



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Facultat de Psicologia i Logopèdia

Programa de Doctorado en Promoción de la Autonomía y
Atención Sociosanitaria a la Dependencia

TESIS DOCTORAL

Efectos del fútbol como ocupación deportiva en el proceso
de recuperación de personas con trastorno mental grave:
impacto sobre el *insight* cognitivo, la autoevaluación
ocupacional y la percepción subjetiva de recuperación

Doctorando David Marqués Azcona

Directoras Doctoras Laura Galiana Llinares y María de los
Ángeles Ruipérez Rodríguez

Valencia, enero 2023

Protocolo de aprobación

Dña. Laura Galiana Llinares, Profesora Titular del Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología y Logopedia de la Universitat de València.

Dña. María Ángeles Ruipérez Rodríguez, Profesora Titular (jubilada) del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón.

Certifican que:

El trabajo de investigación titulado “EFECTOS DEL FÚTBOL COMO OCUPACIÓN DEPORTIVA EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: IMPACTO SOBRE EL *INSIGHT* COGNITIVO, LA AUTOEVALUACIÓN OCUPACIONAL Y LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE RECUPERACIÓN”, realizado bajo nuestra dirección por David Marqués Azcona, es un estudio original, que reúne los requisitos formales, científicos y metodológicos necesarios, de un trabajo de investigación. Este estudio que se

presenta como documento de Tesis Doctoral, ha finalizado y se encuentra en disposición de ser presentado para su lectura y defensa pública con la finalidad, para la obtención del Título de Doctor en Promoción de la Autonomía y Atención Sociosanitaria a la Dependencia por la Universitat de València.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de la normativa y legislación vigente, firmamos el presente certificado en Valencia, enero de 2023.



Fdo.: Laura Galiana Llinares.



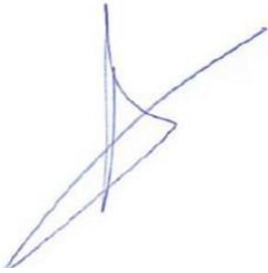
Fdo.: María Ángeles Ruipérez Rodríguez.

Derecho de autoría

Yo, David Marqués Azcona, declaro que he sido el único que ha realizado el presente trabajo íntegramente con título: EFECTOS DEL FÚTBOL COMO OCUPACIÓN DEPORTIVA EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: IMPACTO SOBRE EL *INSIGHT* COGNITIVO, LA AUTOEVALUACIÓN OCUPACIONAL Y LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE RECUPERACIÓN, y que ninguno de los materiales que se adjuntan han sido escritos o elaborados por otras personas, salvo las citas o el material identificado como perteneciente a otro.

Hago esta declaración jurada sabiendo y comprendiendo que, de comprobarse su falsedad, es mi responsabilidad personal por las acciones derivadas que se pudieran tomar.

En Valencia, enero de 2023.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Fdo.: David Marqués Azcona

Agradecimientos

Este trabajo se ubica dentro del marco del Máster en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria de la Universitat Jaume I. Quiero agradecer a la Dirección y a todo el profesorado que, a partir de sus enseñanzas, me animaran a realizar la presente tesis.

Esta tesis ha llegado a su fin gracias a la ayuda y apoyo de personas especiales que han aportado de una forma u otra un granito de arena durante el proceso de elaboración de esta tesis doctoral.

Mis agradecimientos van dirigidos a todas esas personas especiales.

A la Dra. María Ángeles Ruipérez Rodríguez, directora de esta investigación, por animarme a iniciar esta aventura en un viaje de regreso a Valencia desde Castellón tras la presentación de mi trabajo fin de máster. Gracias Dra. Ruipérez por creer en mí y en este proyecto desde el principio y por haberme guiado durante el desarrollo del mismo con profesionalidad y humanidad.

A la Dra. Laura Galiana Llinares, directora de esta investigación, por trasmitirme la importancia del rigor metodológico con cariño y cercanía. Gracias Dra Galiana por tirar del carro cuando había piedras en el camino y siempre con palabras de afecto y humildad.

Al psiquiatra y mejor centrocampista Don. Andrés López Pardo, un referente, un maestro y un gran amigo, por su incansable dedicación en promocionar los valores del deporte como un derecho de ciudadanía para las personas con enfermedad mental.

A mi compañero Don José Sellés Soler, por acompañarme y ayudarme en la creación de la liga de fútbol sala para personas con enfermedad mental, por ilusionarse con este proyecto desde el comienzo, y por sus múltiples aportaciones y valiosas observaciones.

A las personas usuarias de los distintos recursos de atención a personas con enfermedad mental que han participado en el proyecto. Sin vosotros y vosotras no hubiera sido posible.

A todos los profesionales de los de los distintos recursos de atención a personas con enfermedad mental, por permitirme llevar a cabo esta investigación en sus instalaciones y apoyarme en este estudio.

Al patronato de la Fundación SASM, compuesto por Doña Francisca Vidal Pupla, Doña Natividad Tamarit Alberola, Don Vicente González Ortuño y Don Guillermo Nebot Badenes, por acogerme hace casi ya 20 años y permitirme poder desarrollar este proyecto.

A Don Guillermo Nebot Vidal, por confiar en mí y en este proyecto, cuando ni yo mismo creía.

A mi mujer Nieves y mi hijo Beltrán, por creer en mí siempre, por su incansable apoyo y por acompañarme en este camino. Mi mejor equipo.

Resumen

Introducción: Las personas con trastorno mental grave presentan una necesidad de ayuda que conlleva múltiples acciones rehabilitadoras. Estas, se llevan a cabo actualmente desde el modelo de recuperación o *recovery*, en el que el foco de la recuperación es la valoración de las propias personas afectadas y se propone la necesidad de la ocupación humana como un tipo de intervención rehabilitadora basada en proporcionar espacios ocupacionales para la exploración, la competencia y el logro. La literatura pone de manifiesto que la práctica del ejercicio físico y, específicamente, de una actividad deportiva, como espacio ocupacional, constituye un medio que en numerosas ocasiones se propone como uno de los más adecuados para mejorar la recuperación de las personas con trastorno mental grave. Sin embargo, los estudios sobre las repercusiones del futbol como actividad deportiva en la recuperación de personas con trastorno mental grave son escasos, suelen tener un enfoque metodológico cualitativo y adolecen de grupo de comparación para la evaluación de la eficacia de los programas y comparación de sus resultados.

Objetivos: El objetivo de la tesis es analizar los efectos de una ocupación deportiva, específicamente, la participación en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM, sobre la competencia ocupacional, el funcionamiento cognitivo, y los procesos de recuperación en personas con enfermedad mental.

