

CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE HA DIAGNOSTICADO UNA ENFERMEDAD MENTAL. EL ABORDAJE DEL EQUIPO DE PROFESIONALES

QUALITY OF LIFE OF PERSONS WHO HAVE BEEN DIAGNOSED WITH A MENTAL ILLNESS. THE BOARDING TEAM

DECS

Calidad de vida, salud mental, Terapia Ocupacional.

MESH

Quality of life, mental health, Occupational therapy.



Autoras:

Dña. Cristina Esmerode Iglesias

Terapeuta ocupacional.

Dña. Sonia Montes Bernardo

Terapeuta ocupacional.

Como citar este documento:

Esmerode Iglesias C, Montes Bernardo S. Calidad de vida de las personas a las que se ha diagnosticado una enfermedad mental. El abordaje del equipo de profesionales. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2009 [-fecha de la consulta-]; 6(10): [23p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num10/pdfs/original2.pdf>

Texto recibido: 29/06/2009

Texto aceptado: 17/08/2009

Introducción

Realizamos esta investigación con el fin de conocer la opinión de los usuarios de recursos de salud mental con respecto al tipo de abordaje por parte de los profesionales socio-sanitarios. Con dicha información concluiremos cómo influye el tipo de abordaje profesional en la satisfacción que tienen los usuarios de servicios de salud mental, con respecto a diversos aspectos de la vida diaria, como salud, relaciones sociales, ocio, trabajo, familia, etc. Todo ello, con el objetivo de obtener información para posibles mejoras en la calidad asistencial y, por tanto, en la calidad de vida de las personas/usuarios.

Se hallan numerosos estudios sobre la calidad de vida, pero menos, que analicen la relación entre el abordaje profesional durante el tratamiento o la intervención y la calidad de vida de las personas que lo reciben.

Nos parece interesante tener una

RESUMEN

Creemos que existe una problemática en la sociedad actual, se trata del apartheid, la privación y la injusticia ocupacional que sufren las personas que tienen una realidad diferente a lo que se considera "normal", en este caso en concreto, las personas diagnosticadas de enfermedad mental. Debido a que son consideradas simplemente como "enfermos, discapacitados, pacientes, minusválidos..." se les niega el derecho y la participación digna y significativa en ocupaciones de la vida diaria. Se pone en riesgo su salud y su bienestar y se crea un estado de exclusión en la participación en ocupaciones necesarias y/o significativas debido a factores que mantienen fuera el inmediato control del individuo. Existen muchos factores que influyen en esta situación: la sociedad, la política, los medios de comunicación, etc.¹; en este caso nos centramos en los profesionales de la salud, porque consideramos que son parte responsable de la creación del rol e identidad de enfermo y el estigma social, impidiendo la integración plena en la comunidad. Se trata de un estudio descriptivo transversal, la metodología utilizada es cuantitativa, con algunas variables de respuesta abierta. Utilizamos como técnica de recolección de datos el Cuestionario "Satisfacción y calidad de vida" no estandarizado, basado en la revisión de diversas escalas, encuestas y cuestionarios estándares entre los que se encuentran: Entrevista de Calidad de Vida de Lehman, Cuestionarios de satisfacción utilizados en diversos recursos de salud mental, evaluación de un programa de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental crónica en la comunidad, cuestionario de calidad de vida del Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicción.

SUMMARY

We believe there is a problem in today's society, question of apartheid, occupational deprivation and injustice suffered by people who have a different reality to what is considered "normal" in this case, people diagnosed with mental illness. Because they are regarded simply as "ills, disabled, patients..." are denied the right and decent and meaningful participation in occupations of daily life. It threatens their health and well-being and creates a state of exclusion from participation in occupations necessary and / or due to significant factors that remain outside the immediate control of the individual. There are many factors influencing this situation: society, politics, media, etc.¹; in this case we focus on health professionals, because we believe they are partly responsible for creating the role and identity of patients and social stigma, preventing the full integration into the community. This is a descriptive cross-sectional study, the methodology is quantitative, with some open-response variables. We use as data collection techniques, the questionnaire "satisfaction and quality of life" is not standardized, based on a review of various scales, surveys and questionnaires standards which include: Quality of Life Interview Lehman, satisfaction questionnaires used in various mental health resources, evaluation of a psychosocial rehabilitation program for people with chronic mental illness in the community, quality of life questionnaire of the Department of Mental Health and Addiction Services.

visión lo más realista posible sobre estos aspectos, por ello hemos considerado importante, recabar información sobre la percepción que tiene la persona sobre el abordaje profesional y buscar el grado de relación con su calidad de vida. La calidad de vida va más allá de las clásicas mediciones relacionadas con la enfermedad, como síntomas, afectaciones y discapacidades, para incluir la experiencia subjetiva de los usuarios sobre sus condiciones de vida objetivas.

Malm y cols., 1981, afirman que existe un amplio espectro de factores en el medio social y material junto con lo subjetivo, contribuyendo a su calidad de vida en conjunto. Debemos evaluar este espectro de factores para tener una visión global de las personas. La existencia es algo más que síntomas y conducta; más que felicidad; más que adaptación, cumplimiento del rol y logros sociales; más que ingresos, recaídas, días de hospitalización y carga para la familia.

