
Tabla 5 Entrevista sobre el significado de felicidad	101
Tabla 6 Consistencia interna Alfa de Cronbach del Cuestionario de Valoración de la Salud y Percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de las personas con Trastorno Mental grave (C-VS-PCVRS-TMG) si se elimina el elemento.....	112
Tabla 7 Características demográficas de la muestra y frecuentación a la USMC de La Laguna	113
Tabla 8 Frecuencia de visitas a la USMC de La Laguna de la muestra	113
Tabla 9 Características demográficas	114
Tabla 10 Características de convivencia	114
Tabla 11 Apoyo principal.....	115
Tabla 12 Nivel de estudios	115
Tabla 13 Situación laboral.....	116
Tabla 14 Situación económica	116
Tabla 15 Clasificación según el TMG	117
Tabla 16 Inicio de la enfermedad, según grupos de edad	117
Tabla 17 Cronicidad de la enfermedad, según número de años de enfermedad	118
Tabla 18 Número de ingresos hospitalarios	118
Tabla 19 Año del último ingreso hospitalario	119
Tabla 20 Visita al servicio urgencias (durante el mes previo a la encuesta)	120
Tabla 21 Problemas de salud	120
Tabla 22 Estado ponderal (peso).....	121
Tabla 23 Presencia de hábitos no saludables	121
Tabla 24 Consumo de sustancias psicoactivas	122
Tabla 25 Planes terapéuticos	122
Tabla 26 Adherencia al tratamiento farmacológico	123
Tabla 27 Incumplimiento de las pautas terapéuticas.....	123
Tabla 28 Tratamientos farmacológicos	124
Tabla 29 Tratamiento inyectable depot	125
Tabla 30 Presencia de efectos adversos	125
Tabla 31 Uso de recursos asistenciales de salud mental.....	126
Tabla 32 Uso de los diferentes recursos asistenciales	126

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Tabla 33 Número total de etiquetas de diagnósticos de enfermería de NANDA-I asignada a cada persona (hasta 26 diagnósticos)	127
Tabla 34 Etiquetas de diagnósticos de enfermería de NANDA-I ordenadas según su frecuencia (26 diagnósticos) y su relación con el TMG	128
Tabla 35 Frecuencia de etiquetas de diagnóstico de enfermería de NANDA-I por Dominios de NANDA-I.....	129
Tabla 36 Número total de etiquetas de clasificación de intervenciones de enfermería NIC asignada a cada persona (hasta 40 intervenciones).....	130
Tabla 37 Etiquetas de clasificación de intervenciones de enfermería NIC ordenadas según la frecuencia (40 intervenciones) y su relación con el TMG	131
Tabla 38 Frecuencia de intervenciones de enfermería NIC según agrupación por categorías de Dominios NIC	132
Tabla 39 Puntuación total del Cuestionario COOP/WONCA: General de CDV (entre 10 y 50, puntuaciones menores relacionadas con mejor estado).....	133
Tabla 40 Dimensiones del cuestionario COOP/WONCA	134
Tabla 41 Frecuencia de las etiquetas diagnósticas de enfermería (NANDA-I) más frecuentes, según el tipo de trastorno mental grave. Pruebas de Chi-cuadrado.....	140
Tabla 42 Frecuencia de las intervenciones de enfermería NIC más frecuentes, según el tipo de trastorno mental grave. Pruebas de Chi-cuadrado	141
Tabla 43 Correlaciones entre las 10 dimensiones de las láminas COOP/WONCA de calidad de vida	144
Tabla 44 ANOVA de un factor para COOP Actividad física y la edad	146
Tabla 45 ANOVA de un factor para COOP Cuidados personales: lavarse y vestirse y la edad	147
Tabla 46 ANOVA de un factor para COOP Cambios en el estado de salud y la edad	148
Tabla 47 ANOVA de un factor para COOP Estado de salud y la edad	149
Tabla 48 Porcentaje de valoración de la escala COOP y la frecuencia de los siguientes hábitos no saludables. Pruebas de Chi-cuadrado	156
Tabla 49 Porcentaje de valoración de la escala COOP y la frecuencia de los siguientes hábitos no saludables. Pruebas de Chi-cuadrado	156
Tabla 50 ANOVA de un factor para sumatorio COOP y antipsicótico, 1ª y 2ª generación y ninguno	165
Tabla 51 Escalas COOP/WONCA y el tratamiento terapéutico prescrito. Pruebas de Chi-cuadrado	167
Tabla 52 Escalas COOP/WONCA y el tratamiento terapéutico prescrito. Pruebas de Chi-cuadrado	167
Tabla 53 Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado.....	173

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Índice de tablas y figuras

Tabla 54 Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado.....	174
Tabla 55 Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado.....	174
Tabla 56 Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado.....	174
Tabla 57 Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado.....	175
Tabla 58 Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado.....	175
Tabla 59 Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado.....	175
Tabla 60 Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado.....	176
Tabla 61 Frecuencia de valoración de las láminas COOP/WONCA, según las intervenciones de enfermería NIC. Pruebas de Chi-cuadrado.....	176
Tabla 62 Deterioro de la interacción social y el resto de etiquetas de NANDA-I. Correlación entre ellas, según prueba Phi	177
Tabla 63 Ansiedad y el resto de etiquetas de NANDA-I. Correlación entre ellas, según prueba Phi	178
Tabla 64 Disposición para mejorar la gestión de la salud y el resto de etiquetas de NANDA-I. Correlación entre ellas, según prueba Phi	178
Tabla 65 Gestión ineficaz de la salud y el resto de etiquetas de NANDA-I. Correlación entre ellas, según prueba Phi.....	179
Tabla 66 Tendencia a adoptar conductas de riesgo y el resto de etiquetas de NANDA-I. Correlación entre ellas, según prueba Phi.	179
Tabla 67 Déficit de las actividades recreativas y el resto de etiquetas de NANDA-I. Correlación entre ellas, según prueba Phi	180
Tabla 68 Obesidad y el resto de etiquetas de NANDA-I. Correlación entre ellas, según prueba Phi	180
Tabla 69 NIC Escucha activa y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi.....	181
Tabla 70 NIC Administración de medicación intramuscular y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi	181
Tabla 71 NIC Educación para la salud y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi	182