Metodología: Se ha utilizado un diseño de estudio observacional analítico retrospectivo de casos-controles. El grupo experimental estuvo formado por 104 personas diagnosticadas con trastorno mental grave, todos ellos usuarios y usuarias de diferentes dispositivos de atención a personas con enfermedad mental de la provincia de Valencia que participan en una liga de fútbol sala, la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM. En el grupo de control participaron 93 sujetos con características similares en cada centro, que no participaban en la liga de futbol. La muestra estuvo compuesta por 197 personas, mayores de edad y con diagnóstico de trastorno mental grave. Se recogió información de los participantes sobre características de tipo sociodemográfico, variables relativas al perfil clínico, variables para la descripción del perfil de ocupación, ocio y tiempo libre, variables relacionadas con las actividades desarrolladas en la liga (estas, tan solo, en el grupo experimental o grupo la Liga), y variables de recuperación, las variables principales del estudio. Los análisis de datos incluyeron estadísticos descriptivos, análisis factoriales confirmatorios, estimaciones de fiabilidad, pruebas de comparación de medias, pruebas de comparación de distribuciones y análisis de covarianza. La investigación fue aprobada por el Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València.

Resultados: En cuanto a los descriptivos, en ambos grupos, la mayoría fueron hombres con una edad media alrededor de los 40 años, con estudios primarios, alrededor de nueve años de experiencia laboral en ocupaciones elementales, en su mayoría solteros y residían con su familia o en una institución. Los participantes habían trabajado de media entre ocho (grupo la Liga) y diez años (grupo control), teniendo en su mayoría ocupaciones elementales, oficios o del sector servicios. La mayoría de los participantes, tanto en el grupo la Liga como en el grupo control, tenían como principal diagnóstico un trastorno psicótico, seguidos por similar presencia de trastornos del estado de ánimo/de desregulación emocional,

trastornos de personalidad y otros trastornos. En cuanto a las actividades de ocio y tiempo libre, que implican vida independiente, fue habitual que los participantes realizaran paseos, pero muy pocos viajaban, iban al cine o salían a cenar. En cuanto a la información específica del grupo la Liga, los participantes en la Liga llevaban participando en ella unos tres años, entrenaban una hora y media semanalmente y la mayoría se desplazaba a un recurso municipal (polideportivo) para hacerlo. La mayoría se informaban de los horarios de los partidos y la clasificación por un monitor y recurrían al tablón de anuncios del centro para estar informados de las noticias de la Liga. Por lo que respecta a las escalas de medida utilizadas, tanto la Escala de *Insight* Cognitivo de Beck, como la Escala de Autoevaluación Ocupacional y la Escala de Evaluación de la Recuperación de Maryland, mostraron propiedades psicométricas óptimas, aunque de la primera se eliminaron tres ítems que no funcionaron adecuadamente. Se encontraron valores medios de *insight* cognitivo, niveles medio-altos en auto-evaluación ocupacional y también niveles moderado-altos de percepción subjetiva de recuperación. En lo que se refiere a la equivalencia de los grupos, estos tan solo difirieron en las medias de edad y de actividades de ocio y tiempo libre, por lo que se controló por estas variables (se introdujeron como covariables) en los análisis de comparación. Finalmente, los análisis de comparación no mostraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de *insight* (ni en auto-reflexión ni en auto-certeza), ni en las dimensiones de la subescala de valores de autoevaluación ocupacional, pero sí en las dimensiones de la subescala de competencias, con mayores puntuaciones del grupo la Liga en desempeño, habituación y volición, y en la variable de percepción subjetiva de recuperación, a favor del grupo la Liga.

Conclusiones: Según la literatura, la práctica del deporte resulta beneficiosa para las personas con trastorno mental grave, pues produce mejoras en la sintomatología de los trastornos, a nivel físico, psicológico y social. Los resultados de esta investigación van en esta línea y muestran que la participación en una liga de futbol como ocupación deportiva mejoró los niveles de los usuarios en todas las competencias, incluyendo las de desempeño, habituación y volición, así como en los niveles de recuperación. Sin embargo, no fue así en el caso del *insight* cognitivo, en ninguna de sus dimensiones. La participación en una liga de futbol puede, por tanto, ser un instrumento útil para mejorar, no solo la salud física,

mental y las habilidades sociales de las personas con trastorno mental grave, sino que, además, incide en su proceso de recuperación, específicamente a través de la mejora de sus competencias ocupacionales.

Palabras clave: trastorno mental grave; ocupación; deporte; fútbol; *insight* cognitivo; autoevaluación ocupacional; recuperación.

Resum

Introducció: Les persones amb trastorn mental greu presenten una necessitat d'ajuda que comporta múltiples accions rehabilitadores. Aquestes, es duen a terme actualment des del model de recuperació o *recovery*, en el qual el focus de la recuperació és la valoració de les pròpies persones afectades i es proposa la necessitat de l'ocupació humana com una mena d'intervenció rehabilitadora basada en proporcionar espais ocupacionals per a l'exploració, la competència i l'assoliment. La literatura posa de manifest que la pràctica de l'exercici físic i, específicament, d'una activitat esportiva, com a espai ocupacional, constitueix un mitjà que en nombroses ocasions es proposa com un dels més adequats per a millorar la recuperació de les persones amb trastorn mental greu. No obstant això, els estudis sobre les repercussions del futbol com a activitat esportiva en la recuperació de persones amb trastorn mental greu són escassos, solen tenir un enfocament metodològic qualitatiu i emmalalteixen de grup de comparació per a l'avaluació de l'eficàcia dels programes i comparació dels seus resultats.

Objectius: L'objectiu de la tesi és analitzar els efectes d'una ocupació esportiva, específicament, la participació en la Lliga de Futbol Sala Pro-Salut Mental Fundació SASM, sobre la competència ocupacional, el funcionament cognitiu, i els processos de recuperació en persones amb malaltia mental.

Metodologia: S'ha utilitzat un disseny d'estudi observacional analític retrospectiu de casos-controls. El grup experimental va estar format per 104 persones diagnosticades amb trastorn mental greu, tots ells usuaris i usuàries de diferents dispositius d'atenció a persones amb malaltia mental de la província de València que participen en una lliga de futbol sala, la Lliga de Futbol Sala Pro-Salut Mental Fundación SASM. En el grup de control van participar 93 subjectes amb característiques similars en cada centre, que no participaven en la lliga de futbol. La mostra va estar composta per 197 persones, majors d'edat i amb diagnòstic de trastorn mental greu. Es va recollir informació dels participants sobre característiques de tipus sociodemogràfic, variables relatives al perfil clínic, variables per a la descripció del perfil d'ocupació, oci i temps lliure, variables relacionades amb les activitats desenvolupades en la Lliga (aquestes, tan sols, en el grup experimental o grup la Lliga), i variables de recuperació, les variables principals de l'estudi. Les anàlisis de dades van incloure estadístics descriptius, anàlisis factorials confirmatòries, estimacions de fiabilitat, proves de comparació de mitjanes, proves de comparació de distribucions i anàlisis de covariància. La investigació va ser aprovada pel Comitè Ètic d'Investigació en Humans de la Comissió d'Ètica en Investigació Experimental de la Universitat de València.