Son partes de la existencia pero no lo son todo.

Aunque los ingresos bajos, la falta de libertad y el escaso apoyo social pueden ser relevantes para la salud, hay una tendencia a excluir estos aspectos generales cuando se trata de calidad de vida y problemas de salud, y a centrarse en aspectos de la capacidad funcional, directamente relacionados con la enfermedad (Guyatt y cols., 1993).

El movimiento pro calidad de vida en medicina incrementó por la insatisfacción de los consumidores con respecto a la asistencia médica durante los años sesenta y setenta. Un aspecto específico de esta insatisfacción fue que, en el intento de prolongar la vida a cualquier precio, y haciendo hincapié exclusivamente en las necesidades terapéuticas, se tendió a pasar por alto las necesidades humanas básicas de las personas, como el bienestar, la autonomía y el sentido de la propiedad. Según Albrecht y Fitzpatrick (1994), la evaluación de la calidad de vida ha de considerar tres aspectos: el bienestar subjetivo y la satisfacción, la funcionalidad objetiva en los roles sociales y las circunstancias ambientales². Estos tres aspectos han fundamentado el enfoque de nuestra investigación, de manera que se ha elaborado una encuesta que intenta recabar información relativa a ellos.

La Estrategia Nacional de Salud Mental afirma que, cada vez se hace más evidente la necesidad de un cambio en la visión que tiene la sociedad sobre la enfermedad mental, un conocimiento más cercano y una mejor difusión en los medios. Es uno de los caminos indispensable para que la sociedad no dificulte la plena integración de las personas con enfermedad mental³. Eso está en manos de muchos, pero los profesionales de la salud somos los primeros que debemos impedir que esto ocurra, de ahí la elección de este tema.

Las Terapeutas Ocupacionales Elizabeth Gomez Mengelberg y Marcela Capozzo, en su investigación "Dimensión subjetiva y satisfacción personal: puntos de partida para la práctica de la Terapia Ocupacional centrada en el cliente",

afirman que el acceder al conocimiento de la propia percepción de una persona con enfermedad mental acerca de su funcionamiento psicosocial en las diversas áreas ocupacionales: laboral, contacto social, recursos económicos, vida de relación en la pareja y en la familia...nos permitirá conocer si efectivamente perciben una falta de satisfacción y contar con elementos para elaborar estrategias de intervención que posibiliten priorizar su dimensión particular: considerando tanto las necesidades, el modo de participación, como el nivel de satisfacción que experimenta en relación con su vida⁴.

A pesar de la creciente importancia de la calidad de vida en la planificación, prestación y evaluación de los servicios de salud mental, su conceptualización teórica en las personas con enfermedad mental crónica apenas se ha desarrollado. Mientras que se han hecho progresos considerables en los últimos 15 años en el establecimiento de medidas y escalas de bienestar subjetivo, la pregunta fundamental acerca de cómo las personas evalúan su bienestar subjetivo permanece prácticamente sin respuesta. El número creciente de estudios de investigación en esta área ha generado muy poca teoría, y muy pocos de los hallazgos empíricos se han relacionado con un marco teórico global. Como resultado existen lagunas teóricas importantes en la bibliografía y muchos de los puntos esenciales conceptuales y metodológicos permanecen sin resolver².

En resumen, la extensión de las enfermedades mentales, su gravedad y la tendencia a aumentar en el futuro, así como los cambios conceptuales y técnicos habidos en las últimas décadas en relación con su abordaje, requieren una nueva visión y una nueva forma de organizar y prestar los servicios de salud mental.

En esta investigación nos centramos en la visión de los profesionales de la salud, precisamente porque creemos que en ellos existe un poder implícito de influencia en la sociedad, en este caso, más concretamente, en los usuarios de sus servicios; si ellos tratan a las personas desde una visión respetuosa,

igualitaria y positiva, tanto a las personas afectadas por una enfermedad mental como a su entorno más cercano, absorberán esta visión y esta, a su vez, podrá influir en la calidad de vida de la persona con enfermedad mental.

Desde nuestra perspectiva, no alcanza con sólo evaluar cómo es el funcionamiento psicosocial de las personas, sino que es preciso analizar su satisfacción vital, qué factores influyen en la percepción de los usuarios sobre su calidad de vida, entre los que se encuentra el tipo de abordaje terapéutico por parte de los profesionales con los que mantienen contacto constante a lo largo de su proceso rehabilitador.

Marco de referencia ocupacional y fundamentos teóricos

El núcleo del problema que queremos investigar a través de este proyecto es la influencia que tiene en la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, la visión del equipo de profesionales que les atienden.

El establecimiento de espacios de encuentro entre las personas y los profesionales, tiene que tener su base en la filosofía humanista, en el arte, que inspira y debe inspirar nuestra práctica con las personas. De ahí, la importancia adquirida de una práctica centrada en la persona, en el reconocimiento de su condición y en el potencial que todo ser humano posee, en esas capacidades y fortalezas, presentes o latentes. Por ello mismo, se debe reafirmar la condición de la persona, aceptando su situación y evitando caer en prejuicios y valoraciones negativas a su condición.