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Tabla 72 NIC Manejo de la conducta y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi	182
Tabla 73 NIC Manejo de la medicación y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi	183
Tabla 74 NIC Fomentar la resiliencia y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi	183
Tabla 75 NIC Monitorización de los signos vitales y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi	184
Tabla 76 NIC Intervención en caso de crisis y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi	184
Tabla 77 NIC Fomento del ejercicio y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi	185
Tabla 78 NIC Disminución de la ansiedad y el resto de intervenciones de enfermería NIC. Correlación entre ellas, según prueba Phi	185
Tabla 79 Frecuencia de hábitos no saludable, según las etiquetas de NANDA-I asignadas. Pruebas de Chi-cuadrado.....	192
Tabla 80 Frecuencia de hábitos no saludable, según las intervenciones de enfermería NIC realizadas. Pruebas de Chi-cuadrado	193
Tabla 81 Frecuencia de los problemas de salud, según el sexo. Pruebas de Chi-cuadrado	202
Tabla 82 Frecuencia de hábitos no saludables, según el sexo. Pruebas de Chi-cuadrado	203
Tabla 83 Frecuencia de estado ponderal, según el sexo. Pruebas de Chi-cuadrado	203
Tabla 84 Frecuencia de los problemas de salud según las personas polimedicadas (≥ 4). Pruebas de Chi-cuadrado.....	205
Tabla 85 Felicidad: categorías y subcategorías	211
Tabla 86 Concepto de felicidad: categorías y subcategorías	214
Tabla 87 Experiencias relacionadas con la felicidad: categorías y subcategorías.....	229
Tabla 88 Eventos biográficos significativos: categorías y subcategorías.....	233
Tabla 89 Estrategias para alcanzar la felicidad: categorías y subcategorías.....	237
Tabla 90 Sociedad: categorías y subcategorías	242
Tabla 91 Salud y felicidad: categorías y subcategorías	245
Tabla 92 ¿Es feliz cualquier persona independientemente de la enfermedad que tenga? ¿y con un trastorno mental?	245
Tabla 93 Significado de la enfermedad: categorías y subcategorías	248
Tabla 94 Rechazo social: categorías y subcategorías.....	252
Tabla 95 Servicios de salud mental y estigma: categorías y subcategorías.....	255

Índice de tablas y figuras

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Triangulación de métodos y recogida de datos	69
Figura 2. Felicidad: nube de palabras.....	210
Figura 3. Mapa jerárquico sobre el concepto de felicidad	213
Figura 4. Emociones positivas y negativas relacionadas con la felicidad: nube de palabras.....	222
Figura 5. Concepto: mapa jerárquico	226
Figura 6. Triangulación de métodos y datos de la dimensión personal.....	227
Figura 7. Triangulación de métodos y datos de la dimensión interpersonal-relacional	228
Figura 8. Experiencias relacionadas con la felicidad: mapa jerárquico	232
Figura 9. Eventos biográficos significativos: mapa jerárquico	236
Figura 10. Estrategias para alcanzar la felicidad: mapa jerárquico.....	241
Figura 11. Sociedad: mapa jerárquico	244
Figura 12. Salud y felicidad: mapa jerárquico	247
Figura 13. Significado de la enfermedad: mapa jerárquico	251
Figura 14. Rechazo social: mapa jerárquico	254
Figura 15. Servicios de salud mental y estigma: mapa jerárquico.....	256

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AFES: Asociación de familiares de enfermos de salud mental

COOP/WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians/World Organization of Family Doctors

CRPS: Centro de Rehabilitación Psicosocial

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

C-VS-PCVRS-TMG: Cuestionario de Valoración de la Salud y Percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de las personas con Trastorno Mental grave