Resultats: Quant als descriptius, en tots dos grups, la majoria van ser homes amb una edat mitjana al voltant dels 40 anys, amb estudis primaris, al voltant de nou anys d'experiència laboral en ocupacions elementals, en la seua majoria solters i que residien amb la seua família o en una institució. Els participants havien treballat de mitjana entre vuit (grup la Lliga) i deu anys (grup control), tenint en la seua majoria ocupacions elementals, oficis o del sector serveis. La majoria dels participants, tant en el grup la Lliga com en el grup control, tenien com a principal diagnòstic un trastorn psicòtic, seguits per similar presència de trastorns de l'estat d'ànim/de desregulació emocional, trastorns de personalitat i altres trastorns. Quant a les activitats d'oci i temps lliure, que impliquen vida independent, va ser

habitual que els participants realitzaren passejos, però molt pocs viatjaven, anaven al cinema o eixien a sopar. Quant a la informació específica del grup la Lliga, els participants en la Lliga portaven participant en ella uns tres anys, entrenaven una hora i mitja setmanalment i la majoria es desplaçava a un recurs municipal (poliesportiu) per a fer-ho. La majoria s'informaven dels horaris dels partits i la classificació per un monitor i recorrien al tauler d'anuncis del centre per a estar informats de les notícies de la Lliga. Pel que respecta a les escales de mesura utilitzades, tant l'Escala d'*Insight* Cognitiu de Beck, com l'Escala d'Autoavaluació Ocupacional i l'Escala d'Avaluació de la Recuperació de Maryland, van mostrar propietats psicomètriques òptimes, encara que de la primera es van eliminar tres ítems que no van funcionar adequadament. Es van trobar valors mitjans d'*insight* cognitiu, nivells mig-alts en auto-avaluació ocupacional i també nivells moderat-alts de percepció subjectiva de recuperació. Pel que fa a l'equivalència dels grups, aquests tan sols van diferir en les mitjanes d'edat i d'activitats d'oci i temps lliure, per la qual cosa es va controlar per aquestes variables (es van introduir com covariables) en les anàlisis de comparació. Finalment, les anàlisis de comparació no van mostrar diferències estadísticament significatives en els nivells d'*insight* (ni en auto-reflexió ni en auto-certesa), tampoc en les dimensions de la subescala de valors d'autoavaluació ocupacional, però sí en les dimensions de la subescala de competències, amb majors puntuacions del grup la Lliga en acompliment, habituació i volició, i en la variable de percepció subjectiva de recuperació, a favor del grup la Lliga.

Conclusions: Segons la literatura, la pràctica de l'esport resulta beneficiosa per a les persones amb trastorn mental greu, perquè produeix millores en la simptomatologia dels trastorns, a nivell físic, psicològic i social. Els resultats d'aquesta investigació van en aquesta línia i mostren que la participació en una lliga de futbol com a ocupació esportiva va millorar els nivells dels usuaris en totes les competències, incloent les d'acompliment, habituació i volició, així com els nivells de recuperació. No obstant això, no va ser així en el cas de l'*insight* cognitiu, en cap de les seues dimensions. La participació en una lliga de futbol pot, per tant, ser un instrument útil per a millorar, no sols la salut física, mental i les habilitats socials de les persones amb trastorn mental greu, sinó que, a més, incideix en el

seu procés de recuperació, específicament a través de la millora de les seues competències ocupacionals.

Paraules clau: trastorn mental greu; ocupació; esport; futbol; *insight* cognitiu; autoavaluació ocupacional; recuperació.

Abstract

Background: People with severe mental disorders present a need for help that entails multiple rehabilitative actions. These are currently carried out from the recovery model, in which the focus of recovery is the assessment of the affected persons themselves and the need for human occupation is proposed as a type of rehabilitative intervention based on providing occupational spaces for exploration, competence and achievement. The literature shows that the practice of physical exercise and, specifically, of a sporting activity, as an occupational space, constitutes a means that on numerous occasions is proposed as one of the most suitable for improving the recovery of people with severe mental disorders. However, studies on the repercussions of football as a sporting activity in the recovery of people with severe mental disorders are scarce, tend to have a qualitative methodological approach and lack a comparison group for the evaluation of the effectiveness of the programs and comparison of their results.

Aims: The aim of the thesis is to analyze the effects of a sporting occupation, specifically, the participation in the Pro-Mental Health Indoor Football League of the SASM Foundation, on occupational competence, cognitive functioning, and recovery processes in people with mental illness.

Methods: A retrospective analytical observational retrospective case-control study design was used. The experimental group consisted of 104 people diagnosed with severe mental disorder, all of them users of different care facilities for people with mental illness in the province of Valencia who participate in an indoor football league, the SASM Foundation Pro-Mental Health Indoor Football League. The control group included 93 subjects with similar characteristics in each center, who did not participate in the football league. The sample consisted of 197 people, of legal age and with a diagnosis of serious mental disorder. Information was collected from the participants on socio-demographic characteristics, variables related to the clinical profile, variables for the description of the occupation, leisure and free time profile, variables related to the activities carried out in the League (these only in the experimental group or the League group), and recovery variables, the main variables of the study. Data analyses included descriptive statistics, confirmatory factor analyses, reliability estimates, tests of comparison of means, tests of comparison of distributions, and analyses of covariance. The research was approved by the Human Research Ethics Committee of the Experimental Research Ethics Committee of the Universitat de València.

Results: In terms of descriptive data, in both groups, the majority were men with an average age of around 40 years, with primary education, around nine years of work experience in elementary occupations, mostly single and living with their family or in an institution. The participants had worked on average between eight (the League group) and ten years (control group), mostly in elementary occupations, trades or the service sector. The majority of participants in both the League and control groups had a psychotic disorder as their main diagnosis, followed by similar presence of mood/emotional dysregulation disorders, personality disorders and other disorders. In terms of leisure and free time activities, involving independent living, it was common for participants to go for walks, but very few travelled, went to the cinema or out to dinner. In terms of

information specific to the League group, League participants had been participating in the League for about three years, trained for an hour and a half per week and most went to a municipal resource (sports center) to do so. Most were informed of match schedules and standings by a monitor and used the center's notice board to keep up to date with league news. Regarding the measurement scales used, both the Beck Cognitive Insight Scale, the Occupational Self-Assessment Scale and the Maryland Assessment of Recovery Scale showed optimal psychometric properties, although three items were removed from the Beck Cognitive Insight Scale because they did not perform adequately. Medium values of cognitive insight, medium-high levels of occupational self-assessment and also moderate-high levels of subjective perception of recovery were found. As far as group equivalence is concerned, the groups only differed in the means of age and leisure and free time activities, so these variables were controlled for (entered as covariates) in the comparison analyses. Finally, the comparison analyses showed no statistically significant differences in the levels of insight (neither in self-reflectiveness nor in self-certainty), nor in the dimensions of the occupational self-assessment values subscale, but did show differences in the dimensions of the competences subscale, with higher scores for the League group in performance, habituation and volition, and in the subjective perception of recovery variable, in favor of the League group.