La relación terapéutica surge, por tanto, de los espacios de encuentro, de una empatía que si bien nos podemos ayudar de libros y textos, no será suficiente si no se acompaña de esa escucha, de esa mirada sincera a la realidad y a los ojos de las personas.

La base de toda intervención se sustenta en la relación terapéutica, basada, según Rogers, en la empatía, la autenticidad y la aceptación¹.

Las bases teóricas que apoyan un enfoque humanista y holístico de la persona y de las cuales nos servimos para sustentar esta investigación son el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional, el Programa Asertivo Comunitario y el Modelo Kawa.

A continuación se realizará un breve análisis de cada modelo.

Modelo canadiense del desempeño ocupacional (MCDO). Análisis desarrollado por Salvador Simó Algado y Reg Urbanowski

Es un modelo de 1997, que describe el punto de vista de la Terapia Ocupacional sobre la relación dinámica y entrelazada entre las personas, su medio ambiente y la ocupación, que resulta en el desempeño ocupacional de la persona a lo largo de su vida. Se basa en una perspectiva centrada en el cliente.

El MCDO ve a las personas como seres espirituales que son agentes activos con el potencial para identificar, escoger e involucrarse en ocupaciones en su medio ambiente, y que pueden participar como compañeros dentro de una práctica centrada en la persona.

Se trata de capacitar para la ocupación, que se refiere al proceso de posibilitar, capacitar, facilitar, guiar, educar, promover, entrenar, escuchar, reflexionar, animar,... Es la búsqueda de un protagonismo de la persona en su proceso de recuperación. Implica el comprender y desarrollar un tipo de relación con las personas y hacer un uso consciente del self.

Los diferentes grupos de personas con discapacidad quieren remover las etiquetas deshumanizantes, las cuales las tratan como objetos, como las del retrasado mental, el discapacitado o el viejo. En vez de ello quieren ser reconocidos como personas primero, con calificativos añadidos tan solo si es necesario o apropiado en contextos específicos. Esto implica que veamos a la

persona en su totalidad, no sólo la enfermedad, vemos una persona con su potencial y sus dificultades, sus sentimientos, sus esperanzas, su contexto...

La terapia centrada en la persona busca su protagonismo en el proceso terapéutico, en un proceso de colaboración con el terapeuta ocupacional⁶.

Programa Asertivo Comunitario

El principal objetivo de este modelo, es garantizar la prestación de unos cuidados y tratamientos integrados, favoreciendo la accesibilidad de los servicios asistenciales y comunitarios a los usuarios y familiares, permitiendo así cubrir las necesidades básicas de las persona, evitar recaídas y conseguir la máxima integración en la comunidad, promoviendo una vida lo más autónoma y de calidad posible.

Su fin es mantener en la comunidad a personas que tienen afectada su salud mental con criterios de normalización e integración social, apoyando a los equipos de salud mental y complementando acciones de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario. Además elabora actuaciones sobre poblaciones de riesgo con los servicios sociales del área⁷.

Modelo Kawa. Michel Iwama

El modelo Kawa representa un intento por parte de un grupo de terapeutas ocupacionales japoneses de desarrollar un modelo conceptual de Terapia Ocupacional con relevancia cultural y seguro, que ha surgido del contexto social japonés y utiliza conceptos extraídos de su léxico, emanando de una estructura que discrepa del conocido modelo racional científico y de la teoría cuantitativa convencional.

Kawa es la palabra japonesa que designa río y es una metáfora conocida de la vida. El modelo considera que la vida es un viaje complejo y profundo, que fluye a través del tiempo como un río, que fluye desde el nacimiento hasta su muerte. El estado de bienestar óptimo en la vida o río de uno puede representarse metafóricamente por medio de una imagen de corriente fuerte,

profunda y libre de obstáculos. Ciertas estructuras y componentes de un río pueden afectar a su curso. Las rocas (circunstancias de la vida), las paredes y el lecho del río (entorno), y los troncos que arrastra (recursos y desventajas) son todas partes inseparables de un río que determinan su curso. Por lo tanto, el propósito de la Terapia Ocupacional, desde esta perspectiva, es ayudar a aumentar y mejorar el flujo vital.

El modelo Kawa intenta establecer un marco de referencia para conducir a las personas y a sus realidades cotidianas a un mayor estado de armonía y de sincronidad. Representa un intento muy novedoso por parte de los especialistas para basar su práctica de la Terapia Ocupacional en una forma culturalmente segura y significativa, y poderosamente beneficiosa para sus clientes⁶.

Las bases teóricas que apoyan un enfoque médico-biológico-científico, centrado en la patología, son, entre otros, el Modelo Médico. Éste es un modelo reduccionista contrario a los planteamientos de este proyecto, se relaciona con el abordaje profesional basado en las dificultades en lugar de las potencialidades.

Modelo Médico (biológico).

El Modelo Médico se trata de un modelo que centra su atención en el síntoma, en lo defectual o en lo disfuncional. Está basado en la medicina biológica, lo que implica exclusividad de disciplinas creando barreras infranqueables a otras profesiones (sanitarias, sociales, educativas...).

