

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

**Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en
Salud Mental Comunitaria**

TÍTULO

**Estudio controlado en sujetos con trastorno mental grave
en régimen residencial: relación entre Calidad de Vida,
Autoestigma y Participación e Integración en la
Comunidad**

Autor: Fernando Martín Sáez

Tutora: Prf. Natalia Jimeno Bulnes

Fecha de lectura: 16 noviembre de 2017



Índice

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN	4
3. OBJETIVOS.....	9
4. MÉTODO.....	10
4.1. Muestra	12
4.2. Instrumentos.....	13
4.2.1. Instrumento de recogida de datos sociodemográficos y clínicos	13
4.2.2. Cuestionario de Calidad de Vida (<i>World Health Organization Quality of Life Instrument</i> , 1994).....	13
4.2.3. Escala de autoestigma de la enfermedad (<i>Internalized stigma of mental illness scale</i> , 2003).....	14
4.3. Procedimiento	15
4.2. Análisis de datos	20
5. RESULTADOS.....	20
5.1. Datos Sociodemográficos	20
5.2. Resultados WHOQOL e ISMI.....	23
6. DISCUSIÓN.....	28
7. CONCLUSIONES	30
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
9. ANEXOS.....	33
9.1. Anexo 1: Cuestionario Calidad de Vida WHOQOL-BREF.....	33
9.2. Anexo 2: Escala ISMI.....	39

1. RESUMEN

Este estudio analiza cómo afecta la participación e integración en la comunidad a las variables estigma social autopercibido y calidad de vida. Para ello, se analiza una muestra de 52 personas que vive en un recurso residencial y comparten el diagnóstico catalogado como enfermedad mental grave. La muestra (n=52) está compuesta por un 78,8% de hombres con una edad media de unos 47 años y un 21,2% de mujeres con una edad media de 51 años. Se comparan los siguientes grupos: 1) residentes sin salidas terapéuticas (n=17), 2) residentes que salen del recurso sin supervisión profesional y no participan de forma activa en actividades (n=17) y 3) residentes con salidas terapéuticas y participación activa en actividades comunitarias (n=18). Se estudian las variables de calidad de vida y estigma social autopercibido con las escalas WHOQOL-BREF e ISMI respectivamente, y se comparan los resultados antes de realizar ningún tipo de salidas y tras más de un año saliendo con o sin supervisión. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS versión 20.0. Los resultados obtenidos muestran que las personas que participan y se integran en la comunidad presentan un aumento en la calidad de vida y una reducción del autoestigma social percibido, obteniendo el grupo que participa en la comunidad activamente en WHOQOL una media pre = 47 (desviación típica = 8,9) y una media tras más de un año saliendo y participando activamente = 56 (desviación típica = 6,8); y en ISMI una media pre = 72 (desviación típica = 7,3) y una media tras más de un año saliendo y participando activamente = 66 (desviación típica = 2,9). Se concluye que el lugar en el que deben enfocarse todos los esfuerzos de la rehabilitación psicosocial es en la participación activa en la comunidad.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, enfermedad mental grave, estigma, recuperación, integración social.

2. INTRODUCCIÓN

Es fácil entender el concepto de recuperación física: un paralítico o un ciego pueden recuperar el empleo, la formación o una posición valiosa en la sociedad a pesar de no recobrar nunca el uso de los miembros o de la vista. Una persona que ha sufrido un trastorno mental ¿puede recuperar una posición valiosa en la sociedad? Es más, ¿puede recuperarse de los efectos de haber sido diagnosticado de enfermedad mental, con lo que supone de discriminación, indefensión, efectos negativos del desempleo, sueños rotos..., tanto como de la enfermedad en sí? (Farkas, 2007).

Las narrativas en primera persona hablan de un proceso muy personal de cambiar las propias actitudes, sentimientos, percepciones, creencias, roles y metas en la vida, desarrollando un nuevo significado y propósito, más allá del impacto de la enfermedad mental. Adquiere singular importancia el hecho de renovar la esperanza y el significado, superar el estigma, el trauma, y asumir el control de la propia vida. En dos palabras, recuperar la ciudadanía.

Algunos países anglosajones han orientado los servicios de salud mental hacia la recuperación. Un análisis del sistema de salud mental norteamericano recomienda que debe ser la visión que lo guíe (Farkas, 2007). Sin embargo, hay dos visiones de la recuperación, a veces contrapuestas: la visión científica y la de los consumidores/usuarios.

La visión científica se basa en la definición operativa del concepto, lo que permite medir su grado de cumplimiento. Ve la recuperación como un resultado: disminuir los síntomas de la enfermedad y mejorar la capacidad funcional. La visión del consumidor/usuario pone el acento en el proceso. Sostiene que la desesperanza, la dependencia, la pérdida de control sobre la propia vida, son peores que los síntomas y pone mucho énfasis en el apoyo mutuo y la experiencia personal (Bellack, 2005).

La definición clásica de recuperación, formulada en el campo de rehabilitación, la considera “un proceso profundamente personal de cambio de las propias actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles. Es una forma de experimentar la vida satisfactoriamente, con esperanza y aportando - a pesar de las limitaciones - que desarrolla un nuevo significado y propósito a medida que uno se sobrepone a los catastróficos efectos de la enfermedad mental”(Anthony, 1993).

La recuperación supone hacer frente a una sensación de pérdida: Pérdida de poder y de roles valiosos (como padre, trabajador, estudiante...); pérdida de esperanza; lucha para prevenir la recaída y volver a definirse uno mismo y su identidad social. A medida que se progresa en la recuperación la motivación cambia de prevenir las pérdidas a promover las ganancias, dando pie a utilizar los principios de la psicología positiva que pone el énfasis en el crecimiento, el logro personal y el éxito en roles valiosos.

Hacer de la recuperación la misión o meta crítica general de los servicios de salud mental supondría integrarlos (incluyendo la auto-ayuda, el soporte básico, la protección de derechos y los servicios de tratamiento y rehabilitación). *Los servicios no producen la recuperación, pero pueden crear (o no) las condiciones para que se produzca. ¿Cómo?: Ayudando a adquirir o recuperar roles valiosos en diversos campos como residencial/comunitario, laboral o educativo.* Es importante el uso de intervenciones basadas en la evidencia, pero también en valores, es decir que las intervenciones sean significativas para la persona. Habría cuatro valores que cumplirían con este propósito: Intervenciones orientadas a la persona, que la involucran, que fomentan su autodeterminación y/o elección y su potencial de crecimiento (Farkas, 2007).

1. *Orientada a la persona:* Los profesionales expresan interés en él/ella como persona y en otros roles que no sean el de paciente. Evalúan y desarrollan fortalezas y talentos, más que centrarse en déficits. Promueven acceso a recursos y ambientes externos donde las personas pueden adquirir roles sociales valiosos y significativos, más que limitarlos a ghettos creados por los servicios de salud mental.
2. *Involucran a la persona:* Los resultados mejoran si la persona puede implicarse significativamente en la planificación y desarrollo de los servicios. Esto además desarrolla el empoderamiento. “Nada sobre nosotros sin nosotros” (eslogan del movimiento de consumidores).
3. *Favorece la autodeterminación/elección:* son las piedras angulares del proceso de recuperación. La persona elige sus propias metas personales a largo plazo. La coerción disminuye el self y la sumisión/obediencia es una barrera para la recuperación. Los servicios deben apoyar la autodeterminación, ayuda a retomar una vida con sentido.