Conclusions: According to the literature, the practice of sport is beneficial for people with severe mental disorders, as it produces improvements in the symptomatology of the disorders, physically, psychologically and socially. The results of this research are along these lines and show that participation in a football league as a sporting occupation improved the users' levels in all competencies, including performance, habituation and volition, as well as the levels of recovery. However, this was not the case for cognitive insight, in any of its dimensions. Participation in a football league can therefore be a useful tool to improve not only the physical health, mental health and social skills of people with severe mental disorders, but also have an impact on their recovery process, specifically through the improvement of their occupational competences.

Key words: severe mental disorder; occupation; sport; football; cognitive insight; occupational self-assessment; recovery.

Índice de contenidos

PARTE I. INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO Y JUSTIFICACIÓN.....	27
PARTE II. MARCO TEÓRICO.....	39
Capítulo 1. El Trastorno Mental Grave en la actualidad	41
1.1. Aspectos socio-históricos: antecedentes del Trastorno Mental Grave	41
1.2. Aspectos clínicos	49
1.3. Aspectos legislativos e hitos, nacionales e internacionales, que enmarcan el concepto y las intervenciones actuales en el Trastorno Mental Grave	52
1.4. La red de recursos de atención psicosocial de la Comunidad Valenciana (CV)	59
1.5. Aspectos relacionados con el <i>estigma</i> en el Trastorno Mental Grave	65
Capítulo 2. La rehabilitación psicosocial en el marco del modelo comunitario	73

2.1.	La rehabilitación psicosocial comunitaria: Marco y misión que deben contener los programas de rehabilitación	74
2.2.	Del modelo asilar al modelo comunitario	75
2.3.	La rehabilitación psicosocial en la actualidad.....	78
2.4.	Aproximación actual al concepto de rehabilitación psicosocial.....	81
2.5.	Aspectos generales de los modelos de rehabilitación del TMG	84
2.6.	El modelo de recuperación (<i>recovery</i>)	88
2.7.	Recursos, Dispositivos y Servicios de rehabilitación psicosocial.....	92
Capítulo 3. Terapia ocupacional		97
3.1.	Breve recorrido histórico de la terapia ocupacional.....	98
3.2.	Concepto de Terapia Ocupacional.....	100
3.3.	La función de la Terapia Ocupacional en la atención de personas con TMG	109
3.4.	Los equipos	112
Capítulo 4. El deporte como actividad ocupacional		117
4.1.	La actividad física como ocupación	117
4.2.	Deporte y trastorno mental grave.....	120
4.3.	El deporte como proceso de inclusión y reducción del estigma	123
4.4.	La efectividad del deporte en el tratamiento de personas con TMG	125
PARTE III. MÉTODO		139
Capítulo 5. Objetivos e hipótesis de la investigación.....		141
5.1.	Objetivo del estudio	142
5.2.	Hipótesis de investigación	144
Capítulo 6. Diseño y procedimiento: La Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM.....		145
6.1.	Diseño del estudio	145

6.2.	La Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM	146
6.3.	Procedimiento de recogida de datos.....	150
Capítulo 7. Participantes		151
7.1.	Descripción de la muestra	151
7.2.	Criterios de Inclusión	152
7.3.	Criterios de Exclusión	153
Capítulo 8. Variables evaluadas e instrumentos de medida.....		155
8.1.	Datos sociodemográficos.....	156
8.2.	Perfil clínico	156
8.3.	Descripción del perfil de ocupación, ocio y tiempo libre	159
8.4.	Perfil de la Liga.....	159
8.5.	Variables de recuperación	160
Capítulo 9. Análisis de datos.....		167
9.1.	Análisis de datos para conocer las características sociodemográficas de las personas con TMG participantes en el estudio	167
9.2.	Análisis de datos para conocer el perfil clínico de las participantes con TMG	168
9.3.	Análisis de datos para describir las actividades de ocupación, ocio y tiempo libre que desarrollan las personas con TMG participantes en el estudio	168
9.4.	Análisis de datos para describir el perfil de los participantes en el la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM.....	169
9.5.	Análisis de datos para estudiar las propiedades psicométricas de la Escala de <i>Insight</i> Cognitivo de Beck (EICB; Beck et al., 2004) y los niveles de <i>insight</i> cognitivo.....	169

9.6. Análisis de datos para estudiar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoevaluación Ocupacional (OSA; Baron et al., 1998) y los niveles de autoevaluación ocupacional	172
9.7. Análisis de datos para estudiar las propiedades psicométricas de la Evaluación de la Recuperación de Maryland (Drapalski et al., 2012) y los niveles de recuperación.....	173
9.8. Análisis de datos para estudiar el impacto de participar en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM sobre los niveles de <i>insight</i> cognitivo.....	174
9.9. Análisis de datos para estudiar el impacto de participar en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM sobre los niveles de autoevaluación ocupacional	176
9.10. Análisis de datos para estudiar el impacto de participar en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM sobre los niveles de recuperación	177
Capítulo 10. Consideraciones éticas.....	179
PARTE IV. RESULTADOS	181
Capítulo 11. Resultados descriptivos	183
11.1. Descripción sociodemográfica.....	184
11.2. Descripción del perfil clínico	194
11.3. Descripción del perfil de ocupación, ocio y tiempo libre.....	200
11.4. Descripción del perfil la Liga.....	202
Capítulo 12. Propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados.....	205
12.1. Escala de <i>Insight</i> Cognitivo de Beck (EICB; Beck et al., 2004)...	206
12.2. Escala de Autoevaluación Ocupacional (OSA) versión 2.2 (Baron et al., 1998)	207
12.3. Escala de Evaluación de la Recuperación de Maryland (Drapalski et al., 2012)	211

Capítulo 13. Resultados descriptivos de las variables objeto de estudio.....	213
13.1. Estadísticos descriptivos de <i>insight</i> cognitivo	213
13.2. Estadísticos descriptivos de autoevaluación ocupacional.....	214
13.3. Estadísticos descriptivos de percepción subjetiva de recuperación	219
Capítulo 14. Resultados de comparación por grupos.....	221
14.1. Equivalencia de los grupos	222
14.2. Diferencias entre grupos	226
PARTE V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	237
Capítulo 15. Discusión, limitaciones, futuras líneas e implicaciones prácticas de los resultados.....	239
15.1. Discusión de los resultados.....	239
15.2. Limitaciones de la investigación	251
15.3. Futuras líneas de investigación	252
15.4. Implicaciones para la práctica clínica	253
Capítulo 16. Conclusiones	255
PARTE VI. REFERENCIAS	259
ANEXOS	301
Anexo I. Consentimiento informado	303
Anexo II. Encuesta para la recogida de datos del grupo la Liga.....	309
Anexo III. Encuesta para la recogida de datos del grupo control.....	325
Anexo IV. Informe favorable del Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València.....	339