Su objetivo general es lograr la curación, la eliminación del síntoma. La visión que tiene de la persona es fragmentada. Establece claras divisiones entre cuerpo y mente y entre diferentes aparatos o sistemas del cuerpo. Concibe a la persona que solicita o requiere de su intervención como un sujeto pasivo (paciente), un mero receptor de sus prescripciones, carente de capacidades útiles en la resolución de su malestar.

Enfatiza lo observable (los síntomas, los signos, las pruebas de imagen), lo subjetivo sólo tiene valor informativo para la formulación del diagnóstico y el seguimiento del tratamiento. El profesional adopta un rol de "experto", manifiesta una actitud directiva en el marco de una relación terapéutica no equilibrada⁸.

Objetivos

Los objetivos principales de esta investigación son:

- a. Conocer el nivel de satisfacción en relación a la salud, actividades cotidianas, sueño, familia, trabajo, relaciones sociales, ocio, situación económica y participación en la comunidad, de las personas con enfermedad mental con respecto al trato que reciben por parte de los profesionales socio-sanitarios.
- b. Identificar la opinión que tienen los usuarios de servicios de salud mental en relación al tipo de abordaje (basado en potencialidades vs dificultades) más utilizado por parte de los profesionales.
- c. Conocer la calidad de vida de las personas que acuden a algunos servicios de salud mental.
- d. Analizar las relaciones que existen entre el tipo de abordaje (basado en potencialidades vs dificultades) del profesional percibido por la persona diagnosticada con trastorno mental y su calidad de vida.
- e. Conocer si existe relación entre el abordaje centrado en la persona por parte del profesional, y la autoestima de la persona (entendida como bienestar subjetivo).

Hipótesis

- a. "El nivel de satisfacción de las personas con enfermedad mental respecto al trato de los profesionales (escucha, comprensión y empatía) es elevado".
- b. "Los usuarios de servicios de salud mental, opinan en mayor medida, que el abordaje por parte de los profesionales se basa en sus dificultades".

c. "La calidad de vida de las personas que acuden a algún servicio de salud mental es elevada".

d. "La percepción que tiene la persona sobre un enfoque o abordaje centrado en ella (caracterizado por contemplarla de manera global y teniendo en cuenta sus potencialidades, no exclusivamente desde la enfermedad, el síntoma o sus dificultades), se relaciona positivamente con su calidad de vida".

e. "La visión o abordaje centrado en la persona por parte del profesional, se relaciona con la autoestima de la persona".

Variables

Teniendo en cuenta las hipótesis comentadas, las variables son:

a. "Percepción de los usuarios de recursos de salud mental sobre la satisfacción con los servicios prestados en relación con el buen trato recibido por parte de los profesionales".

Para medir la variable, hemos valorado la actitud del profesional frente a la persona/usuario, en relación a la escucha, comprensión y empatía. También hemos considerado la actitud de superioridad, la de igual a igual, la de indiferencia u otras.

b. "Percepción sobre el abordaje o enfoque centrado en la persona, por parte de la persona diagnosticada con un trastorno mental".

Para medir esta variable se ha tenido en cuenta que la persona se haya sentido escuchada, que se haya sentido comprendida y que se centren en su vida en general y características positivas (proyectos de vida, ilusiones, sueños, habilidades, familia, amigos...). En el lado opuesto estaría que no se haya sentido escuchada, comprendida o que se centren en su enfermedad y sus dificultades (diagnóstico, síntomas, medicación,...). Estos criterios se corresponden con el Modelo Canadiense, descrito en el apartado de marcos de referencia.

c. "Percepción de la persona diagnosticada con un trastorno mental, sobre su calidad de vida".

Para medir esta variable se tendrá en cuenta el grado de satisfacción que tiene la persona en relación a su salud, actividades cotidianas (aseo, alimentación, uso de transporte, compras, cuidado de animales...), sueño/descanso, familia, trabajo, relaciones sociales, ocio, situación económica y participación en la comunidad (cine, deportes, cultura...). Estos criterios se han considerado relacionando la calidad de vida en base a la fundamentación teórica propia de la Terapia ocupacional (Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de competencia y proceso).

d. Las variables se corresponden con las del segundo y tercer objetivo. En este caso se analizaría la relación entre ellas.

e. "Autoestima de la persona en relación al abordaje profesional centrado en ella".

Para medir dicha variable, hemos tenido en cuenta si el abordaje profesional se centra en su enfermedad y dificultades (diagnóstico, síntomas, medicación) provocando una disminución en su autoestima y una sensación de no avance en el proceso de recuperación; o, por el contrario, en su vida en general y sus características positivas (proyectos de vida, ilusiones, sueños...) provocando un aumento de su autoestima con su consecuente mejora en la recuperación.

Material y Método

Población y Muestra

La muestra es no probabilística e intencional. Está compuesta por personas que han recibido algún diagnóstico de enfermedad mental y que acuden a diversos recursos de salud mental de diferentes zonas geográficas de España. Los servicios a los que hemos accedido son; en A Coruña dos Hospitales de Día,

en Pontevedra diversos centros privados de salud mental y en Madrid un centro de Rehabilitación Psicosocial.