DECS: Descriptores en Ciencias de la Salud

ECA: Equipo Comunitario Asertivo

EPA: European Psychiatric Association

HAIN: Happiness Index

HTA: Hipertensión arterial

IBM: intervenciones basadas en mindfulness

IMC: Índice de masa corporal

INE: Instituto Nacional de Estadística

ISTAC: Instituto Canario de Estadística

MENS: Mental European Network of Sport events

MeSH: Medical Subject Headings

MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo

MSPSI: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

NANDA-I: North American Nursing Diagnosis Association International

NIC: Nursing Interventions Classification

NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos

Índice de Abreviaturas

NOC: Nursing Outcomes Classification

RAE: Real Academia Española

SCS: Servicio Canario de Salud

SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

TMG: Trastorno Mental Grave

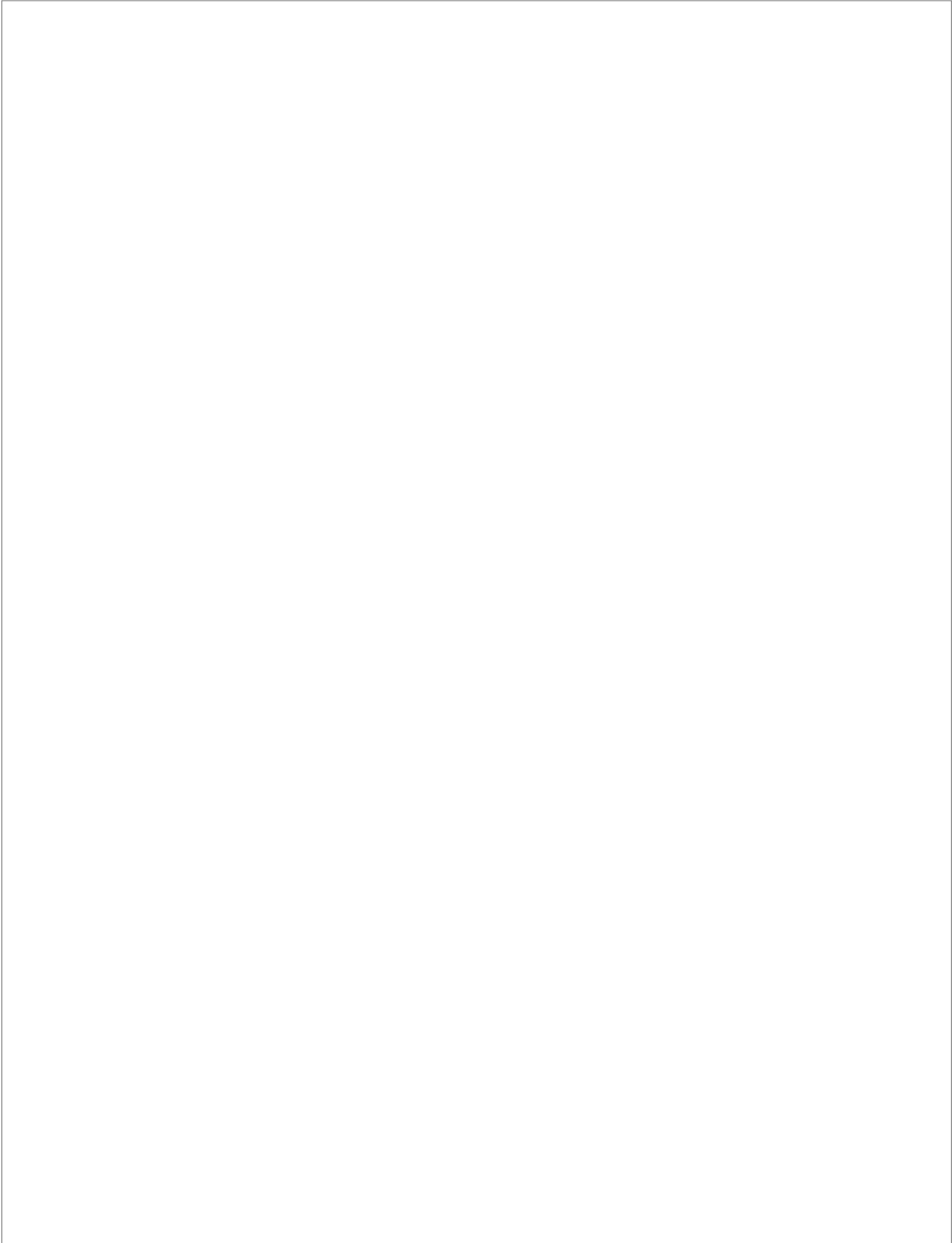
ULL: Universidad de La Laguna

USM: Unidad de Salud Mental

USMC: Unidad de Salud Mental Comunitaria

WHO (OMS): World Health Organization

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

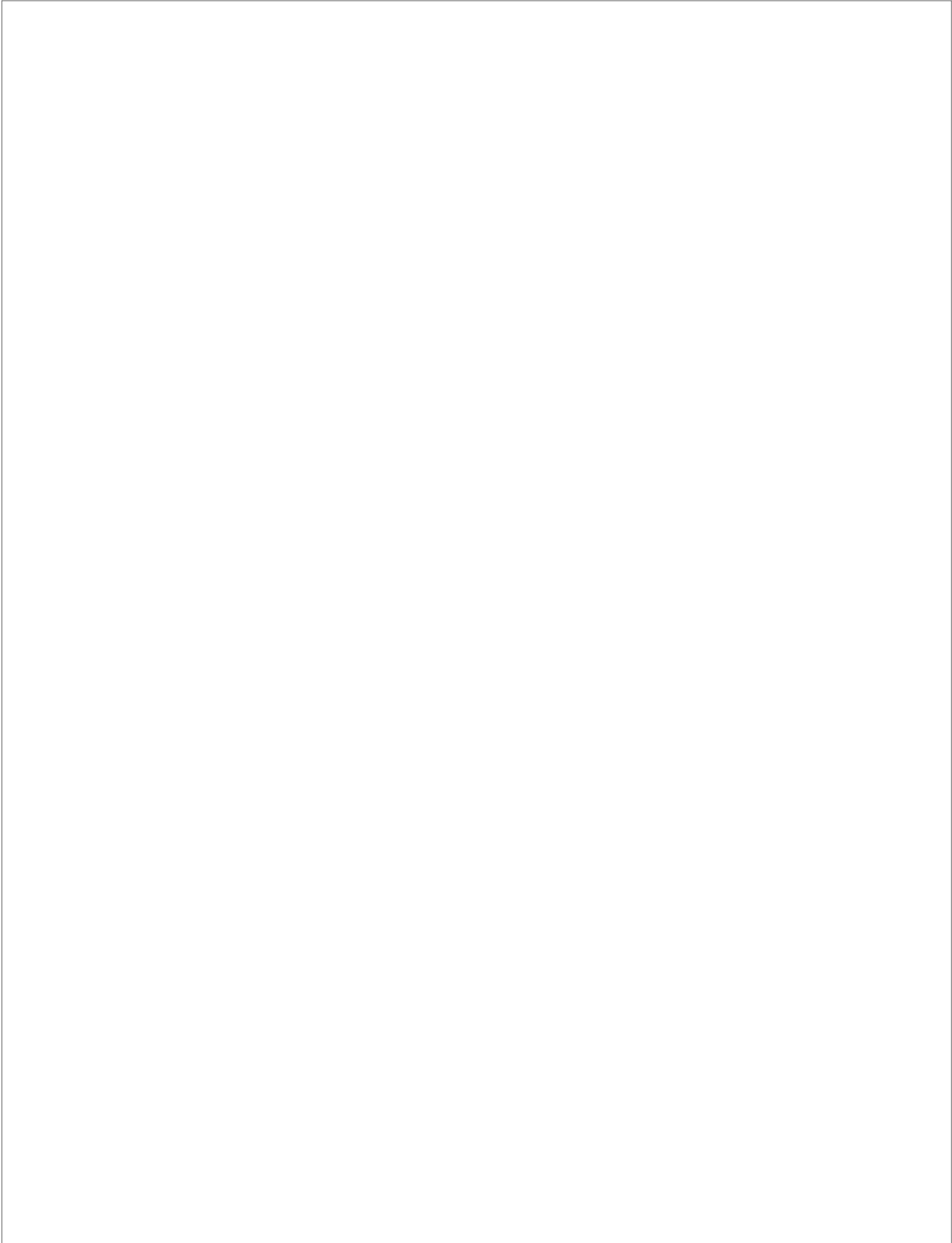
ANEXOS

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ---/--/-- --:--:--



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ---/--/-- --:--:--

Anexo 1

Cuestionario de valoración de la salud y percepción de calidad de vida relacionada con la salud de las personas con trastorno mental grave (C-VS-PCVSRS-TMG)

1. Código

2. Número de visitas USMC en el último año

3. Edad

4. Sexo

Marca solo un óvalo.