PARTE I. INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO Y JUSTIFICACIÓN

Las personas con trastorno mental grave (en adelante, TMG) presentan patologías mentales con manifestaciones clínicas diversas, de larga duración, incluso crónicas, que conllevan diversos grados de discapacidad y disfunción social, lo cual afecta a diferentes áreas de su vida, incluido su desempeño psicosocial. Estos problemas desembocan en una necesidad de ayuda en varias esferas a lo largo de su vida, es decir, son personas subsidiarias de distintos recursos y dispositivos psicosociales, lo cual implica una barrera para su inclusión comunitaria y conlleva múltiples acciones rehabilitadoras.

Estas acciones rehabilitadoras en este colectivo se llevan a cabo desde diversos modelos. Actualmente, uno de los modelos en auge es el modelo de recuperación o *recovery*, en el que se plantea superar los modelos más tradicional basados en una atención paternalista y centradas en las opinión de los profesionales acerca de la recuperación del paciente, por otro modelo de recuperación en el que el foco se centra en la valoración de las propias personas afectadas por un TMG, es decir, es la propia valoración de los usuarios la que se convierte en el epicentro de su recuperación, la esperanza, el respeto y el control de sus propias vidas. Tal como hemos descrito en el apartado correspondiente del marco teórico.

Específicamente, es en el contexto del modelo *recovery*, donde se propone la necesidad de la ocupación humana como un tipo de intervención rehabilitadora

basada en proporcionar espacios ocupacionales para la exploración, la competencia y el logro. En la mejora de estas habilidades en personas con TMG, y tal y como se ha puesto de relieve en los apartados anteriores, la práctica del ejercicio físico y, específicamente, de una actividad deportiva, constituye un medio que en numerosas ocasiones se propone como uno de los más adecuados para mejorar la recuperación de las personas con TMG.

Sin embargo, los estudios en este ámbito, y específicamente en las repercusiones del futbol como actividad deportiva en la recuperación de personas con TMG, son escasos, además, suelen tener un enfoque metodológico cualitativo y adolecen de grupo de comparación para la evaluación de la eficacia de los programas y comparación de sus resultados.

Es, en este contexto, donde se plantea la presente investigación. Esta investigación se ha estructurado en seis partes con el fin de organizar el contenido y facilitar la lectura del mismo.

En esta primera parte, Introducción al estudio y justificación, se recogen aspectos relacionados con la justificación del estudio y un breve recorrido por la estructura de la tesis.

El segundo apartado, el Marco teórico, se ha organizado en cuatro capítulos, considerados de interés para enmarcar el trabajo de investigación realizado en la presente tesis doctoral.

En el Capítulo 1 se introduce el concepto de Trastorno Mental Grave (en adelante TMG), revisando brevemente su historia, los principales aspectos clínicos que lo caracterizan, la legislación desarrollada en torno al concepto para la atención a las personas que lo padecen, los recursos desarrollados para su tratamiento, centrándonos específicamente en la Comunidad Valenciana, dado que es el marco geográfico en el que se enmarca nuestra investigación, así como, cuestiones generales relacionadas con el estigma que supone dicho diagnóstico para la persona que lo padece.

En los aspectos sociohistóricos se hace una revisión de cómo diversas psicopatologías que hoy incluimos dentro del concepto TMG han ido evolucionando desde concepciones demonológicas a planteamientos científicos, tanto en la conceptualización, como en el tratamiento, poniendo de manifiesto la relación existente entre la visión que cada época ha tenido sobre la enfermedad mental. Para ello no hemos detenido en algunos hitos que pensamos podrían dar luz al concepto actual de TMG. Deteniéndonos especialmente en los Movimientos de Reforma Psiquiátrica iniciados a mediados del siglo XX en el mundo occidental y que representan los inicios del nuevo concepto de TMG. Aspecto que nos permite enmarcar conceptos incluidos en este apartado como el concepto de Rehabilitación, Rehabilitación Psicosocial y Comunitaria, así como, el Concepto de Terapia Ocupacional.

Otra cuestión que se ha incluido en este primer capítulo se refiere a aspectos clínicos y psicopatológicos que hoy se incluyen en los denominados TMG, partiendo de la dificultad de incluirlos en los sistemas de clasificación de los trastornos mentales vigentes, resaltando que, ni desde la ciencia, ni desde la sociedad somos capaces de dar respuesta a estos pacientes que hoy incluimos en el concepto de TMG. Ante tal dificultad, se ha realizado un breve análisis de los diversos intentos de profesionales y organismos internacionales hasta proponer las definiciones que gozan de mayor aceptación del término TMG, resaltando los puntos en común de las definiciones de mayor peso en la literatura sobre el tema: a) no se debe intervenir únicamente en las manifestaciones clínicas, también en dificultades psicosociales, b) son personas que deben ser atendidas en diferentes áreas de su funcionamiento, c) necesidad de disponer de diversos recursos asistenciales de la red de atención socio-sanitaria, d) ofrecer oportunidades reales de rehabilitación e integración social en la comunidad, e) evitar situaciones de deterioro y marginación, f) reto para los profesionales, la sociedad y los políticos. Todo lo anterior nos da entrada para revisar hitos y aspectos legislativos, tanto nacionales, como internacionales, que han facilitado y/o permitido la situación actual del enfermo diagnosticado de TMG en la actualidad. Por las razones expuestas anteriormente acerca del marco geográfico al que pertenecen los participantes de nuestro estudio, en este apartado hemos

hecho especial hincapié a los recursos sociosanitarios existentes en la Comunidad Valenciana.

En este apartado también hemos revisado el fenómeno sociológico del ‘estigma social’, fenómeno en el que se incluyen las personas consideradas ‘diferentes’ y que de alguna manera se enfrentan al rechazo social, concretando en el caso particular de la enfermedad mental, con las limitaciones y acceso a una vida digna de las personas diagnosticadas de TMG, señalando tres aspectos fundamentales: la discriminación, los estereotipos y los prejuicios, dando lugar a tipos de estigmas.

En el segundo capítulo del marco teórico, el Capítulo 2, para enmarcar nuestra investigación, revisamos el concepto de rehabilitación social, revisando los distintos modelos que han servido de base, a lo largo de la historia, para llevar a cabo la rehabilitación de personas con TMG y explorando los recursos, dispositivos y servicios existentes. De los diversos modelos revisados de rehabilitación psicosocial comunitaria, hemos focalizado en el modelo de recuperación (o *recovery*), al haberlo considerado como el modelo en el que basar nuestros resultados, al poner de manifiesto que la ‘recuperación’, tal como se entiende desde este modelo, es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza, incluso, con las limitaciones causadas por el trastorno.