Son personas que voluntariamente acceden a realizar el cuestionario presentado por las investigadoras y que, como únicos requisitos, se plantearon la mayoría de edad, el diagnóstico de enfermedad mental y acudir a recursos de salud mental. Como únicos datos personales recogidos con respecto a las personas encuestadas hacen referencia a su edad y sexo, lugar de residencia y profesión (ver tablas 1, 2 y 3).

Debido a que el procedimiento es voluntario y el acceso a una amplia cantidad de recursos de salud mental es complicado, la muestra que hemos obtenido es de 50 cuestionarios. El hecho de que el tamaño de la muestra no sea muy extenso y que el procedimiento no esté basado en el azar, significa que será poco representativa y que no se podrá generalizar a todo el conjunto de personas diagnosticadas de trastorno mental. Las conclusiones del estudio sólo se podrán aplicar a las personas estudiadas, por lo tanto, no tiene validez externa.

Hemos accedido a la muestra a través del contacto con los Terapeutas Ocupacionales de los dispositivos y remitiendo el Anteproyecto a la Dirección Médica de dichos recursos.

Técnicas de recolección de información

Como instrumento de investigación utilizaremos un cuestionario que contiene las preguntas que consideramos necesarias para conseguir la información que nos llevará a los resultados. Dichos cuestionarios serán cubiertos por usuarios de diversos recursos de salud mental.

El cuestionario consta de 9 preguntas de las cuales evalúan el tiempo que lleva la persona asistiendo al servicio de salud mental (ver tabla 4); la percepción de

la persona sobre la atención que recibe en los recursos ; la percepción de escucha y comprensión por parte de los profesionales; los contenidos personales sobre los que se centra el profesional (basado en su potencialidades vs limitaciones) (ver tabla 5); la percepción por parte del usuario con respecto a la visión de los profesionales (si le afecta o si la actitud es de superioridad, de igual a igual, de indiferencia u otros), y cómo esto influye en su autoestima y el proceso de recuperación (ver tabla 6); y la percepción de calidad de vida de las personas con un diagnóstico de enfermedad o trastorno mental.

Técnicas de Análisis

Se ha comprobado la normalidad de las variables de escala mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov con el nivel de significación de Lilliefors. Se han calculado proporciones y medias con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, así como medianas, cuartiles y rango intercuartílico en su caso. Para la comparación de variables se han utilizado las pruebas de contraste de hipótesis apropiadas (χ^2 , U de Mann-Whitney, Kolmogorov-Smirnov) dependiendo de la asunción o no de normalidad de los datos. Se ha utilizado el nivel de significación 0,05.

Resultados

A continuación, se expone una descripción de las características de la muestra estudiada.

		Sexo					
		H		M		Total	
		Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
Edad	hasta 29	12	29,3%	3	7,3%	15	36,6%
	30 a 39	7	17,1%	7	17,1%	14	34,1%

40 y más	6	14,6%	6	14,6%	12	29,3%
Total	25	61,0%	16	39,0%	41	100,0%

Tabla 1. Edad y sexo de las personas encuestadas. Esmerode C; Montes S. 2009

		Recuento	% del N de la columna
Lugar Residencia	A Coruña	16	32,0%
	Ferrol	6	12,0%
	Madrid	25	50,0%
	N.C	1	2,0%
	Pontevedra	2	4,0%
	Total	50	100,0%

Tabla 2. Lugar de residencia de las personas encuestadas. Esmerode C; Montes S.2009

		Recuento	% del N de la columna
Profesión	Ama de casa	2	4,0%
	Carpintería	1	2,0%
	Celador	1	2,0%
	Comercial	1	2,0%
	Desempleo	3	6,0%
	Electricista	2	4,0%
	Estudiante	4	8,0%
	Hostelería	1	2,0%
	Jardinería	1	2,0%
	Limpieza	1	2,0%
	N.C	23	46,0%
	Panadería	1	2,0%
	Paro	5	10,0%
	Profesor	2	4,0%
	Técnico	1	2,0%
	Vigilante seguridad	1	2,0%
	Total	50	100,0%

Tabla 3. Profesión de las personas encuestadas. Esmerode C; Montes S.2009

		Recuento	% del N de la tabla
¿Cuánto tiempo lleva acudiendo al servicio de Salud Mental?	De 0 a 6 meses	11	22,0%
	De 6 meses a un año	10	20,0%
	Entre uno y cinco años	17	34,0%
	Más de cinco años	12	24,0%
	Total	50	100,0%

Tabla 4. Tiempo de asistencia de las personas encuestadas a los servicios de salud mental. Esmerode C; Montes S. 2009