4. *Esperanza*: Algunos profesionales creen irreal que sus pacientes se recuperen, pues están “demasiado enfermos” o “discapacitados” (en realidad no lo predicen mejor que una elección aleatoria). La falta de esperanza del personal no promueve la recuperación. Los servicios deben ser capaces de apoyar el regreso al instituto o a la universidad y facilitar las metas de los que quieren casarse, tener familia, comenzar su negocio o vivir en un piso o residencia asistida y trabajar.

La identidad de la persona con enfermedad mental estructurada en torno al rol de enfermo le convierte en un receptor pasivo de cuidados, lo que lleva aparejado un estigma interno. El concepto de estigma es controvertido debido a las múltiples definiciones que se han realizado, por un uso poco específico debido a la falta de definición y la amplitud del concepto. Cuando nos referimos al estigma asociado a la enfermedad se han definido tres niveles: social, estructural e internalizado. Corrigan define en 2011 el estigma estructural como la discriminación realizada desde las instituciones y las leyes. El estigma social o público es la discriminación que es ejercida por la población general respecto a los diferentes grupos o características personales. Existiendo una selección social que indica cuáles son las características humanas que importan y cuáles se pueden etiquetar como negativas. Esta etiquetación conduce a una separación entre “nosotros” y “ellos” (Arnaiz y Uriarte, 2006). De esta forma, a una persona con esquizofrenia se la llama esquizofrénico (“ellos”) pero difícilmente escucharás referirse a una persona que está sufriendo un cáncer llamarle canceroso; porque una persona con cáncer forma parte de “nosotros” y, por lo tanto, a la persona se le añade un atributo negativo, primando a la persona que sufre (por tener un atributo-cáncer) como ente antes que etiquetarle como una enfermedad. Este uso inadecuado del lenguaje nos señala el estigma público que sufre el colectivo con enfermedad mental grave. Por último, el estigma interno o autoestigma se refiere a la discriminación que siente cada persona sobre sí mismo (Muñoz y cols., 2011).

El autoestigma consta de prejuicios, discriminación y estereotipos. Implicando reacciones emocionales negativas que afectan, sobre todo, a la autoestima y autoeficacia, convirtiendo al autoestigma como una especie de “profecía autocumplida” en negativo (Aretio, 2009). Las reacciones del ambiente social al estigma suponen una “segunda enfermedad”. Etiquetar a una persona como “enfermo mental” conlleva un

estereotipo que provoca la pérdida de estatus y discriminación conocida como estigma público. Al aplicar estos prejuicios y estereotipos a uno mismo se produce el estigma interno. Algunas consecuencias de este estigma interno son la devaluación, la vergüenza, el secretismo y el aislamiento (Vauth, Kleim, Wirtz, y Corrigan, 2007). Mediante un análisis de vías, estos autores demuestran que la disminución de la autoeficacia disminuye el empoderamiento y esta disminución del empoderamiento aumenta la depresión y disminuye la calidad de vida. El uso de estrategias de afrontamiento defensivas (como el secretismo y el aislamiento) aumenta el estigma interno y mantiene la ansiedad.

En un análisis de vías el estigma interno influye en la evitación social activa, en el afrontamiento evitativo y en los síntomas depresivos, efecto mediado por la influencia del EI en la esperanza y la autoestima. También afecta a la intensidad de los síntomas positivos (Yanos, Roe y Lysaker, 2010).

Harrow y col., en su estudio de seguimiento a 15 años, estudiaron la relación entre recuperación y locus de control (Harrow, Hansford y Astrachan-Fletcher, 2009). Era más probable conseguir algún periodo de recuperación, en alguno de los seguimientos, entre los pacientes con locus de control interno. “Internalidad” y recuperación pueden mantener una influencia recíproca positiva. Contrariamente, percibir la enfermedad como fuera de sus habilidades y control (locus de control externo) puede conducir a un menor esfuerzo por parte del paciente al enfrentarse a la situación, lo que a su vez disminuye la probabilidad de recuperarse. Este círculo vicioso refuerza el locus de control externo, de forma similar a la indefensión aprendida. La correlación del locus de control externo con alta ansiedad rasgo, hostilidad, alta anomia y baja autoestima reforzaría esta hipótesis.

En un metanálisis realizado en el año 2010 por Livingston y Boyd, revisando todas las variables psicosociales: esperanza, autoestima, empoderamiento/dominio, autoeficacia, calidad de vida e integración/apoyo social, encontraron que todas ellas estaban significativamente asociadas con el estigma interno. Niveles altos de estigma interno estaban asociados con desesperanza, autoestima baja, empoderamiento/dominio y autoeficacia disminuidos, menor calidad de vida, y apoyo/integración social debilitada (Livingston y Boyd, 2010). Esta relación entre calidad de vida y estigma interno es lo

que vamos a tratar de estudiar, añadiendo la variable participación e integración como un eslabón capaz de regular las dos variables como índice de recuperación.

Autores como Liberman (1992) señalan que “el curso volátil de los desórdenes psiquiátricos, a menudo, roba al paciente los mismos apoyos familiares y sociales que podrían protegerle del estrés y mejorar su calidad de vida”. Además, las discapacidades y trastornos conductuales impuestos por la enfermedad habitualmente sitúan al enfermo mental en una situación de desventaja con respecto a sus iguales, en términos de maduración y desarrollo, lo que constituye otra fuente potencial de aislamiento social (García Fuster, 1997). Por lo tanto, queremos evitar este aislamiento que se suele provocar desde las instituciones a través de una participación activa en la sociedad, y favoreciendo el aumento la red de apoyo social, ya que una red pequeña es un predictor de la rehospitalización de un paciente como resultado de la propia “hospitalización” (García Fuster, 1997).

El objetivo es lograr la rehabilitación psicosocial de los usuarios y, para ello, el primer paso es lograr la participación en la comunidad como requisito previo a la integración, tratando de conseguir a largo plazo el aumento de la red de apoyo social. Una red de apoyo social adecuada es crucial para que las personas con enfermedad mental permanezcan en la comunidad (García Fuster, 1997). Además, Andreasen y cols., (2003) entiende la recuperación como la *construcción personal de un proyecto de vida* satisfactorio más allá de la evolución de sus síntomas y problemas. Difícilmente puede realizarse este proyecto de vida viviendo en un hogar impuesto por la administración, si además, añadimos la imposibilidad de participar en la comunidad.

La participación activa en la comunidad abre la puerta a tener contacto diario con otras personas sin enfermedad mental y, en el mejor de los casos, tener a una persona con la que poder hablar y escuchar. Este tipo de situaciones son posibles gracias a la participación en la comunidad de una forma activa. El hecho de lograr una dinámica de funcionamiento activo en el centro, favorece que otras personas también desarrollen sus planes, generen expectativas y presenten un mayor deseo por lograr sus metas. Esta dinámica facilita el apoyo mutuo, y, en este caso, es necesario destacar los estudios de Parks y Pilisuk (1984) y Nelson (1992) que indican que las personas con enfermedad mental grave mencionan como las principales fuentes de apoyo emocional, social e instrumental a las amistades (con frecuencia otros pacientes) y compañeros de

residencia, lo que sugiere una capacidad para la ayuda mutua mayor de la que habitualmente se le reconoce a esta población (García Fuster, 1997). De esta forma tratamos de potenciar la red de apoyo social y tener un grupo de referencia que les permita luchar contra el estigma internalizado, contra los prejuicios que tienen hacia la enfermedad, los estereotipos y los mitos asociados a la psicopatología.