En el Capítulo 3 se realiza una revisión del concepto de Terapia Ocupacional como parte de los recursos y procesos de la rehabilitación psicosocial, así como la justificación de porqué le otorgamos una visibilidad especial en esta tesis. A continuación, exponemos las razones por las que le hemos otorgado un papel central en este trabajo, dado que la hemos considerado como una actividad deportiva con una finalidad en sí misma y propuesto como una actividad ocupacional, además de que se ha aplicado como intervención en el grupo de participantes adscritos a la condición experimental. Finalmente, su inclusión en el marco teórico viene acreditada porque el autor de esta tesis tiene como formación el grado en Terapia Ocupacional.

También en este apartado nos hemos detenido en el modelo de ocupación humana (MOHO) como modelo que abarca aspectos donde ubicar la investigación realizada en esta tesis y la función de la Terapia Ocupacional en la atención de

personas con TMG, como uno de los pilares donde se apoya la rehabilitación psicosocial. Al focalizar en la terapia ocupacional y en la figura del terapeuta ocupacional, nos ha parecido oportuno incluir en este capítulo un apartado específico acerca de los múltiples agentes que se incluyen en los equipos multidisciplinares, para llevar a cabo los proyectos de rehabilitación psicosocial y señalar que estos deben ‘responder’ a las cuestiones que se han señalado como imprescindibles para la correcta aplicación de los programas de rehabilitación dirigidos a personas con TMG.

En el Capítulo 4, inicialmente se recogen los aspectos generales de la actividad física como ocupación y se identifican de manera precisa a qué nos referimos cuando hablamos de actividad física. Asimismo, analizamos el compromiso de los profesionales en aportar evidencia sobre los beneficios del ejercicio físico, con el fin de que estos resultados exhorten a los políticos y gestores de servicios de salud a desarrollar políticas de salud que incluyan prácticas, que empíricamente han demostrado su eficacia, sin que el hecho de incluirlas o no incluirlas quede reducido a valoraciones meramente ‘políticas’ y no científicas.

A continuación, se revisan las aportaciones que proponen muchos profesionales e investigadores en la aplicación de la actividad física para el tratamiento integral de las personas con TMG. En este punto, se hace una breve revisión de algunas aportaciones pioneras en España en la utilización del deporte como actividad ocupacional y que se incluye en la rehabilitación de las personas con TMG. A su vez, revisamos la importancia del deporte como proceso de inclusión y reducción del estigma.

Una vez revisados estos aspectos generales sobre el deporte como actividad ocupacional y los beneficios que supone la práctica que del ejercicio físico para las personas en general y en particular para las personas con TMG como instrumento para la mejora de aspectos físicos, psicológicos y sociales. Tras el análisis de estos aspectos generales, se ha dedicado un apartado específico acerca de la práctica del futbol en los procesos de rehabilitación de las personas con TMG, dada la evidencia y reconocido que la práctica del futbol como actividad física y ocupacional tiene para mejorar la inclusión social en personas con TMG.

El último apartado del marco teórico se centra en los beneficios de la práctica del futbol para las personas con TMG, para ello se han revisado en las bases de datos los términos: 'futbol y recuperación en personas con TMG'. Al analizar detenidamente estos estudios, la mayoría de ellos aportan evidencia empírica acerca de los beneficios psicológicos, sociales, reducción de sintomatología clínica, tiempo de ingresos hospitalarios, además de mejoras en la salud física en general (pérdida de peso, aumento de la forma física o aumento de los niveles de energía), entre otros. Sin embargo, en dicha revisión también se pone de manifiesto las limitaciones de estos estudios (siguen siendo limitados, tanto en número como en rigor metodológico, debido a que la mayoría de los estudios revisados son exclusivamente cualitativos, con muestras pequeñas y sin grupo control).

En la parte del Método de la tesis, se recogen aspectos metodológicos, que se ha estructurado en seis capítulos con el fin de presentar el procedimiento seguido en el marco experimental facilitar la lectura del mismo.

En el Capítulo 5 se presenta el objetivo principal de la tesis y los objetivos específicos, así como las hipótesis de la misma.

El Capítulo 6 recoge el diseño y procedimiento de la investigación, donde se especifica el diseño de investigación utilizado, el procedimiento llevado a cabo en la recogida de datos. Así como, se exponen los detalles acerca de la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental, llevada a cabo en la fundación SASM (Fundación de la Comunidad Valenciana Santos, Andrés y Santiago).

En el Capítulo 7 se describen las características de los participantes en la investigación, incluyendo: tipo de muestreo y características generales de la muestra y los criterios de inclusión y exclusión seguidos en la investigación.

En el Capítulo 8 recoge se describen las variables evaluadas en la investigación, detallando el tipo de indicadores, preguntas o instrumentos de medida utilizados a tal fin. Específicamente, aquellas variables que nos permiten dar respuesta a los objetivos planteados, en el estudio que se presenta, se evaluaron cinco tipos de variables: características de tipo sociodemográfico, variables relativas al perfil

clínico, variables para la descripción del perfil de ocupación, ocio y tiempo libre, variables relacionadas con las actividades desarrolladas en la Liga (estas, tan solo, en el grupo experimental o grupo la Liga), y variables de recuperación, las variables principales del estudio.

En el Capítulo 9 se detallan los análisis de datos empleados para dar respuesta a las preguntas de investigación realizadas en el apartado de los objetivos. Para mayor claridad, el capítulo se ha organizado en apartados que siguen cada uno de los objetivos previamente descritos. Así como, los paquetes estadísticos utilizados para los análisis estadísticos.

Finalmente, en el Capítulo 10, se recogen las consideraciones éticas en las que se ha basado la presente investigación, siguiendo los Principios Éticos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Mundial de Medicina para la investigación en humanos de finidos por la Asociación Mundial de Medicina (World Medical Association, 2013).

En la parte cuarta, Resultados, se recogen los resultados de la investigación, que se han estructurado en cuatro capítulos.