Hombre

Mujer

5. Estado civil

Marca solo un óvalo.

Soltero/a

Casado/a

Separado/a-divorciado/a

Convive en pareja

Otros

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

6. Número de hijos/as

7. Convivencia

Marca solo un óvalo.

- Solo/a
 Familia
 Piso tutelado
 Residencia de Salud Mental
 Residencia de mayores
 Sin domicilio
 Otros

8. Número de personas que conviven

9. Apoyo principal

Selecciona todos los que correspondan.

- Madre
 Padre
 Hijos/as
 Hermanos/as
 Pareja/conyuge
 Vecinos/as
 Amigos/as
 Ninguno

Otro: _____

Anexos

10. Nivel de estudios

Marca solo un óvalo.

- Analfabeto/a
 Sabe leer y escribir
 Estudios primarios
 Estudios secundarios/FP/ Ciclos formativos
 Estudios universitarios

11. Situación laboral actual

Marca solo un óvalo.

- Trabaja
 Desempleo
 Incapacitación laboral
 Ocasional/ esporádico
 Estudiante
 Jubilado/a

12. ¿Ha trabajado?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

13. ¿En qué ha trabajado?

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

14. Situación económica

Marca solo un óvalo.

- Ingresos por actividad laboral
 Recibe prestación económica
 No recibe prestación económica
 Otros

15. Cuantía ingreso individual

16. Cuantía ingresos familiares

17. Recursos asistenciales

Selecciona todos los que correspondan.

- CRPS
 Centros de Día
 Atención del ECA
 Asociaciones de familiares
 Talleres ocupacionales
 Formación /empleo

18. Hábitos de vida no saludables

Selecciona todos los que correspondan.

- Sueño < de 6 horas
 Tabaco
 Consumo de alcohol
 Consumo de otras sustancias
 No realización de ejercicio físico
 Consumo de café (>3)
 Consumo de azúcares (refrescos, golosina, bollería...)

Anexos

Datos clínicos

19. Diagnóstico TMG

Marca solo un óvalo.

- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes
 Trastorno afectivo (T. bipolar y T. depresivo)
 Trastorno de la personalidad
 Otro: _____

20. Edad de inicio de la enfermedad

21. Número de ingresos

22. Año del último ingreso

23. Visita al servicio urgencias recientes (menos de un mes)

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

24. Problemas de salud

Selecciona todos los que correspondan.

- Diabetes
- HTA
- Obesidad
- Problemas tiroides
- Dislipemia
- Problemas respiratorios (EPOC, Asma...)
- Problemas reumatológicos
- Anemia
- P. infecciosa (VIH, Hepatitis B, hepatitis C)

Otro: _____

25. Polimedicación (4 o más fármacos)

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

26. Número de tratamientos psiquiátricos

27. Número de tratamientos somáticos

Anexos

28. Diagnóstico de enfermería

Selecciona todos los que correspondan.

- 00052 Deterioro de la interacción social
- 00053 Aislamiento social
- 00069 Afrontamiento ineficaz
- 00071 Afrontamiento defensivo
- 00078 Gestión ineficaz de la salud
- 00079 Incumplimiento
- 00080 Gestión ineficaz del régimen familiar
- 00095 Insomnio
- 00097 Déficit de las actividades recreativas
- 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud
- 00101 Deterioro generalizado del adulto
- 00124 Desesperanza
- 00128 Confusión aguda
- 00130 Trastorno de los procesos del pensamiento*
- 00138 Riesgo de violencia dirigida a otros
- 00140 Riesgo de violencia autodirigida
- 00146 Ansiedad
- 00148 Temor
- 00150 Riesgo de suicidio
- 00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud
- 00173 Riesgo de confusión aguda
- 00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo
- 00193 Descuido personal
- 00198 Trastorno del patrón del sueño
- 00210 Deterioro de la resiliencia
- 00232 Obesidad
- 00233 Sobrepeso
- 00251 Labilidad emocional

29. Tratamiento

Selecciona todos los que correspondan.

- Farmacológico oral
- Farmacológico inyectable
- Psicológico
- Intervenciones de enfermería
- Programa de entrenamiento en técnicas de relajación
- Programa de ejercicio físico
- Atención psicológica en Centros de Día y CRPS
- Programa de entrenamiento en mindfulness

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

30. Intervenciones de enfermería

Selecciona todos los que correspondan.

- 200 Fomento del ejercicio
- 5246 Asesoramiento nutricional
- 1280 Ayuda para disminuir de peso
- 5614 Enseñanza dieta prescrita
- 1850 Mejorar el sueño
- 2313 Administración de medicación: intramuscular
- 2304 Administración de medicación: oral
- 2380 Manejo de la medicación
- 4420 Acuerdo con el paciente
- 4380 Establecer límites
- 4350 Manejo de la conducta
- 4354 Manejo de la conducta: autolesión
- 4640 Ayuda para el control del enfado
- 4820 Orientación de la realidad
- 4700 Reestructuración cognitiva
- 4920 Escucha activa
- 5020 Mediación de conflictos
- 5328 Visitas domiciliarias de apoyo
- 5270 Apoyo emocional
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones
- 5240 Asesoramiento
- 6160 Intervención en caso de crisis
- 5230 Mejora del afrontamiento
- 5400 Potenciación de la autoestima
- 5510 Educación para la salud
- 5820 Disminución de la ansiedad
- 5880 Técnica de relajación
- 6340 Prevención del suicidio
- 6510 Manejo de las alucinaciones
- 6450 Manejo de las ideas delirantes
- 6440 Manejo del delirio
- 6680 Monitorización de los signos vitales
- 8340 Fomentar la resiliencia
- 7140 Apoyo a la familia
- 7040 Apoyo al cuidador principal
- 8180 Consulta por teléfono
- 8020 Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- 7960 Intercambio de información de cuidados de salud
- 8190 Seguimiento telefónico
- 8700 Desarrollo de un programa

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.

Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Anexos

31. Tratamiento inyectable depot

Marca solo un óvalo.

SI

NO

32. Tipo

Marca solo un óvalo.