Como señala Corrigan en su libro “Vencer el estigma”, las acciones afirmativas son “un conjunto de conductas que, de forma propositiva y proactiva, intentan aumentar las oportunidades”. En el caso de profesionales de salud mental se refiere, por ejemplo, a reemplazar *servicios de custodia* por programas que ayudan a las personas a conseguir metas significativas en el mundo real (Corrigan, 2006). Siguiendo la línea de Corrigan, nos planteamos el objetivo de lograr la participación en la comunidad sin servicio de custodia como primer paso necesario para lograr la integración en la comunidad, tratando de observar y medir la recuperación a través de las variables de estigma social autopercebido y la calidad de vida. De esta forma es posible que se pueda relacionar la participación en la comunidad como una necesidad para lograr cambios en estigma social y la calidad de vida y, en consecuencia, lograr o mejorar la recuperación.

3. OBJETIVOS

Conocer cómo afecta la participación en la comunidad al estigma social autopercebido y a la calidad de vida en un grupo de personas con enfermedad mental grave procedentes de un entorno residencial.

1. Conocer relación existente entre calidad de vida y estigma social percibido en personas que no han podido salir del centro sin acompañamiento profesional por cuestiones patológicas (desorientación espacio-temporal, heteroagresividad, autoagresividad, orientación bajo coordenadas patológicas, demencia).
2. Conocer relación existente entre calidad de vida y estigma social percibido en personas que han salido sin servicio de custodia profesional pero no participan activamente en actividades comunitarias
3. Conocer relación existente entre calidad de vida y estigma social percibido en personas que han salido sin servicio de custodia profesional y participan

activamente en actividades comunitarias (gimnasio, cursos formativo-laborales, asociacionismo, estudios secundarios, etc.).

4. MÉTODO

Estudio realizado en el Centro Sociosanitario Cristo de los Mineros ubicado en La Unión, Murcia. El recurso está destinado a personas que han recibido el diagnóstico de Enfermedad Mental Grave, es un dispositivo modular, compuesto por dos módulos independientes con una capacidad para 45 residentes con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.

Enfocamos la recuperación a través de la medición de la calidad de vida y del estigma percibido, intentando generar los cambios necesarios como recurso y cambiando el foco de atención, dejando de valorar el deterioro y la remisión de sintomatología como criterios principales. Muchos de los residentes que hoy viven en nuestro recurso vienen de largos períodos de estancia en hospitales, de vivir en sus hogares con problemas graves de convivencia en el entorno familiar, de la calle o de otros recursos sanitarios/residenciales. La mayoría ha utilizado recursos sanitarios en los que el aislamiento se utiliza como una herramienta “eficaz” de intervención, utilizando la remisión de síntomas o la prevención de recaídas como criterio principal que facilita o impide la participación y la integración en la comunidad. Por ello, nos basamos en indicadores como la calidad de vida y estigma social percibido, que van más allá de la medición de las variables tradicionales como forma de evaluar la recuperación: *“la evaluación de resultados en el trastorno mental grave debe basarse en indicadores que vayan más allá de las medidas clínicas tradicionales como la remisión de los síntomas o la prevención de recaídas”*(Chicharro y Uriarte, 2003), *“diagnóstico, gravedad de síntomas y adherencia al fármaco”* (Navarro y cols., 2008). Aunque el deterioro es la dimensión que más se utiliza para evaluar si una persona está o no está recuperada del trastorno, si la persona muestra un incremento en *autonomía personal, redes sociales, ocupación y trabajo*, se considera como recuperado de las consecuencias negativas del trastorno. Aplicar el concepto de recuperación nos permite tener una guía de funcionamiento y elaborar unas metas operativas, que siguiendo el modelo tradicional sería imposible de conseguir debido al perfil del residente: personas que tienen escasos apoyos, edad media de alrededor de 50 años, con dificultades graves para manejar su

conducta, por sintomatología productiva o negativa, con alta resonancia afectiva. Además, siguiendo esta línea se ha encontrado que, operativizando la dimensión de recuperación, existe un porcentaje de recuperación de personas con esquizofrenia que oscila entre el 19% y el 27% en seguimientos a 15 y hasta el 40% recuperados parcialmente (Navarro y cols., 2008).

La realización de salidas sin servicio de custodia han sido denominadas Salidas Terapéuticas, con la idea de subrayar la importancia que tiene poder salir solo, sin necesidad de estar supervisado por ningún profesional y operativizar el principio de normalización. Este tipo de salidas es el requisito mínimo para lograr la recuperación y hemos tenido la suerte de poder aplicar este cambio a nivel residencial.

Para iniciar este tipo de salidas el psicólogo elaboró una serie de criterios de exclusión que impidiesen en un principio la “salida terapéutica”: 1) Presentar conductas autolesivas o heteroagresivas graves que pongan en riesgo la salud física propia o de terceras personas 2) Orientación bajo coordenadas patológicas, produciendo una influencia clara sobre la conducta de la persona 3) Desorientación espacio-temporal grave. Teniendo como único criterio de inclusión la demanda por parte del residente de este tipo de salidas.

Se le pasó la prueba de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) y la escala de autoestigma percibido (ISMI) a todos los residentes a lo largo del primer mes desde su ingreso en el centro y se han vuelto a aplicar en el mes de octubre de 2017 para comprobar los cambios en calidad de vida y autoestigma percibido en los diferentes grupos creados: 1) Grupo que no sale del centro sin acompañamiento de profesionales 2) Grupo que sale del dentro sin acompañamiento profesional (Salidas Terapéuticas) y no participa activamente en actividades comunitarias y 3) Grupo que sale del centro sin acompañamiento profesional (Salidas Terapéuticas) y participa activamente en la comunidad. Destaca que más de la mitad de los que han conseguido disfrutar de las salidas terapéuticas presentan algún tipo de actividad comunitaria como participar en grupos de lectura de la biblioteca, en actividades realizadas por la asociación de la mujer, en actividades deportivas de gimnasios privados o públicos, estudiar secundaria o realizar cursos formativo-laborales con certificado de profesionalidad. Por lo que estamos intentando conseguir una mejor recuperación de las personas con esquizofrenia fomentando un *funcionamiento ocupacional, una vida independiente y aumentando las*

relaciones sociales (Lieberman y cols., 2004), además de lograr un aumento de salidas terapéuticas relacionado con la remisión de síntomas.

Los datos obtenidos en estas escalas no son suficientes para determinar si el residente sale o no, sino que son utilizados para valorar los posibles cambios producidos gracias a este tipo de salidas. Ya que las personas diagnosticadas de una enfermedad mental grave presentan limitaciones en el funcionamiento y en habilidades de relación e integración social, necesitamos medidas que nos permitan evaluar elementos relacionados con la reconstrucción social y la capacitación personal (Bowling, 1994), aspectos relacionados en último término con los objetivos vitales de las personas: autonomía, apoyo social y calidad de vida (Navarro y cols., 2008).

4.1.Muestra

La muestra está compuesta por 52 personas que viven en el recurso Centro Sociosanitario Cristo de los Mineros de La Unión, Murcia. Actualmente hay 88 personas viviendo en este recurso, habiendo ingresado en los dos últimos meses 28 de estas 88 personas. Estos 28 nuevos ingresos han sido excluidos por falta de medios para realizar correctamente las pruebas. La muestra de 52 personas que ha sido seleccionada llevan viviendo una media de 23 meses en el centro. Este grupo de personas ha pasado los cuestionarios mencionados y cumplen los criterios de inclusión para poder ser incluidos en cada uno de los tres grupos:

1. Diagnóstico de Esquizofrenia y/o trastorno de personalidad con al menos 10 años de evolución
2. Deterioro cognitivo nulo, leve o moderado, el mínimo necesario para comprender la realización del test. No siendo un criterio de exclusión ser analfabeto, sino la incapacidad de comprender el test de forma heteroadministrada.
3. Estancia en el Centro de al menos 6 meses.
4. Consentimiento informado sobre este tipo de salidas del recurso.