En primer lugar, en el Capítulo 11, se recogen los resultados descriptivos de las muestras utilizadas en la investigación: datos relativos a las características sociodemográficas de los grupos y distribuciones por: género, nivel de estudios, tipos de trabajos, estado civil y tipo de convivencia. En segundo lugar, se describen los perfiles clínicos de los grupos. En ambos casos, se muestran las distribuciones de frecuencia, porcentajes, estadísticos de tendencia central y variabilidad. En este capítulo, también se han incluido estadísticos descriptivos relativos a los programas y actividades que llevan a cabo los participantes, tanto del grupo la Liga como del grupo control, mediante el cálculo de participantes y el porcentaje correspondiente que realizaban los distintos programas de ocupación y las distintas actividades de ocio y tiempo libre. Finalmente, solo en el grupo la Liga, se describirán algunas de las características de la práctica de esta actividad: media de años que realizaban la actividad en el momento de la recogida de datos, media de horas semanales que entrenaban, la distribución de los participantes y el porcentaje en función del lugar de entrenamiento, la forma de informarse sobre

la hora, día de los partidos y clasificaciones, y la forma de informarse de las noticias o actualidad de la Liga.

En el Capítulo 12 se recogen las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados, es decir se presentan los análisis relativos a la estructura interna de los instrumentos de medida utilizados, así como diversas estimaciones de fiabilidad o consistencia interna. Señalar que dado el limitado tamaño muestral de cada uno de los grupos, la utilización de modelos de ecuaciones estructurales, la evaluación de la estructura interna de las escalas de medida utilizadas se realizó utilizando el total de la muestra en su conjunto. Asimismo, en las estimaciones de fiabilidad se ofrecieron para la totalidad de la muestra se utilizaron, tanto el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach, como el omega.

El Capítulo 13 recoge los resultados de las variables de estudio. Variables que, para facilitar la lectura, se recogen en el siguiente orden: variables de *insight* cognitivo, auto-reflexión y auto-certeza; variables de autoevaluación ocupacional, así como, los descriptivos relativos a la percepción subjetiva de recuperación.

En el Capítulo 14 se recogen los resultados de comparación por grupos en función de las variables objeto de estudio. En primer lugar, las variables descriptivas, las variables clínicas y variables relacionadas con los dispositivos de rehabilitación, ocupación, ocio y tiempo libre. En segundo lugar, se presentan las diferencias encontradas entre grupos en los niveles de *insight* cognitivo, la autoevaluación ocupacional y percepción subjetiva de recuperación, resultados que dan respuesta a las hipótesis planteadas.

La penúltima parte de la investigación, Discusión y Conclusiones, aglutina dos capítulos.

El Capítulo 15 recoge la discusión de los resultados de investigación, poniéndolos en relación con la literatura revisada, así como las limitaciones observadas, propuestas sobre futuras líneas de investigación e implicaciones de los resultados para la práctica clínica.

Finalmente, el Capítulo 16, recoge las conclusiones del estudio.

La sexta y última parte de la investigación, Referencias, recoge las referencias de los materiales que se han citado a lo largo del texto.

Adicionalmente, se incluye un último apartado, con los Anexos de la tesis doctoral. Aquí se pueden encontrar aquellos documentos que, por su extensión o características, no han formado parte del texto en sí.

PARTE II. MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. El Trastorno Mental Grave en la actualidad

En este primer capítulo de la presente tesis doctoral se introduce el concepto de trastorno mental grave (en adelante, TMG), haciendo un breve recorrido sobre su historia, los principales aspectos clínicos que lo caracterizan, la legislación que respecto al mismo se han ido promoviendo, los recursos que en el contexto de la investigación (Comunidad Valenciana) existen para la atención al trastorno, así como, cuestiones relacionadas con el estigma que supone dicho diagnóstico para la persona que lo padece.

1.1. Aspectos socio-históricos: antecedentes del Trastorno Mental Grave

La historia de la psicopatología pone de manifiesto el interés por las personas con manifestaciones clínicas que se incluyen dentro del actualmente denominado trastorno mental grave. Dicho interés se ha centrado, tanto en la conceptualización de la enfermedad mental, como a las respuestas dadas para su tratamiento y cuidado.

Los conceptos sobre la enfermedad mental surgen, como otros conceptos sobre la naturaleza humana, a partir de una determinada visión del mundo. La consecuencia de ello es obvia, las imágenes que una sociedad posee acerca de lo que es 'normal' y 'ajustado' a los valores imperantes de cada época, son la base donde se desarrollan los conceptos sobre lo patológico (Belloch, 1993). Cada momento histórico se ha intentado conocer los orígenes y causas de los trastornos mentales, así como de aliviar los sufrimientos que entrañan las enfermedades mentales. Respecto a los tratamientos, la conceptualización sobre los trastornos mentales ha determinado su tratamiento. Dichos tratamientos han transcurrido por distintas etapas, que se podrían agrupar en dos grandes grupos: las marcadas por el miedo y la brujería, o las marcadas por la pena y la misericordia, hasta llegar a las propuestas actuales marcadas por los tratamientos farmacológicos y los tratamientos de acción psicosocial y comunitaria.

El concepto y tratamiento actual de los trastornos mentales se cimenta en una serie de hitos que permiten entender la evolución del concepto y tratamiento. Lo cual no ha impedido que las denominadas enfermedades mentales sigan resistiéndose a los esfuerzos para explicarlas y tratarlas. Veamos algunos de estos hitos.

Existe un cierto acuerdo entre los historiadores de la psicopatología en situar en el siglo XVII la idea de que la enfermedad mental (locura) era una enfermedad del cerebro. Inicialmente, este posicionamiento era bastante endeble y han tenido que pasar muchos años hasta que se han hecho propuestas científicas a estas manifestaciones clínicas, englobadas en el término "enfermedad mental". Las razones son obvias, desde antiguo se partía de una tradición dualista mente-cuerpo, así como de propuestas morales desde las que se pretendía explicar tanto las causas, como las intervenciones a estas 'enfermedades'. Los intentos de dar una explicación a estas manifestaciones psicopatológicas parten de una mezcla de criterios médicos y morales que derivan en diversas propuestas recogidas en algunos tratados de la época. En el tratado de Battie (1704-1776) se acentúa el papel de los hábitos tanto en la original *madness* como en la *consequential madness*. Proponiendo que son el cerebro y los nervios los responsables de la sensación y, por tanto, de la locura, pero asume que la ciencia médica no puede

realizar el tratamiento y que es la ciencia moral la que debe encargarse del mismo. En la la propuesta de Arnold (1742-1816), por su parte, trata de basar la *medical insanity* en la *moral insanity*. Finalmente, la propuesta de Whytt (1714-1766) introduce una valoración moral de la histeria como debilidad poco común o sentimiento depravado en algunos órganos del cuerpo.

Es en este contexto, donde la mayoría de historiadores de la medicina sitúan la Terapia Moral de Pinel (1745-1826), la cual cambiaría el tratamiento de las personas que actualmente incluiríamos en la clasificación de TMG. Esta mezcla entre propuestas médicas y morales se mantuvo a lo largo del siglo XIX y, siendo los criterios morales los que orientan y guían las principales reformas de los tratamientos manicomiales (instituciones cerradas), hasta llegar a los movimientos internacionales del siglo XX, conocidos como 'Movimientos de Reforma Psiquiátrica'. Siendo el siglo XX el momento de la historia reciente en el que se producen los cambios más radicales y profundos y se amplía la perspectiva de tratamiento, incorporando la rehabilitación psicosocial y la terapia ocupacional como procesos alternativos al tratamiento manicomial, sin olvidar los avances de los psicofármacos, que facilitarían poder llevar a cabo estas intervenciones psicosociales.