Atención del profesional y comprensión		Recuento	% del N de la tabla
¿Siente que le escuchan?	Si	46	92,0%
	No	4	8,0%
	Total	50	100,0%
¿En qué nota que le escuchan?	El profesional me mira cuando hablo	3	6,5%
	El profesional me mira cuando me habla	1	2,2%
	El profesional me pregunta y deja que exprese todo lo que necesito	12	26,1%
	El profesional responde a mis demandas y preguntas	11	23,9%
	Otros	19	41,3%
	Total	46	100,0%
	¿Se siente comprendido?	Si	49
	No	1	2,0%
	Total	50	100,0%
¿En qué nota que le comprenden?	El profesional considera mis opiniones y criterios.	18	36,7%
	El profesional responde a mis demandas y si no lo hace justifica por qué.	9	18,4%
	El profesional me devuelve o resume la información que le trasmito.	5	10,2%
	Otros	17	34,7%
	Total	49	100,0%

Tabla 5. Percepción de las personas encuestadas en relación a la atención prestada por los profesionales de la salud mental. Esmerode C; Montes S. 2009

Los resultados que obtenemos con respecto al objetivo a, la comparación de los niveles de satisfacción en relación al trato recibido por parte de los profesionales (ver tablas 7 y 8), muestran lo siguiente:

No se observan diferencias importantes en la satisfacción con la salud que se sitúa en una puntuación próxima a 6-7 en todas las categorías de trato recibido (regular, bueno, muy bueno y excelente). Lo mismo sucede con la satisfacción en el trabajo, que se sitúa en una puntuación entre 2,5 y 4,5; en la satisfacción con respecto a la situación económica, las puntuaciones se encuentran entre 3 y 5; y en la satisfacción con la participación en la comunidad, la puntuación oscila entre 5 y 6. En el caso de la satisfacción del ocio hay un dato que destaca con respecto a las demás categorías (regular, muy bueno y excelente), que tienen una puntuación entre 5 y 7. Se trata de la categoría de trato bueno, donde se obtiene una puntuación de 4,40. En ninguno de los casos la diferencia es estadística significativa ($p > 0,05$).

Tipo de abordaje profesional, repercusiones sobre imagen y proceso de recuperación, actitud de los profesionales	Recuento	% del N de la tabla
--	----------	---------------------

Los profesionales de la salud, se centran más en:	Su enfermedad y sus dificultades (diagnóstico, síntomas, medicación,...)	19	38,0%
	Su vida en general y características positivas	31	62,0%
	Total	50	100,0%
¿Afecta la visión de los profesionales en la imagen que tiene usted de sí mismo?:	Si	35	70,0%
	No	15	30,0%
	Total	50	100,0%
¿En qué nota que le afecta en su imagen?	Nota la autoestima más alta.	28	80,0%
	Nota la autoestima más baja.	7	20,0%
	Total	35	100,0%
El trato de los profesionales ¿influye en el proceso de recuperación?:	Sí, me encuentro más positivo y mejora la recuperación.	37	74,0%
	Sí, tengo la autoestima baja y no veo el avance en la recuperación.	3	6,0%
	No me influye.	2	4,0%
	Otros:	8	16,0%
	Total	50	100,0%
Por parte de los profesionales percibe:	Actitud de superioridad.	4	8,0%
	Le tratan de igual a igual.	42	84,0%
	Indiferencia.	2	4,0%
	Otros:	2	4,0%
	Total	50	100,0%

Tabla 6. Tipo de abordaje profesional, repercusiones sobre la imagen y proceso de recuperación de las personas encuestadas; actitud de los profesionales. Esmerode C; Montes S. 2009

En la satisfacción con las actividades cotidianas se aprecia cómo los usuarios de recursos de salud mental que reciben un trato regular muestran una puntuación de satisfacción más baja (inferior a 6) que el resto de las categorías (superior a 7). También se observa una pequeña diferencia en la satisfacción con la familia con respecto a las personas que reciben un trato regular y bueno, que obtienen una puntuación entre 5 y 6, y los que reciben un trato muy bueno o excelente, que obtienen una puntuación entre 6 y 8. En ambos casos, la diferencia no es estadísticamente significativa ($p > 0,05$) probablemente debido al tamaño muestral reducido. Lo mismo sucede con el nivel de satisfacción con el sueño, en este caso también es menor en las personas que reciben un trato regular o bueno (puntuación que apenas alcanza el 6) respecto a los que reciben un trato muy bueno o excelente, que tienen puntuaciones en el entorno de 7'5, no alcanzando significación estadística ($p = 0,15$).

Niveles de satisfacción sobre diferentes aspectos en una puntuación de 1 a 10	Recuento	Media	Desviación típica	Mediana	Percentil 25	Percentil 75

Nivel de Satisfacción con su salud	50	6,46	2,11	6,00	5,00	8,00
Nivel de Satisfacción con sus actividades cotidianas	50	6,96	1,87	7,00	6,00	8,00
Nivel de Satisfacción con su sueño/descanso	50	7,08	2,58	7,00	6,00	10,00
Nivel de Satisfacción con su familia	50	6,72	2,72	7,00	5,00	9,00
Nivel de Satisfacción con su trabajo	50	3,16	2,90	1,00	1,00	5,00
Nivel de Satisfacción con sus relaciones sociales	50	5,78	2,71	7,00	4,00	8,00
Nivel de Satisfacción con su ocio	50	6,18	2,33	6,50	5,00	8,00
Nivel de Satisfacción con su situación económica	50	4,32	2,17	5,00	3,00	6,00
Nivel de Satisfacción con su participación en la comunidad	50	5,42	2,20	5,00	5,00	7,00