La muestra está compuesta finalmente por 52 residentes, siendo 41 hombres con una edad media de 46,92 años y 11 mujeres con una edad media de 51,09 años. Respecto

al origen, 51 personas son españolas y 1 ecuatoriana, siendo todos castellanoparlantes. Respecto a la situación legal, 35 presentan una incapacitación judicial, de las cuales, de 22 personas el representante legal es un familiar de referencia y de 13 personas el representante legal es la Fundación Murciana para la Tutela y Defensa Judicial; teniendo 17 usuarios capacidad de obrar. En cuanto al estado civil: 42 están solteros, 1 casado, 7 separados y 2 viudos. Por otro lado, 20 ingresaron directamente desde su casa al centro, 3 desde un hospital de media estancia, 23 provienen de otras residencias, 2 ingresaron por urgencia social, 3 de pisos tutelados y 1 de una comunidad terapéutica.

De los 52 residentes 41 presenta el diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y 11 personas presentan el diagnóstico de Trastorno de Personalidad. Existe una comorbilidad con Retraso Mental del 13% y con Trastorno por consumo de tóxicos de un 65% (34).

4.2. Instrumentos

4.2.1. Instrumento de recogida de datos sociodemográficos y clínicos

Todos los datos han sido extraídos de los expedientes individuales de cada residente: género (tanto de los usuarios como de sus familiares de referencia), edad, estado civil, diagnóstico, situación legal, procedencia y evolución.

4.2.2. Cuestionario de Calidad de Vida (*World Health Organization Quality of Life Instrument*, 1994).

El cuestionario de calidad de vida WHOQOL ha sido desarrollado en diferentes países simultáneamente, siendo traducido a diferentes lenguas y aplicado a diferentes culturas. Consta de un total de 26 preguntas, produce un perfil de 4 áreas (salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente) y se ha mostrado aplicable a la población de pacientes esquizofrénicos. Tiene el objetivo de ofrecer un perfil de calidad de vida, siendo cada uno de los dominios puntuado de forma independiente. Cuanto mayor es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada

(Espinoza y cols., 2011). Las respuestas son tipo likert, pudiendo puntuar 1 Nunca 2 Raramente 3 Moderadamente 4 Frecuentemente 5 Siempre. Los cuatro dominios que forman el perfil de calidad de vida son:

1. Dominio Salud Física [7-35] donde 7 es muy insatisfecho y 35 muy satisfecho.
2. Dominio Salud Psicológica [7-30] donde 7 es muy insatisfecho y 30 muy satisfecho.
3. Dominio Relaciones Sociales [3-15] donde 3 es muy insatisfecho y 15 muy satisfecho.
4. Dominio Ambiente [8-40] donde 8 es muy insatisfecho y 40 muy satisfecho.

El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, cuanto mayor es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.

Define la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Existen dos versiones validadas en castellano. La versión utilizada en esta investigación es WHOQOL-BREF, teniendo una correcta validez de discriminación, validez de contenido y fiabilidad (Espinoza y cols., 2011).

4.2.3. Escala de autoestigma de la enfermedad (Internalized stigma of mental illness scale, 2003).

El instrumento está desarrollado para medir la experiencia subjetiva de estigma. La muestra de validación de esta escala incluyó 127 pacientes ambulatorios. Los resultados muestran que la escala ISMI presenta una alta consistencia interna y una alta fiabilidad test-retest. La validez de constructo fue respaldada por comparaciones con escalas que miden construcciones relacionadas con la misma metodología. Tener una medida validada de estigma internalizado puede alentar a incluir la reducción del estigma como un objetivo del tratamiento verificable además de la reducción de los síntomas (Ritsher, J.B. y cols., 2003).

El instrumento presenta correlaciones negativas con medidas de autoestima, empoderamiento y orientación a la recuperación. Es una herramienta que se puede utilizar como una medida de resultado (reducción del estigma) de las intervenciones junto a las medidas de reducción de síntomas (Ritsher, J.B. y cols., 2003). La escala está compuesta por varias subescalas: Alienación (ítems del 1 al 6), Asunción del estereotipo o autoestigma (ítems del 7 al 13), Discriminación percibida o experiencia de discriminación (ítems del 14 al 18), Aislamiento social (ítems del 19 al 24) y Resistencia al estigma (ítems del 25 a 29).

Todas las escalas se puntúan en una escala tipo likert que va de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). Las cuatro primeras escalas indican mayor estigma percibido cuanto mayor es la puntuación. La escala de resistencia al estigma ha de ser puntuada de forma inversa (Ritsher, J.B. y cols., 2003).

4.3.Procedimiento

La investigación se ha realizado en el recurso Centro sociosanitario Cristo de los Mineros, integrada en el funcionamiento habitual del centro. Los datos se han recogido desde julio de 2015, fecha en la que se iniciaron los ingresos hasta el mes de octubre de 2017, fecha en la que se han recogido los datos una vez pasadas las mismas escalas. La persona encargada de realizar todo el proceso de entrevistas, selección y seguimiento ha sido el psicólogo del centro, en este proceso han participado los siguientes profesionales: terapeuta ocupacional, integrador social, fisioterapeuta y trabajador social. Los profesionales se han encargado de dar su opinión sobre el seguimiento, proporcionar feedback y recabar los deseos y gustos de los residentes para facilitar la correcta participación en la comunidad. El papel más activo ha sido del trabajador social en la búsqueda de asociaciones y, principalmente, cursos formativo-laborales.

El grupo que ha sido evaluado desde 2015 constaba de 60 personas. De estas 60 personas 6 han sido incapaces de realizar correctamente las escalas Calidad de Vida WHOQOL-BREF e ISMI. Además se produjo el traslado de otras 2 personas a otros recursos sanitarios. De las 6 personas que no pudieron completar los cuestionarios destaca: diagnóstico de retraso mental, psicosis injerta por retraso mental o traumatismo

craneoencefálico o demencia alcohólica. Por lo que la muestra final con la que se realiza el estudio es de 52 personas.

En una primera fase, tras una o varias entrevistas clínicas a cada residente, una entrevista a la familia o persona de referencia y una evaluación con la escala ISMI, la escala WHOQOL-BREF, Escala de desesperanza y Minimental; se valora la posibilidad de la salida del residente del centro sin ningún tipo de acompañamiento profesional. Además se valora el deseo o motivación del residente por salir del centro sin acompañamiento para realizar actividades en el entorno comunitario como puede ser tomar algún refresco/aperitivo, andar, realizar deporte, pasar el tiempo, realizar algún tipo de curso formativo/laboral, encontrar trabajo, etc.

Una vez que se ha realizado este proceso y se ha valorado de forma positiva la posibilidad de apuntarse a este programa denominado Salidas sin Acompañamiento o Salidas Terapéuticas, el residente y el tutor legal tienen que firmar un documento en el que afirman su deseo, compromiso y responsabilidad a la hora de realizar este tipo de salidas.