Zuclopentixol

Flufenazina

Risperidona

Aripripazol

Paliperidona (Xeplion)

Paliperidona (Trevicta)

33. Cumplimiento tratamiento farmacológico

Marca solo un óvalo.

Adecuado

Adecuado para parenteral , no para tratamiento oral

Adecuado para oral , no para tratamiento parenteral

Inadecuado

34. Incumplimiento

Selecciona todos los que correspondan.

Ninguno

Inyectable

Tratamiento Oral

Retrasos

Dieta

Ejercicio

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

35. Efectos adversos

Selecciona todos los que correspondan.

- Metabólicos
- Neurológicos
- Sexuales
- Cardiovasculares
- Hematológicos

36. Consumo sustancias psicoactivas actual

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No lo sabe

37. ¿Consumió sustancias psicoactivas?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No lo sabe

38. IMC

Percepción de calidad de vida relacionada con la salud (COOP/WONCA)

39. Forma física

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Sentimientos

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Actividades cotidianas

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. Cuidados personales: lavarse y vestirse

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. Actividades sociales

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

44. Cambios en el estado de salud

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. Estado de salud

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46. Dolor

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. Apoyo social

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. Calidad de vida

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

345

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/--/-- --:--:--

Anexo 2

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Calidad de vida y bienestar en personas con Trastorno Mental Grave en seguimiento en las consultas de enfermería de la Unidad de Salud Mental de La Laguna”

INVESTIGADORA PRINCIPAL

Eva Lourdes Díaz Hernández, Enfermera Especialista en Salud Mental
alu0101283999@ull.edu.es
Servicio: Psiquiatría del CHUC

CENTRO: Unidad de Salud Mental de La Laguna

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación correspondiente.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente 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

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con los profesionales ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Con este estudio se espera aumentar el conocimiento sobre las personas que padecen un Trastorno Mental Grave en relación a su percepción de calidad de vida y bienestar, tras el análisis de la información aportada por los cuestionarios y escalas, con el fin de elaborar un perfil descriptivo de personas con Trastorno Mental Grave que acuden a la Unidad de Salud Mental de La Laguna.

Los sujetos del estudio serán personas atendidas en esta unidad de salud mental, en los años 2018-2019, con Trastorno Mental Grave, que incluye esquizofrenia, trastorno del espectro psicótico, trastorno del estado del ánimo y trastornos de personalidad. Muestra de 150 sujetos.

Se realizará un estudio descriptivo con recogida de datos, así como escalas de calidad de vida y bienestar, y previo a la aceptación del consentimiento informado. Quedarán excluidos del estudio personas con deterioro cognitivo, descompensación psicopatológica, personas tuteladas, y aquellos que rechacen participar en el mismo.

Se generará una base de datos informatizada en la cual se volcará las variables y posteriormente se emplearán las técnicas pertinentes, para el análisis estadístico a nivel descriptivo permitiendo proporcionar los principios para comunicar apropiadamente los resultados, conclusiones y recomendaciones.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

CONFIDENCIALIDAD

Con la aplicación de la nueva legislación en la UE sobre datos personales, en concreto el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD), es importante que conozca la siguiente información:

- Además de los derechos que ya conoce (acceso, modificación, oposición y cancelación de datos) ahora también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted. ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Le recordamos que los datos no se pueden eliminar, aunque deje de participar en el estudio para garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales y los requisitos de autorización de medicamentos. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho/a.

- Tanto el Centro como la Investigadora son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir con la normativa de protección de datos en vigor. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluya información que pueda identificarle, y sólo la investigadora del estudio/colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a ninguna otra persona salvo a las autoridades sanitarias, cuando así lo requieran o en casos de urgencia médica. Los Comités de Ética de la Investigación, los representantes de la Autoridad Sanitaria en materia de inspección, únicamente podrán acceder para comprobar los datos personales, los procedimientos del estudio clínico y el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica (siempre manteniendo la confidencialidad de la información).

La Investigadora está obligada a conservar los datos recogidos para el estudio al menos hasta 25 años tras su finalización. Posteriormente, su información personal solo se conservará por el centro para el cuidado de su salud y para otros fines de investigación científica si usted hubiera otorgado su consentimiento para ello, y si así lo permite la ley y requisitos éticos aplicables.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (nombre y apellidos)

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....

(nombre de la investigadora)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del paciente:

Nombre:

Fecha:

Firma de la investigadora:

Nombre:

Fecha:

348

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Anexo 3

Viñetas COOP/WONCA

Versión española de L. Lizán y A. Reig

Versión G. Duarte para la lámina de Cuidados Personales: aseo y vestido

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>





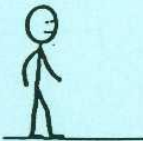
Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

FORMA FISICA






Durante las 2 últimas semanas...
¿Cuál ha sido la máxima actividad física que
pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo: correr de prisa)		1
Intensa (por ejemplo: correr con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo: caminar a paso rápido)		3
Ligera (por ejemplo: caminar despacio)		4
Muy ligera (por ejemplo: caminar lentamente o no poder caminar)		5

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

SENTIMIENTOS






Durante las 2 últimas semanas...
¿En qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5

ACTIVIDADES COTIDIANAS

Durante las 2 últimas semanas...

¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?






Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no he podido hacer nada		5

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

CUIDADOS PERSONALES: LAVARSE Y VESTIRSE

Durante las dos últimas semanas...

¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades de cuidado personal como lavarse o vestirse a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no he podido hacer nada		5

353

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/--/-- --:--:--

ACTIVIDADES SOCIALES

Durante las 2 últimas semanas...











¿Su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

No; nada, en absoluto		1
Ligeramente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor	 	1
Un poco mejor	 	2
Igual, por el estilo	 	3
Un poco peor	 	4
Mucho peor	 	5

355

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>






Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

ESTADO DE SALUD






Durante las 2 últimas semanas...
¿Cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Dolor

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánto dolor ha experimentado?

Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

357

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

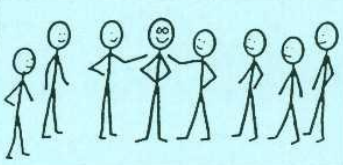
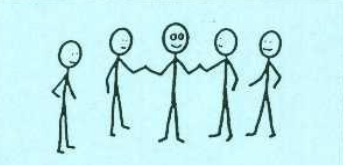

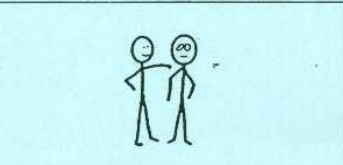
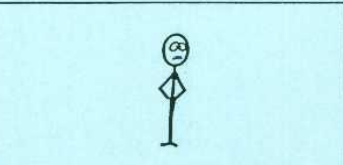
Fecha: ----/-- --:--:--

APOYO SOCIAL

Durante las 2 últimas semanas...

¿Había alguien dispuesto a ayudarle si necesitaba y quería ayuda? Por ejemplo, si:

- se encontraba nervioso, solo o triste
- caía enfermo y tenía que quedarse en la cama
- necesitaba hablar con alguien
- necesitaba ayuda con las tareas de la casa
- necesitaba ayuda para cuidar de sí mismo

Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme		1
Sí, bastante gente		2
Sí, algunas personas		3
Sí, alguien había		4
No, nadie en absoluto		5

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

CALIDAD DE VIDA
¿Qué tal le han ido las cosas durante las últimas 2 semanas?

Estupendamente: no podían ir mejor	1
Bastante bien	2
A veces bien, a veces mal. Bien y mal a partes iguales	3
Bastante mal	4
Muy mal: no podían haber ido peor	5

Anexo 4

MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPOS FOCALES

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

Usted ha sido invitado a participar en el Proyecto de investigación, titulado “Calidad de vida y bienestar en personas con Trastorno Mental Grave en seguimiento en las consultas de enfermería de la Unidad de Salud Mental de La Laguna”, cuyo investigador responsable es Eva L. Díaz Hernández. El objetivo del estudio es aumentar el conocimiento sobre las personas que padecen un Trastorno Mental Grave en relación a su percepción de calidad de vida y bienestar. El estudio se está realizando con personas que acuden a la USM de La Laguna. En particular, nos interesa conocer sus opiniones y experiencias.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio:

Le invitaremos a participar en un grupo de discusión, junto con otras personas como usted, para conocer sus opiniones y experiencias acerca de la felicidad dentro del estudio de “Calidad de vida y bienestar en personas con Trastorno Mental Grave en seguimiento en las consultas de enfermería de la Unidad de Salud Mental de La Laguna”. Es importante aclarar que no habrá respuestas correctas ni incorrectas, solamente queremos conocer su opinión acerca de este tema. El grupo de discusión tendrá una duración aproximada de 1 hora (de 10:00 a 11), y se llevará a cabo durante la realización del programa de ejercicio físico. Si usted está de acuerdo, se audio grabará la discusión que se dé dentro de este grupo con la única finalidad de tener registrada toda la información y poder analizarla.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio; sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando para mejorar la atención a las personas con trastorno mental grave que acuden a la USM de la Laguna

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial. Será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Aun cuando no podemos garantizar que los asistentes al grupo guarden la confidencialidad de la información que se discuta, se les invitará a que eviten comentarla con otras personas. Para asegurar la confidencialidad de sus datos, usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en el grupo de discusión son mínimos. Si alguna de las preguntas o temas que se traten en el grupo le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no comentar al respecto. Es importante aclararle que Usted no recibirá pago alguno por participar en el grupo de discusión, y tampoco tendrá costo alguno para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en los servicios de salud.

Datos de contacto:

Cualquier pregunta que Usted desee hacer durante el proceso de investigación podrá contactar con Eva L. Díaz Hernández, Correo electrónico: eludias@gmail.com, Lugar de trabajo USM de la Laguna.

Si Usted desea realizar solicitar más información, comentarios o preocupaciones relacionadas con la investigación o preguntas sobre sus derechos al participar en el estudio, Usted puede dirigirse al Presidente del Comité Ético Científico.

Nombre y Firma del entrevistado:

Agradezco desde ya su colaboración, y le saludo cordialmente.

Eva Lourdes Díaz Hernández.

Anexo 5

MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTREVISTA

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

Usted ha sido invitado a participar en el Proyecto de investigación, titulado “Calidad de vida y bienestar en personas con Trastorno Mental Grave en seguimiento en las consultas de enfermería de la Unidad de Salud Mental de La Laguna”, cuyo investigador responsable es Eva L. Díaz Hernández. El objetivo del estudio es aumentar el conocimiento sobre las personas que padecen un Trastorno Mental Grave en relación a su percepción de calidad de vida y bienestar. El estudio se está realizando con personas que acuden a la USM de La Laguna. En particular, nos interesa conocer sus opiniones y experiencias.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio:

Le invitaremos a colaborar con la realización de una entrevista, para conocer sus opiniones y experiencias acerca de la felicidad dentro del estudio de “Calidad de vida y bienestar en personas con Trastorno Mental Grave en seguimiento en las consultas de enfermería de la Unidad de Salud Mental de La Laguna”. Es importante aclarar que no habrá respuestas correctas ni incorrectas, solamente queremos conocer su opinión acerca de este tema.

La entrevista tendrá una duración aproximada de media hora, y se llevará a cabo en la consulta de enfermería Si usted está de acuerdo, se audio grabará la discusión que se dé dentro de este grupo con la única finalidad de tener registrada toda la información y poder analizarla.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio; sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando para mejorar la atención a las personas con trastorno mental grave que acuden a la USM de la Laguna

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial. Será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Aun cuando no podemos garantizar que los asistentes al grupo guarden la confidencialidad de la información que se discuta, se les invitará a que eviten comentarla con otras personas. Para asegurar la confidencialidad de sus datos, usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en el grupo de discusión son mínimos. Si alguna de las preguntas o temas que se traten en el grupo le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no comentar al respecto. Es importante aclararle que Usted no recibirá pago alguno por participar en el grupo de discusión, y tampoco tendrá costo alguno para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en los servicios de salud.

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Datos de contacto:

Cualquier pregunta que Usted desee hacer durante el proceso de investigación podrá contactar con Eva L. Díaz Hernández, Correo electrónico: eludias@gmail.com, Lugar de trabajo USM de la Laguna.

Si Usted desea realizar solicitar más información, comentarios o preocupaciones relacionadas con la investigación o preguntas sobre sus derechos al participar en el estudio, Usted puede dirigirse al Presidente del Comité Ético Científico.