Tabla 7. Nivel de satisfacción de las personas encuestadas (I). Esmerode C; Montes S. 2009

Nivel de satisfacción respecto al trato	Trato que recibe por parte de los profesionales que le atienden							
	Regular		Bueno		Muy bueno		Excelente	
	Media	Recuento	Media	Recuento	Media	Recuento	Media	Recuento
Nivel de Satisfacción con su salud	6,44	9	7,20	5	6,47	19	6,24	17
Nivel de Satisfacción con sus actividades cotidianas	5,78	9	8,20	5	7,16	19	7,00	17
Nivel de Satisfacción con su sueño/descanso	5,89	9	6,00	5	7,58	19	7,47	17
Nivel de Satisfacción con su familia	5,78	9	5,60	5	7,42	19	6,76	17
Nivel de Satisfacción con su trabajo	2,89	9	4,20	5	3,68	19	2,41	17
Nivel de Satisfacción con sus relaciones sociales	4,89	9	4,40	5	7,00	19	5,29	17
Nivel de Satisfacción con su ocio	5,78	9	4,40	5	6,89	19	6,12	17
Nivel de Satisfacción con su situación económica	4,78	9	3,60	5	3,74	19	4,94	17
Nivel de Satisfacción con su participación en la comunidad	5,56	9	5,00	5	5,42	19	5,47	17

Tabla 8. Nivel de satisfacción de las personas encuestadas con respecto al trato que reciben por parte de los profesionales de la salud mental. Esmerode C; Montes S. 2009

En el caso de las relaciones sociales, la satisfacción es significativamente menor ($p=0,049$) en las personas que reciben un trato regular o bueno, puntuación claramente inferior a 5, respecto a las que reciben un trato muy bueno o excelente, puntuación superior a 5 y hasta 7 (ver tabla 9).

Prueba de Kruskal-Wallis	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
	Nivel de Satisfacción con su salud	0,60558183	3
Nivel de Satisfacción con sus actividades cotidianas	5,0374295	3	0,1690768
Nivel de Satisfacción con su sueño/descanso	5,27130191	3	0,15297544
Nivel de Satisfacción con su familia	3,38910455	3	0,33543225
Nivel de Satisfacción con su trabajo	2,87592633	3	0,41115312
Nivel de Satisfacción con sus relaciones sociales	7,82775404	3	0,04970893
Nivel de Satisfacción con su ocio	4,79362683	3	0,18754772
Nivel de Satisfacción con su situación económica	4,17098585	3	0,24358285
Nivel de Satisfacción con su participación en la comunidad	0,36593926	3	0,94718518

Variable de agrupación: Trato que recibe por parte de los profesionales que le atienden

Tabla 9. Nivel de satisfacción de las personas encuestadas (II). Esmerode C; Montes S. 2009

En cuanto al objetivo b, la comparación de la opinión de los usuarios con respecto al tipo de abordaje (ver tabla 10), no se ha podido estudiar, porque las opiniones reflejadas en las preguntas 3 y 4, son muy homogéneas y no permiten establecer grupos de comparación, ya que sólo hay cuatro sujetos que opinan que los profesionales no les escuchan y uno solo no se siente comprendido.

Centrándonos en el objetivo c, la relación entre el tipo de abordaje profesional y la calidad de vida o satisfacción de los usuarios, podemos decir que las diferencias de los resultados no son estadísticamente significativas porque en todos los casos $p > 0,05$ (ver tabla 11). Es decir, tanto si el abordaje de los profesionales de los recursos de salud mental se centra en la enfermedad y las dificultades de los usuarios (diagnóstico, síntomas, medicación...), como si se centra en su vida en general y características positivas, la satisfacción con respecto a la salud, actividades cotidianas, sueño/descanso, familia, trabajo, relaciones sociales, ocio, situación económica y participación en la comunidad no varía de forma importante (ver tabla 7).

Nivel de satisfacción respecto al Tipo de abordaje profesional

Los profesionales de la salud, se centran más en:

	Su enfermedad y sus dificultades (diagnóstico, síntomas, medicación,...)		Su vida en general y características positivas	
	Recuento	Media	Recuento	Media
Nivel de Satisfacción con su salud	19	6,68	31	6,32
Nivel de Satisfacción con sus actividades cotidianas	19	6,95	31	6,97
Nivel de Satisfacción con su sueño/descanso	19	6,58	31	7,39
Nivel de Satisfacción con su familia	19	6,21	31	7,03
Nivel de Satisfacción con su trabajo	19	3,47	31	2,97
Nivel de Satisfacción con sus relaciones sociales	19	4,89	31	6,32
Nivel de Satisfacción con su ocio	19	5,37	31	6,68
Nivel de Satisfacción con su situación económica	19	3,95	31	4,55
Nivel de Satisfacción con su participación en la comunidad	19	4,89	31	5,74

Tabla 10. Nivel de satisfacción de las personas encuestadas respecto al tipo de abordaje profesional. Esmerode C; Montes S. 2009

Aun así, el nivel de satisfacción con respecto a las relaciones sociales y al ocio, roza la significación estadística ($p=0,069$ y $p=0,073$, respectivamente). En los dos casos, cuando el abordaje se centra en su patología y dificultades, la media es significativamente menor (4,89 y 5,37, respectivamente) que cuando se centra en la vida en general y las características positivas de las personas (6,32 y 6,68, respectivamente).