En una segunda fase, diferenciamos entre aquellas personas que no presentan un deseo explícito de realizar una actividad social o comunitaria, sino que desean disfrutar de las salidas como ocio sin actividad social y los que sí que presentan el deseo de tener una participación más activa en la sociedad, ayudándoles a buscar y encontrar todo tipo de recursos que les permitan participar e integrarse en la sociedad. De esta forma realizaremos la siguiente evaluación:

1. Grupo que se toma las salidas sin acompañamiento como ocio y tiempo libre.
2. Grupo que realizan actividades comunitarias.

- Entrevista clínica

Tras el ingreso del residente, se realiza una primera entrevista clínica no estructurada en la que se valora si la persona presenta deseos de integración en la comunidad, si se orienta bajo coordenadas patológicas (presenta delirios que le perjudiquen en su funcionamiento), qué tipo de expectativas presenta con este tipo de salidas, capacidad de resolución de problemas cotidianos como qué hacer en situaciones de emergencia o qué hacer si una persona se despista y llega tarde a la hora de recogida,

y análisis de conductas propias e impropias, por ejemplo, se contempla cómo se debe demandar el servicio en un bar, cómo se deben utilizar las instalaciones de cualquier ámbito o simplemente saludar. El objetivo no es evaluar durante la entrevista si la persona resolverá con facilidad una situación sencilla o embarazosa, sino si muestra interés por resolver y aprender a resolver las distintas situaciones planteadas.

1. Se valora el deseo de integración en la comunidad en función de:
 - a. Si demanda las Salidas Terapéuticas. Se comunica con anterioridad la existencia de este tipo de salidas sin especificar cuál es el objetivo, tratando de buscar que cada uno las utilice en función de sus proyectos y expectativas.
 - b. Si desea realizar actividades fuera del centro como compras en el mercado, ir a la peluquería, gimnasio, biblioteca, deseo de hacer amigos, etc.
2. Se evalúa si la persona se orienta bajo coordenadas patológicas en función de:
 - a. Existencia de delirios y/o alucinaciones.
 - b. Intensidad y fijeza del delirio.
 - c. Grado de interferencia en la conducta de la sintomatología psicótica.
 - d. Resonancia afectiva de la sintomatología presente.
3. Expectativas respecto a la salida:
 - a. Valoración de conductas propias e impropias.
 - b. Valoración de los derechos y obligaciones.
 - c. Ocio y tiempo libre.
 - d. Uso instrumental como paso intermedio para conseguir una derivación o traslado a un recurso más flexible o entorno familiar.
4. Capacidad para resolver problemas cotidianos. El terapeuta ocupacional evaluará las habilidades instrumentales y la capacidad de gestión de cantidades monetarias pequeñas.

Por otro lado, se explora si el residente presenta ideas estructuradas de suicidio, en cuyo caso se pospone la salida terapéutica hasta reducir la intensidad y deseo de quitarse la vida. No es un criterio de exclusión suficiente que la persona presente deseo de morir, ya que las salidas sin acompañamiento pueden ser valoradas como una herramienta terapéutica eficaz para reducir la resonancia afectiva. En este caso, las

primeras salidas serán con acompañamiento hasta que se reduzca el deseo y la intensidad de quitarse la vida.

- Entrevista familiar o tutor de referencia

Se valora con la familia la posibilidad de integración en la comunidad del residente, considerando si está de acuerdo o no con este tipo de salida. Tanto si la persona tiene capacidad de obrar como si está incapacitada judicialmente, el familiar de referencia, en caso de que lo hubiera, tendrá que firmar un documento afirmando si está de acuerdo. Se busca el compromiso y apoyo por parte de la familia para conseguir un feedback continuo por parte de profesional y familia sobre la situación en la que se encuentra el usuario.

1. En caso de que el familiar de referencia sea el Tutor legal del residente, la firma de este documento es necesaria para realizar las Salidas Terapéuticas.
 - a. En caso de que el Tutor legal sea la Asociación Murciana para la Tutela y Defensa Judicial del Adulto, será ésta la que tenga que firmar el documento
2. En caso de que el familiar sea solo una persona de referencia para el residente, tendrá que comunicar si valora positivamente este tipo de salida. En caso de valorarlo de forma negativa, no será una condición suficiente para impedir las salidas terapéuticas.

- Aplicación de escalas auto-administradas

Las escalas serán aplicadas antes de producirse la primera salida terapéutica y en octubre d 2017. Tras la aplicación de las escalas a los 60 residentes, analizamos 52 casos debido a las dificultades de algunos residentes para completar correctamente. Respondiendo en total 35 personas que han conseguir disfrutar de salidas terapéuticas y 17 que no han salido del recurso sin acompañamiento.

- WHOQOL-BREF e ISMI

Una vez realizada la entrevista clínica y, en caso de disponibilidad, la entrevista familiar, se informa sobre la necesidad de realizar este cuestionario como requisito para realizar las salidas terapéuticas. Tras la explicación de la finalidad del estudio se le proporcionan las instrucciones necesarias para la realización de esta escala. La prueba

es auto-administrada, estando presente un profesional ajeno al estudio para resolver cuestiones y dudas. En caso de analfabetismo o dificultad para ser autoadministrada, la realizará el psicólogo en forma de entrevista.

Se ha aplicado a un total de 60 personas, realizándolo correctamente 52 personas.

- Reunión multidisciplinar

Diariamente se realiza una reunión multidisciplinar compuesta por el subdirector, coordinador, un psicólogo, un terapeuta ocupacional o un integrador social, un fisioterapeuta, monitor de jardinería y carpinteraría, monitor de cerámica y un auxiliar; la reunión tiene las siguientes características:

1. Tiene una duración de 30 minutos.
2. Tiene el objetivo de:
 - a. Proporcionar información relevante sobre la situación actual de los residentes.
 - b. Valorar intervenciones de los diferentes profesionales.
 - c. Valorar alternativas de intervención.
 - d. Aplicabilidad de refuerzos/sanciones
 - e. Valorar cuestiones organizativas y de coordinación.

Una vez recopilada toda la información necesaria por parte del psicólogo, se debate en la reunión multidisciplinar sobre la posibilidad de que un residente pueda o deba realizar salidas terapéuticas. Se produce una recopilación de información y opiniones, todos los profesionales han tenido aproximadamente 1 mes o más para evaluar, observar y conocer a los residentes antes de realizar este tipo de salidas. Es importante valorar que la mayoría de personas han estado entre 5 y 20 años sin salir sin acompañamiento, por lo que consideramos importante saber qué opina cada profesional y cuál es su valoración al respecto.

Este tipo de información es valorada por el psicólogo, no siendo información suficiente o necesaria para determinar la realización de este tipo de salida.

4.2. Análisis de datos

Comparación cuantitativa de los datos obtenidos en el cuestionario pre y post de los residentes que han salido de salidas de acompañamiento y los que no han salido:

1. Residentes que no han disfrutado todavía de salidas sin acompañamiento.
2. Residentes que han disfrutado de salidas sin acompañamiento:
 - a. Aquellos que no realizan actividades comunitarias.
 - b. Aquellos que realizan salidas terapéuticas pero no participan activamente en la comunidad.
 - c. Aquellos que realizan salidas terapéuticas y algún tipo de actividad comunitaria.

Los datos se han procesado informáticamente mediante el paquete estadístico SPSS, versión 20.0. En primer lugar se ha realizado una comparación de medias, una prueba T para muestras relacionadas. En segundo lugar, se ha realizado un análisis de varianza para comprobar si los grupos presentan diferencias significativas a nivel pre y a nivel post.