Nombre y Firma del entrevistado:

Agradezco desde ya su colaboración, y le saludo cordialmente.
Eva Lourdes Díaz Hernández.

Anexo 6



El estudio de investigación titulado: "Calidad de vida y bienestar en personas con Trastorno Mental Grave en seguimiento en las consultas de enfermería de la Unidad de Salud Mental de La Laguna", versión 1, de 9 de enero de 2019, con código CHUC_2019_04, del que es Investigador Principal Dña. EVA LOURDES DIAZ HERNANDEZ, ha sido evaluado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Provincia de Santa Cruz de Tenerife) en su sesión del 28/02/2019, y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo con los objetivos del estudio.

El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información para los sujetos y el consentimiento informado, es adecuado.

La capacidad del Investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio y no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por todo ello, el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Provincia de Santa Cruz de Tenerife) emite dictamen **FAVORABLE** para la realización de este estudio en la Unidad de Salud Mental de la Laguna.

Secretaría Técnica del CEIm
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:	
CONSUELO MARIA RODRIGUEZ JIMENEZ - F.E.A. FARMACOLOGIA CLINICA	Fecha: 15/03/2019 - 13:41:29
En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente:	
02DRwIz5BdWe8QNXu0Cchxpa1P1EYMJgy	
El presente documento ha sido descargado el 15/03/2019 - 13:48:37	

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Anexo 7

Libro de códigos

Nombre	Descripción
FELICIDAD	
1 CONCEPTO	La felicidad definida por las opiniones de los participantes
DIMENSIÓN INTERPERSONAL-RELACIONAL	
Apoyo	
Apoyo familiar	Apoyo de madres, padres, parejas, hermanas/os, hijas/os, familiares cercanos
Apoyo social	Apoyo de otras personas que no sean familiares
Ausencia de estigma	Ausencia de creencias, conductas y comportamientos negativos hacia un grupo social (trastorno mental), incluyendo discriminación, prejuicios y rechazo
Funcionamiento social y ocupacional	Capacidad óptima del desarrollo de las actividades sociales y laborales
Pérdidas	Hace referencia a aquellas situaciones en las que se produce una ruptura emocional, fallecimiento de personas significativas, pérdidas laborales, fracaso escolar...
Fallecimientos	Fallecimiento de personas significativas en sus vidas
Laborales	Pérdida laboral por incapacitación, dificultad en el desempeño, imposibilidad de acceso al mundo laboral...
Rupturas	Pérdida de contacto con familiares y/o amigos, separación, divorcio
Relaciones	Relaciones personales, familiares, amistades, laborales... así como el desarrollo de actividades que implican la interacción con otros
DIMENSIÓN PERSONAL	
Emociones	
Emociones negativas	
Emociones positivas	

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Anexos

Nombre	Descripción
Motivación	Estado que activa, dirige y mantiene la conducta de la persona hacia metas. Es el impulso que mueve a la persona a realizar determinadas acciones
Actividades individuales	Desarrollo de actividades que no implican la interacción con otros
Autorrealización	Satisfacción de haber alcanzado las metas y objetivos personales
Crecimiento personal	Hace referencia a la valoración sobre el efecto del paso de los años (envejecer) o de las experiencias que provocan una evolución personal (madurez)
Felicidad material	Valor material (dinero y objetos) necesario para alcanzar la felicidad
Necesidades básicas	Necesidades valoradas como imprescindibles para la supervivencia (comida, casa, dinero...)
Objetivos vitales	Metas o propósitos personales
Personalidad	Conjunto de rasgos y cualidades que conforman la identidad de la persona
Aceptación	Tolerancia al fracaso, a las pérdidas y/o las situaciones no deseadas
Creatividad	Imaginación, originalidad, fuera de lo tradicional o convencional
Espiritualidad-Religiosidad	Expresión de inclinación hacia lo espiritual, vida interior, trascendencia...
Independencia	Capacidad de actuar, tomar decisiones y valerse por sí mismo
Optimismo	Tendencia a ver el lado bueno de las cosas. Actitud positiva. Tendencia a ver y a juzgar las cosas en su aspecto más positivo o más favorable
Satisfacción	Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado o cubierto una necesidad o deseo
Solidaridad	El comportamiento prosocial ocurre cuando el individuo actúa de forma desinteresada para beneficiar a otros y no a sí mismo
Salud	Aspectos positivos y negativos relacionados con la salud física y mental
Enfermedad	Referido a los aspectos relacionados con la enfermedad, excepto los tratamientos

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Nombre	Descripción
Estado funcional (Cognitivo y físico)	Evaluación del estado de salud: cognitivo (percepción de la persona sobre su funcionamiento cognitivo) y físico
Recuperación-Resiliencia	Estrategias o capacidad de recuperación de la persona
Tratamientos	Valoraciones sobre los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos, además de sus efectos
DIMENSIÓN TEMPORAL	
Continuum	La felicidad a lo largo de la vida presenta diferente intensidad
Momentos	Entendida la presencia de la felicidad como eventos de la vida
2 EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA FELICIDAD	Recuerdos de vivencias felices o infelices
Experiencias felices	
Actividades individuales	Desarrollo de actividades que no impliquen la interacción con otros
Apoyo familiar	Apoyo de madres, padres, parejas, hermanas/os, hijas/os, familiares cercanos
Funcionamiento social y ocupacional	Capacidad óptima del desarrollo de las actividades sociales y laborales
Relaciones	Relaciones personales, familiares, amistades, laborales...
Experiencias infelices	
Enfermedad	Referido a los aspectos relacionados con la enfermedad, excepto los tratamientos
Pérdidas	Hace referencia a aquellas situaciones en las que se produce una ruptura emocional, fallecimiento de personas significativas, pérdidas laborales, fracaso escolar...
Fallecimientos	Fallecimiento de personas significativas en sus vidas
Laborales	Pérdida laboral por incapacidad, dificultad en el desempeño, imposibilidad de acceso al mundo laboral...
Rupturas	Pérdida de contacto con familiares y/o amigos, separación, divorcio