Por último, con respecto al objetivo d, relación entre el tipo de abordaje por parte de los profesionales y la imagen que tienen de sí mismos los usuarios (ver tabla 12), se aprecia cómo cuando el abordaje de los profesionales se centra en la vida de la persona y en las características positivas, se ve afectada la imagen del propio usuario con mayor frecuencia (74%) que cuando el abordaje profesional se centra en la enfermedad y las dificultades (63%); estas diferencias en los resultados no son estadísticamente significativas (ver tabla 13), probablemente debido al tamaño muestral reducido.

Prueba de Kruskal-Wallis	Chi-cuadrado	gl	P
	Nivel de Satisfacción con su salud	0,32680815	1
Nivel de Satisfacción con sus actividades cotidianas	0,0457269	1	0,83067301
Nivel de Satisfacción con su sueño/descanso	1,05926415	1	0,30338307
Nivel de Satisfacción con su familia	0,36815983	1	0,54400903
Nivel de Satisfacción con su trabajo	0,4278438	1	0,51304886
Nivel de Satisfacción con sus relaciones sociales	3,31849695	1	0,06850443
Nivel de Satisfacción con su ocio	3,21339139	1	0,07303795
Nivel de Satisfacción con su situación económica	0,80272838	1	0,37027888
Nivel de Satisfacción con su participación en la comunidad	1,78483691	1	0,1815565

Tabla 11. Nivel de satisfacción de las personas encuestadas (III). Esmerode C; Montes S.2009

Relación del tipo de abordaje sobre la imagen de sí mismo		Los profesionales de la salud, se centran más en:			
		Su enfermedad y sus dificultades (diagnóstico, síntomas, medicación,...)		Su vida en general y características positivas	
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
¿Afecta la visión de los profesionales en la imagen que tiene usted de sí mismo?:	Si	12	63,2%	23	74,2%
	No	7	36,8%	8	25,8%
Total		19	100,0%	31	100,0%

Tabla 12. Relación del tipo de abordaje profesional en relación con la imagen que tienen de sí mismos las personas encuestadas. Esmerode C; Montes S. 2009

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson	Los profesionales de la salud, se centran más en:	
¿Afecta la visión de los profesionales en la imagen que tiene usted de sí mismo?:	Chi-cuadrado	0,683
	gl	1
	Sig.	0,409

Tabla 13. Relación entre la visión de los profesionales y la imagen que tienen de sí mismos las personas encuestadas. Esmerode C; Montes S.2009

CONCLUSIONES

Como principales conclusiones se podrían mencionar las siguientes:

Aproximadamente 2/3 de los profesionales abordan su relación con los usuarios centrándose en su vida y en sus características positivas y no en la enfermedad y otras características negativas.

El tipo de abordaje profesional afecta a la propia imagen de la persona en un 70% de los casos.

El 74% de los usuarios considera que el buen trato por parte del profesional influye positivamente en su recuperación.

Las personas que consideran que reciben un trato regular de los profesionales que les atienden, tienden a tener niveles de satisfacción más bajos en los diferentes aspectos estudiados que los que reciben un trato muy bueno o excelente, especialmente en las relaciones sociales.

El abordaje profesional centrado en la enfermedad y las dificultades tiende a producir menor nivel de satisfacción en las personas que el abordaje basado en su vida y en sus características positivas.

Bibliografía

1. Fernández Martínez L. Aproximación y reflexión desde la Terapia Ocupacional a la realidad de los niños en situación de calle. *Ter Ocup.* 2005; 38: 57-67
2. Freeman H, Katschnig H, Sartorius MR. Calidad de vida en los trastornos mentales. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2000.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones; 2007
4. Terapia-Ocupacional.com el portal en español de Terapia Ocupacional [sede web]; [acceso 1 Marzo 2009] Gómez Mengelberg E, Capozzo M. Dimensión subjetiva y satisfacción personal. Puntos de partida para la práctica de la terapia ocupacional centrada en el cliente. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Dimension_subjetiva_TO_centrada_cliente.shtml
5. FEAFES Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Investigación sobre la atención en salud mental desde el punto de vista de sus usuarios síntesis de resultados. FEAFES; 2007
6. Kronenberg F, Simó Algado S, Pollard N. Terapia Ocupacional sin Fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes. Buenos Aires. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2006.
7. Sánchez T. Máster de Terapia Ocupacional en Salud Mental. Módulo 5: Factores sociales en salud mental. Lección 9: Programas asertivos comunitarios; 2008.
8. Salazar García M. Máster de Terapia Ocupacional en Salud Mental. Módulo 1: Perspectiva comparada de los marcos conceptuales de la salud y la enfermedad mental aplicados a la Terapia Ocupacional. Lección 8: Multidisciplinariedad e interdisciplinariedad en salud mental; 2008.