5. RESULTADOS

5.1. Datos Sociodemográficos

Disponemos de una muestra para analizar de 52 personas (Tabla 1: Datos de la muestra total), de las cuales 41 son hombres y 11 mujeres, con una edad media de 47 años y 51 años respectivamente. Un 78,8% de la muestra presenta el diagnóstico de esquizofrenia paranoide y un 21,2% un trastorno de personalidad. El 80,1% son solteros/as, un 13,5% está separado, un 3,8% viudo y un 1,9% casado. El 65% presenta patología dual. En cuanto a la situación legal, un 32,7% tiene capacidad de obrar y un 67,3% está incapacitado judicialmente, siendo el tutor legal un familiar de referencia del 42,3% y un 25% la Fundación Murciana para la Tutela y Defensa Judicial.

***Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria. TFM
Recuperación/Recovery***

Tabla 1: Datos de la muestra total (n=52)

	Muestra: 52	N	%	Edad Media
Hombres		41	78,8	46,92
Mujeres		11	21,2	51,09
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos		41	78,8	
Trastorno Personalidad		11	21,2	
Estado civil				
• Soltero		42	80,8	
• Casado		1	1,9	
• Separado		7	13,5	
• Viudo		2	3,8	
Patología Dual		34	65,4	
Situación Legal				
• Capacidad de Obrar		17	32,7	
• Tutelado				
○ Familia		22	42,3	
○ Fundación Murciana para la tutela y Defensa Judicial		13	25	

De la muestra de 35 personas que han conseguido realizar salidas sin acompañamiento (Tabla 2: Datos de la muestra Salidas Terapéuticas), solo 5 son mujeres. Predomina la soltería de la muestra con un 77%, siendo un 20% separado, un 2,85% casado y ninguno viudo. Un 80% de la muestra presenta como diagnóstico principal esquizofrenia, y un 20% un trastorno de personalidad Destaca que casi el 70% ha presentado o presenta actualmente un trastorno por consumo de tóxicos y un 60% están incapacitados judicialmente, siendo tutelados por la fundación un 31,4% y por la familia un 28.57%.

Tabla 2: Datos de la muestra Salida Terapéutica (n=35)

	Salidas Terapéuticas N=35	N	%	Edad Media
Hombres		30	85,7	48,16
Mujeres		5	14,3	51,4
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos		28	80	
Trastorno Personalidad		7	20	

Estado civil		
• Soltero	27	77,1
• Casado	1	2,9
• Separado	7	20
• Viudo	0	
Patología Dual	24	68,6
Situación Legal		
• Capacidad de Obrar	14	40
• Tutelado		
○ Familia	10	28,6
○ Fundación Murciana para la tutela y Defensa Judicial	11	31,4

De la muestra de 17 personas que no han conseguido realizar salidas sin acompañamiento (Tabla 3: datos de la muestra No Salidas Terapéuticas) predomina: la soltería de la muestra con un 88%, siendo un 0% separado, un 0% casado y 12% viudo. Un 76,4% de la muestra presenta como diagnóstico principal esquizofrenia, y un 23,5% un trastorno de personalidad. Destaca que un 58% ha presentado o presenta actualmente un trastorno por consumo de tóxicos y un 82,35% están incapacitados judicialmente, siendo tutelados por la fundación un 12% y por la familia un 34,28%.

Tabla 3: Datos de la muestra No Salidas Terapéuticas (n=17)

No realizan Salidas Terapéuticas N=17	N	%	Edad Media
Hombres	11	64,7	43,54
Mujeres	5	29,4	50,83
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	13	76,4	
Trastorno Personalidad	4	23,5	
Estado civil			
• Soltero	15	88,2	
• Casado	0		
• Separado	0		
• Viudo	2	11,8	
Patología Dual	10	58,8	
Situación Legal			
• Capacidad de Obrar	3	17,6	
• Tutelado			

○ Familia	12	70,6
○ Fundación Murciana para la tutela y Defensa Judicial	2	11,8

En resumen, la muestra seleccionada compuesta por 52 residentes del Centro Sociosanitario Cristo de los Mineros, son mayoritariamente varones, más jóvenes en promedio que las mujeres y tienen un estado civil soltero predominante. El diagnóstico más compartido es el de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y, sobre todo, destaca el alto consumo de tóxicos por parte de este colectivo.

5.2.Resultados WHOQOL e ISMI

A continuación comprobaremos los resultados obtenidos tras aplicar ambas escalas en un grupo experimental y un grupo control, siendo el primero el que realiza las salidas terapéuticas y el control que el que no realiza salidas del centro sin acompañamiento profesional.

- Resultados de la prueba WHOQOL-BREF e ISMI, aplicando un pre y un post. Grupo que realiza solo salidas conacompañamiento de profesionales.

Tabla 4: Análisis Estadístico Muestra No Salidas Terapéuticas (n=17)

Estadísticos de muestras relacionadas^a					
		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	CalidadVidaPre	43,9412	17	3,00979	,72998
	CalidadVidaPost	46,3529	17	12,28282	2,97902
Par 2	IsmiPre	76,9412	17	8,54745	2,07306
	IsmiPost	76,8824	17	8,83800	2,14353

a. Integración = No salen sin supervisión

**Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria. TFM
Recuperación/Recovery**

Tabla 5: Análisis T Muestra No Salidas Terapéuticas (n=17)

		Prueba de muestras relacionadas^a					t	gl	Sig. (bilateral)
		Diferencias relacionadas							
		Media	Desviación n típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	CalidadVidaPre – CalidadVidaPost	2,4117 6	14,10257	3,42037	-9,66263	4,83911	-,705	16	,491
Par 2	IsmiPre – IsmiPost	,05882	4,60259	1,11629	-2,30761	2,42526	,053	16	,959

a. Integración = No salen sin supervisión

En este caso no se observan diferencias significativas entre el pre y el post en Calidad de Vida y en Estigma social, del grupo que solo realizan salidas al exterior con supervisión.

- Resultados de la prueba WHOQOL-BREF e ISMI, aplicando un pre y un post. Grupo que sale de Salida Terapéutica pero no participa en actividades comunitarias:

Tabla 6: Análisis Estadístico Muestra Salidas Terapéuticas no participativo (n=17)

		Estadísticos de muestras relacionadas^a			
		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	CalidadVidaPre	46,1765	17	3,20615	,77761
	CalidadVidaPost	53,8824	17	7,40677	1,79641
Par 2	IsmiPre	73,5294	17	2,55239	,61905
	IsmiPost	71,7059	17	2,93182	,71107

a. Integración = Salen y no participa activamente

Tabla 7: Análisis T Muestra Salidas Terapéuticas no participativo (n=17)

		Prueba de muestras relacionadas^a					t	gl	Sig. (bilatera l)
		Diferencias relacionadas			95% Intervalo de confianza para la diferencia				
		Med ia	Desviaci ón típ.	Error típ. de la media	Inferior	Superior			
P	CalidadVidaPre	-	6,45915	1,56657	-	-	-	16	,000
ar	-	7,70			11,0268	4,38490	4,91		
1	CalidadVidaPost	588			7		9		
P	IsmiPre –	1,82	4,12667	1,00086	-,29821	3,94527	1,82	16	,087
ar	IsmiPost	353					2		
2									

a. Integración = Salen y no participa activamente

Se observan diferencias significativas entre el pre y el post en Calidad de Vida pero no en Estigma social, del grupo que realiza salidas terapéuticas pero no participa activamente en actividades comunitarias.