367

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Anexos

Nombre	Descripción
Soledad	Entendida como sentimiento de abandono, rechazo, pérdida de las relaciones sociales
3 EVENTOS BIOGRÁFICOS SIGNIFICATIVOS	Cambios, situaciones o momentos que modificaron el estado de felicidad
De la felicidad a la infelicidad	
Enfermedad	Referido a los aspectos relacionados con la enfermedad, excepto los tratamientos
Estigma	Creencias, conductas y comportamientos negativos hacia un grupo social (trastorno mental), incluyendo discriminación, prejuicios y rechazo
Pérdidas	Hace referencia a aquellas situaciones en las que se produce una ruptura emocional, fallecimiento de personas significativas, pérdidas laborales, fracaso escolar...
Fallecimientos	Fallecimiento de personas significativas en sus vidas
Laborales	Pérdida laboral por incapacitación, dificultad en el desempeño, imposibilidad de acceso al mundo laboral...
Rupturas	Pérdida de contacto con familiares y/o amigos, separación, divorcio.
De la infelicidad a la felicidad	
Aceptación	Tolerancia al fracaso, a las pérdidas y/o las situaciones no deseadas
Crecimiento personal	Hace referencia a la valoración sobre el efecto del paso de los años (envejecer) o de las experiencias que provocan una evolución personal (madurez)
Crisis personal	Situaciones vividas ante el diagnóstico de la enfermedad que provocaron cambios, rupturas o trauma para la persona
Recuperación-Resiliencia	Estrategias o capacidad de recuperación de la persona
4 ESTRATEGIAS PARA ALCANZAR LA FELICIDAD	Conocer las propuestas de cambio personales, deseadas o intentadas, para alcanzar la felicidad
Actividades compartidas	Desarrollo de actividades que implican la interacción con otros
Actividades individuales	Desarrollo de actividades que no implican la interacción con otros

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Nombre	Descripción
Apoyo familiar	Apoyo de madres, padres, parejas, hermanas/os, hijas/os, familiares cercanos
Ausencia de estigma	Eliminar el estigma de la sociedad. Estigma: Creencias, conductas y comportamientos negativos hacia un grupo social (trastorno mental), incluyendo discriminación, prejuicios y rechazo
Felicidad material	Valor material (dinero y objetos) necesario para alcanzar la felicidad
Funcionamiento social y ocupacional	Capacidad óptima del desarrollo de actividades sociales y laborales
Necesidades básicas	Necesidades valoradas como imprescindibles para la supervivencia (comida, casa, dinero...)
Normalidad	Llevar una vida normal
Objetivos vitales	Metas o propósitos personales
Personalidad	Conjunto de rasgos y cualidades que conforman la identidad de la persona
Aceptación	Tolerancia al fracaso, a las pérdidas y/o las situaciones no deseadas
Espiritualidad-Religiosidad	Expresión de inclinación hacia lo espiritual, vida interior, trascendencia...
Optimismo	Tendencia a ver el lado bueno de las cosas. Actitud positiva. Tendencia a ver y a juzgar las cosas en su aspecto más positivo o más favorable
Protección contra el rechazo	Conductas que adopta la persona para evitar ser rechazado
Salud	Aspectos positivos y negativos relacionados con la salud física y mental
Estado funcional (Cognitivo y físico)	Evaluación del estado de salud: cognitivo (percepción de la persona sobre su funcionamiento cognitivo) y físico
Tratamientos	Valoraciones sobre los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos, además de sus efectos
Soledad	Soledad elegida por voluntad propia
5 SOCIEDAD	¿Cómo debería ser la sociedad para que fueras feliz o más feliz?
Ausencia de estigma	Estigma referido a los aspectos relacionados con la enfermedad, excepto los tratamientos

369

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Anexos

Nombre	Descripción
Responsabilidad personal	La felicidad depende del individuo y no de la sociedad
Sin cambios	
Valores sociales	Conjunto de valores reconocidos como parte del comportamiento social que se espera de las personas que forman parte una comunidad
6 SALUD Y FELICIDAD	
Enfermedad como causa de infelicidad	
General	Valoración de la enfermedad física como causa de infelicidad
Salud Mental	Valoración de la enfermedad mental como causa de infelicidad
Enfermedad no es causa de la infelicidad	
7 SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD	
Cambios	Situaciones o acontecimientos en la vida que provocan alcanzar o perder la felicidad
Autoestigma	El autoestigma se produce cuando las personas estigmatizadas asumen los estereotipos presentes en los demás volviéndolos contra sí mismos (Watson et al., 2007)
Crecimiento personal	Hace referencia a la valoración sobre el efecto del paso de los años (envejecer) o de las experiencias que provocan una evolución personal (madurez)
Crisis personal	Situaciones vividas ante el diagnóstico de la enfermedad que provocaron cambios, rupturas o trauma para la persona
Espiritualidad-Religiosidad	Expresión de inclinación hacia lo espiritual, vida interior, trascendencia...
Estigma	Creencias, conductas y comportamientos negativos hacia un grupo social (trastorno mental), incluyendo discriminación, prejuicios y rechazo
Pérdidas	Hace referencia a aquellas situaciones en las que se produce una ruptura emocional, fallecimiento de personas significativas, pérdidas laborales, fracaso escolar...
Laborales	Pérdida laboral por incapacitación, dificultad en el desempeño, imposibilidad de acceso al mundo laboral...

370

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3905071 Código de verificación: Lrf+tBNM

Firmado por: Información no disponible

Fecha: ----/-- --:--:--

Felicidad, bienestar y calidad de vida en personas con trastorno mental grave

Nombre	Descripción
Rupturas	Pérdida de contacto con familiares y/o amigos, separación, divorcio.
Recuperación-Resiliencia	Estrategias o capacidad de recuperación de la persona
Sin significado	La enfermedad no es percibida como factor de cambio en su vida
8 RECHAZO SOCIAL	Experiencias personales sobre el rechazo social
Ausencia	Percepción de no sufrir rechazo o discriminación social por su enfermedad
Estigma	Experiencias vividas de discriminación, prejuicios y rechazo por tener una enfermedad mental
Estrategias	
Actitud pasiva	No hacer nada ante el rechazo social
Protección contra el rechazo	Conductas que adopta la persona para evitar ser rechazado
Visibilizar	Estrategias de visibilización de la enfermedad mental
9 SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ESTIGMA	Indagar sobre el estigma y la asistencia a los recursos de la red de salud mental
Ausencia	
Presencia	