- Resultados de la prueba WHOQOL-BREF e ISMI, aplicando un pre y un post. Grupo que sale de Salida Terapéutica y participa en al menos 1 actividad comunitaria:

Tabla 8: Análisis Estadístico Muestra Salidas Terapéuticas participativo (n=18)

		Estadísticos de muestras relacionadas^a			
		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par	CalidadVidaPre	47,9444	18	8,96052	2,11201
1	CalidadVidaPos	56,0000	18	6,80830	1,60473
t					
Par	IsmiPre	72,2222	18	7,37688	1,73875
2	IsmiPost	66,0556	18	2,91996	,68824

a. Integración = Salen y participa en la comunidad

Tabla 9: Análisis T Muestra Salidas Terapéuticas participativo (n=18)

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilatera l)
		Med ia	Desviaci ón típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
P	CalidadVidaPre	-	7,36024	1,73483	-	-	-	17	,000
ar	-	8,05			11,7157	4,39539	4,64		
1	CalidadVidaPost	556			2		3		
P	IsmiPre –	6,16	7,74786	1,82619	2,31374	10,0195	3,37	17	,004
ar	IsmiPost	667				9	7		
2									

a. Integración = Salen y participa en la comunidad

Se observan diferencias significativas entre el pre y el post en Calidad de Vida y en Estigma social, del grupo que realiza salidas terapéuticas y participa activamente en actividades comunitarias.

- Por otro lado, se ha realizado un análisis de varianzas para comprobar si existían diferencias entre los grupos al inicio y después de realizar las salidas, se realiza un análisis de varianza obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 10: Análisis de Varianzas de 1 factor entre los grupos

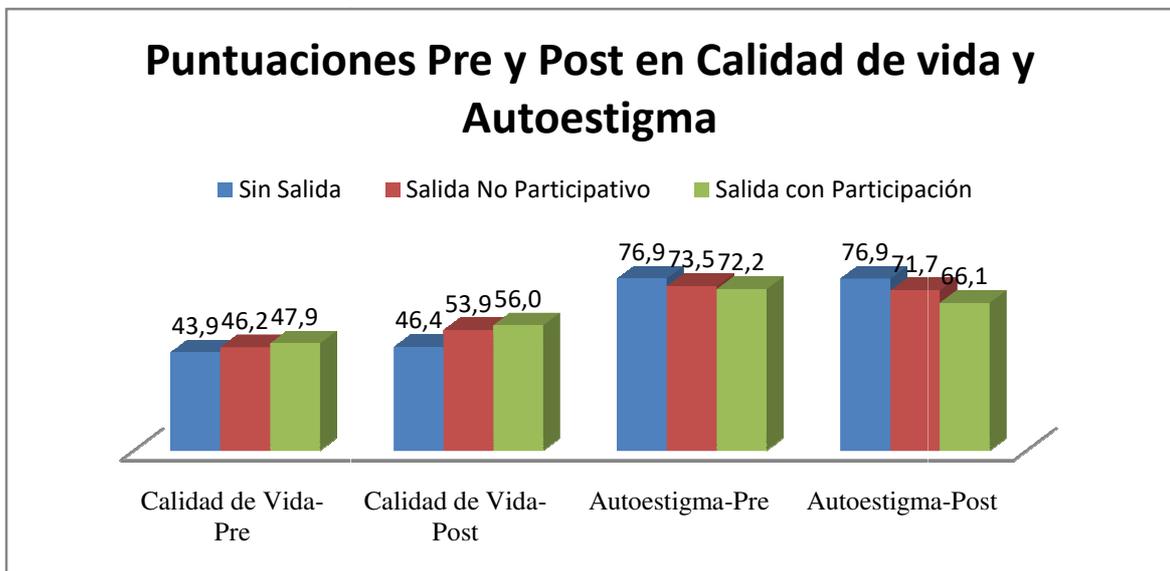
		ANOVA de un factor				
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CalidadVidaPre	Inter- grupos	140,471	2	70,235	2,055	,139
	Intra- grupos	1674,356	49	34,171		
	Total	1814,827	51			
CalidadVidaPos t	Inter- grupos	889,122	2	444,561	5,340	,008
	Intra- grupos	4079,647	49	83,258		
	Total	4968,769	51			
IsmiPre	Inter- grupos	205,789	2	102,895	2,294	,112
	Intra- grupos	2198,288	49	44,863		

	grupos					
	Total	2404,077	51			
IsmiPost	Inter-	1026,588	2	513,294	16,415	,000
	grupos					
	Intra-	1532,239	49	31,270		
	grupos					
	Total	2558,827	51			

No existen diferencias significativas al inicio entre los tres grupos pero sí después de haber realizado las salidas terapéuticas.

En la siguiente ilustración (Ilustración 1: Comparación de puntuaciones pre y post en los diferentes grupos) se pueden observar gráficamente los resultados obtenidos en las escalas calidad de vida y autoestigma tras las aplicaciones pre y post en los distintos grupos: 1) Sin Salida Terapéutica 2) Salida Terapéutica sin participación y 3) Salida terapéutica con una participación activa en la comunidad.

Ilustración 1: Comparación de puntuaciones pre y post en los diferentes grupos



6. DISCUSIÓN

Una vez analizados todos los datos, destaca la mejora del grupo que disfruta de Salidas Terapéuticas y ha logrado participar activamente en la comunidad, tanto en la escala de calidad de vida como en autoestigma percibido. Parece que el hecho de participar en actividades comunitarias como acudir a realizar cursos de costura en la asociación de mujeres de La Unión, realizar horas de gimnasio con la gente del pueblo y un monitor muy sensible, realizar cursos de formación (con otros colectivos no discapacitados que presentan dificultades para integrarse en el mercado laboral), acudir a grupos de lectura en la biblioteca de Cartagena, realizar cursos de inglés, ofimática, administración y jardinería con todo tipo de personas con ganas de estudiar, etc., ha mejorado la percepción subjetiva de calidad de vida y reducido el autoestigma. Destaca que algunos usuarios que han terminado sus cursos, han sido de los pocos que lo han conseguido. Parece que influye el hecho de sacar mejores notas que otros compañeros que no están ingresados en ningún centro ni tienen diagnosticada una enfermedad mental grave, influyendo aparentemente en su estado de ánimo y autoestima.

Por otro lado, también cabe destacar la mejora de la calidad de vida a un nivel significativo del grupo de 35 residentes que disfrutaban de las Salidas Terapéuticas, tanto el grupo que no participa como el que participa activamente en actividades comunitarias. Parece incuestionable el hecho de “sentirse libre” como afirman muchos residentes es una cuestión de necesidad para sentirse mejor y disfrutar de una mejor calidad de vida. Por otro lado, habría que comprobar si este grupo presenta un mayor nivel de funcionalidad y unas capacidades sociales y cognitivas superiores, o de otra índole, que esté influyendo positivamente en el logro de la integración en la comunidad.

En cuanto al autoestigma percibido, el grupo que tiene salidas terapéuticas pero no participa activamente en actividades comunitarias, no ha mostrado cambios significativos en su forma de verse a sí mismo en sociedad. Habría que estudiar cuáles son las variables personales, sociales o ambientales que están afectando a este grupo de personas a no participar activamente en la comunidad, ya que puede haber múltiples causas: paradoja del insight, ausencia de expectativas y proyecto de vida, ausencia de alternativas, falta de apoyos, sensación de abandono y predominio de sentimientos de desesperanza, etc.

Hay un grupo residentes que no participa en la comunidad a través de las Salidas Terapéuticas y no ha mejorado ni su calidad de vida ni el estigma social percibido desde que están viviendo en este recurso. Es destacable que no haya mejorado la calidad de vida percibida, siendo un centro totalmente nuevo que destaca por tener una plantilla de trabajadores nuevos, jóvenes y motivados, aunque con falta de madurez laboral y falta de experiencia. Igualmente, es un dato a estudiar, ya que no es factible centrarse en los residentes que mejor se encuentran y más proyección presentan, olvidando al resto de usuarios. Además, el hecho de que no consigan salir puede deberse a otras variables que estén perjudicando gravemente su funcionamiento, no teniendo las mismas posibilidades que el resto de residentes.

Por último, cabe destacar la ausencia de diferencias significativas entre los 3 grupos antes de realizar las salidas terapéuticas y las diferencias significativas que existen entre los tres grupos más de un año después. Son notables los cambios entre los residentes que han participado en la comunidad, los que han participado de forma más activa y los que lo han hecho solo con supervisión de profesionales. Este dato demuestra lo importante que es confiar en las distintas posibilidades de las personas con Enfermedad Mental Grave, permitiendo y facilitando la necesidad de Participar en la comunidad, con responsabilidad, compromiso y transmitiendo la confianza necesaria por parte de todas las partes implicadas como paso previo a la integración, a la mejora de la calidad de vida, la reducción del estigma social autopercebido e, indirectamente, mejorando los procesos de recuperación.

Uno de los puntos débiles de este trabajo ha sido valorar únicamente la calidad de vida y el autoestigma, sin tener en cuenta variables que puede dificultar o facilitar la recuperación, por ejemplo, las capacidades cognitivas, el nivel de funcionamiento, conciencia de enfermedad, presencia/ausencia de actividad productiva, habilidades relacionales, red de apoyo, apoyo familiar, etc.

7. CONCLUSIONES

1. Los resultados obtenidos muestran la relevancia del modelo comunitario como guía de tratamiento para las personas con enfermedad mental grave. Si nos hubiésemos guiado por el modelo médico tradicional, que determina la recuperación en función de la presencia/ausencia de sintomatología, la mayoría de residentes nunca hubiese participado en la comunidad impidiendo reducir el estigma social percibido y aumentar la calidad de vida.
2. El hecho de que 1) el mayor índice de recuperación, medido a través de la calidad de vida y autoestigma, se observe en personas que han participado activamente en la comunidad y el hecho de que 2) no haya diferencias significativas entre los tres grupos antes de realizar las salidas terapéuticas y sí un año después, sugiere que el lugar en el que debemos enfocar todos los esfuerzos es en la participación activa en la comunidad, logrando que no solo las instituciones públicas se esfuercen en la integración (como se ha logrado con los servicios de sanidad), sino que sea la sociedad en su conjunto quien facilite la participación e integración en un entorno de alta exigencia, logrando desarrollar una infraestructura integral de servicios comunitarios que facilite una continuidad de cuidados y un seguimiento adecuado.
3. Es esencial encontrar las actividades que le guste a cada persona individual, ya que la mejora en calidad de vida y la reducción del autoestigma ha sido, sobre todo, en aquellas personas que realizan actividades con las que disfrutan y tienen deseo por su utilidad, ocio, etc.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andresen, R., Oades, L., y Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586–594.

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/h0095104>

Aretio A. (2009). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 289–300.

Arnaiz A., y Uriarte J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria y Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental*.

Bellack, A. S. (2005). Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts and Implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432–442. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj044>

Corrigan, P. W. (2006). *Beat the Stigma and Discrimination!. Four Lessons for Mental Health Advocates* (Patrick W Corrigan). Center for Psychiatric Rehabilitation at Evanston Northwestern Healthcare and The Chicago Consortium for Stigma Research: Patrick W Corrigan.

Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQoL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile*, 13, 579–86

Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(2), 68–74.

Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria* (1a ed). Barcelona: Paidós.

Harrow, M., Grossman, L. S., Jobe, T. H., y Herbener, E. S. (2005). Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 723–734. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi026>

Harrow, M., Hansford, B. G., y Astrachan-Fletcher, E. B. (2009). Locus of control: Relation to schizophrenia, to recovery, and to depression and psychosis — A 15-year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 168(3), 186–192. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.002>

Lieberman R. y Kopelwicz A. (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación psicosocial*, 1, 12–29.

Livingston, J. D., y Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71, 2150–2161.

Muñoz M., Sanz M., Pérez-Santos E. Estado del conocimiento del estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental (2011). *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 7, pág. 41–50.

Navarro, D., García-Heras S., Carrasco O. y Casas A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Intervención Psicosocial*, 17(3), 321–336.

Ritsher, J.B., Otilingam, P.G. and Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49.

Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., yCorrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150(1), 71–80. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.07.005>

Yanos, P. T., Roe, D., yLysaker, P. H. (2010). The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 73–93. <https://doi.org/10.1080/15487761003756860>

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1: Cuestionario Calidad de Vida WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas					

	dos semanas					
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadam ente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán	1	2	3	4	5

	saludable es el ambiente físico a su alrededor?					
	Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.					
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades ?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la	1	2	3	4	5

	información que necesita en su vida diaria?					
1 4	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1 5	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas					
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1 6	¿Cuán satisfecho está con su	1	2	3	4	5

	sueño?					
1 7	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
1 8	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
1 9	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
2 0	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
2 1	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
2 2	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
2 3	¿Cuán satisfecho está de las condiciones	1	2	3	4	5

	del lugar donde vive?					
2 4	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
2 5	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
	La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?					
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
2 6	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

9.2. Anexo 2: Escala ISMI.

Opciones de respuesta:

1. Totalmente en desacuerdo
2. Algo en desacuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Totalmente de acuerdo

1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque tengo una enfermedad mental
2. Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas
3. La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental
4. Evito relacionarme con personas que no tienen enfermedad mental para evitar el rechazo
5. Estoy avergonzado de tener una enfermedad mental
6. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse
7. Las personas con enfermedad mental hacen contribuciones importantes a la sociedad
8. Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental
9. No me relaciono tanto como solía porque mi enfermedad mental podría hacerme parecer o comportarme raro
10. Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida plena y gratificante
11. No hablo mucho de mí mismo porque no quiero agobiar a los demás con mi enfermedad mental
12. Los estereotipos negativos sobre la enfermedad mental me mantienen aislado del mundo «normal»
13. Estar entre personas que no tienen enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar o inadecuado
14. Me siento cómodo si me ven en público con una persona que es evidente que tiene enfermedad mental
15. La gente a menudo tiene una actitud paternalista conmigo, o me trata como a un niño, ~ solo porque tengo una enfermedad mental
16. Estoy decepcionado conmigo mismo por tener una enfermedad mental
17. Tener una enfermedad mental ha echado a perder mi vida
18. La gente puede decir que tengo una enfermedad mental por mi aspecto
19. Debido a que tengo una enfermedad mental, necesito que los demás tomen la mayoría de las decisiones por mí

20. Me mantengo apartado de situaciones sociales con el fin de no avergonzar a mi familia o amigos
21. Las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme
22. La gente me ignora o me toma menos en serio solo porque tengo una enfermedad mental
23. No puedo contribuir en nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental
24. Vivir con una enfermedad mental me ha hecho una persona fuerte
25. Nadie estaría interesado en relacionarse conmigo porque tengo una enfermedad mental
26. En general, soy capaz de vivir la vida de la manera que quiero
27. Puedo tener una vida plena y satisfactoria, a pesar de mi enfermedad mental
28. Algunas personas piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental
29. Los estereotipos sobre la enfermedad mental son aplicables a mí