El contexto descrito anteriormente permite que se produce un cambio significativo en la conceptualización y, especialmente, en el tratamiento del TMG. Cambio que implica, la organización de un modelo de atención basado en la comunidad con el fin de atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario, para evitar la marginación e institucionalización (Desviat, 2020). En los años 30 del siglo XX comienza el auge de la psiquiatría social y comunitaria, una vez más, instigada por cuestiones sociales: como el exceso de pacientes y el escaso personal en los hospitales psiquiátricos. Esta circunstancia conduce a que en 1949, se inicié en Reino Unido un sistema de *puertas abiertas* en los hospitales ingleses, basado en la subcontratación para la industria de enfermos mentales, creando talleres ocupacionales dentro de los hospitales, que posteriormente se incorporaran en la comunidad (Bell y Ryan, 1984).

Unido a lo anterior, a mediados del siglo pasado aparecen las primeras comunidades terapéuticas que aportaron las bases para el inicio de la Reforma

Psiquiátrica. En el Hospital de Hollymoor en Northfield, impulsada por Biovand, Rickman y Bion se desarrolló la primera comunidad terapéutica, que significó un importante acontecimiento para el tratamiento de las personas con TMG. En esta comunidad atendían a soldados británicos tras la segunda Guerra Mundial que sufrían estrés postraumático, y se observó que los tratamientos habituales de la época no eran efectivos para la readaptación social de los pacientes, por lo que comenzaron con tratamientos en los que *'daban voz y protagonismo'* a los pacientes mediante intervenciones de corte más social como: sesiones de grupo, asambleas o aperturas al exterior, entre otros. Este modelo de tratamiento no tuvo la aceptación deseada por parte de la comunidad científica, ni social. Ante esta situación, Maxwell Jones propone un nuevo modelo, consistente en diseñar un ambiente de participación activa entre profesionales, pacientes y familiares para aportar ideas sobre la convivencia y las condiciones de las comunidades terapéuticas (Jones, 1968).

A estas experiencias alternativas a los tratamientos habituales (aislamiento, psicofármacos o psicocirugía), las políticas internacionales comienzan a promover una atención más abierta y comunitaria para las personas con TMG. Así, Bierer et al. (1964) comienzan a defender la creación de hospitales de día y atención ambulatoria (Tusquets y Grau, 1988) y comienzan a surgir las primeras críticas sobre los efectos que la institucionalización conlleva (Lieberman et al., 1968). En la misma línea, en nuestro país Sacristán y Lafora, entre otros, se interesan por las nuevas formas de asistencia y pasan a defender los derechos de las personas con TMG, así como la necesidad de la inserción laboral. Una vez más, coincidiendo con la época republicana, nuestro país es pionero en regular el ingreso de los pacientes en las instituciones manicomiales y en 1931 se plantean los primeros proyectos de ley sobre organización de la asistencia psiquiátrica, destacando autores como Vives y Casajona quienes propusieron desarrollar una red comunitaria (Huertas et al., 1987; González-Cajal, 1989). Sin embargo, estos movimientos se vieron frenados por el triunfo del franquismo, lo que empeoró sustancialmente la situación de las personas con TMG.

Estos movimientos pioneros a nivel internacional también se abandonan en todo el mundo occidental tras la devastación que supuso la Segunda Guerra Mundial a

todos los niveles. Sin embargo, tras la recomposición del mundo occidental estos pioneros inicios sirvieron de base y fueron el comienzo de los conocidos '*Movimientos de Reforma Psiquiátrica*'.

Además de los antecedentes mencionados anteriormente, los Movimientos de Reforma Psiquiátrica se pueden llevar a cabo gracias a la convergencia de las condiciones sociales, políticas y económicas de la época que facilitaron la promulgación a nivel internacional de los derechos humanos en los que se incluyen los derechos de las minorías y se sientan las bases para la construcción del Estado del Bienestar.

A dichas cuestiones sociopolíticas, cabe añadir la aparecieron nuevos psicofármacos a principios de los años cincuenta del siglo XX, como la clorpromacina, que permitieron controlar manifestaciones psicóticas agudas y que ahondan en el cuestionamiento del tratamiento manicomial, lo que provocó un incremento de críticas y cuestionamiento a las instituciones manicomiales en el mundo occidental, lo cual estimuló el comienzo de los procesos de Reforma Psiquiátrica en EEUU, Canadá y en la mayoría de países europeos, principalmente en Francia Gran Bretaña e Italia, aunque su desarrollo fue muy desigual.

En España, debido a las circunstancias sociales y políticas, se retarda su inicio y fue a partir de los años 70 cuando comienzan a implementarse las experiencias reformadoras de otros países occidentales. Se comienzan a modificar y adecuar los espacios asistenciales, aparecen las primeras comunidades terapéuticas, se insta a respetar los derechos de los internos y comienzan a crearse las primeras asociaciones de familiares de enfermos mentales. Asimismo, los manicomios comienzan a abrirse a la comunidad, permitiendo que grupos culturales, barrios y pueblos conocieran esta realidad con el fin de sensibilizar a la población de los derechos de las personas internadas en las instituciones manicomiales y de la importancia de vivir en la comunidad e integrarse en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho.

Esta tendencia reformista seguirá hasta los años 80 del siglo pasado y será en 1986 tras la promulgación de la Ley General de Sanidad 14/86 cuando se

establezcan las pautas de la asistencia psiquiátrica en nuestro país. La Ley establece la base teórica, inspirada en la filosofía de unos servicios públicos de salud equitativo, universal y descentralizado (Fernández-Catalina y Ballesteros-Pérez, 2017). Así pues, a nivel legislativo esta ley supondrá el fin de los hospitales psiquiátricos y la plena integración de los enfermos mentales en el sistema sanitario español, por lo que permite e inicia el cambio al modelo comunitario, potenciando los recursos ambulatorios, incorporando las unidades de Salud Mental en los hospitales generales, así como la creación de otros dispositivos intermedios de tratamiento, que, a todas luces, han resultado ser insuficientes. Es decir, la ley permitió una serie de cambios en el tratamiento de las personas diagnosticadas con enfermedad mental grave, aboliendo los manicomios, pero sin resolver la cronicidad y el deterioro de distintas manifestaciones clínicas que engloba. Esta situación se mantiene en la actualidad por la falta de recursos organizativos y económicos, de tal manera que hoy en día nos encontramos, en la mayoría de las ocasiones, únicamente con recursos cuyas funciones reales son la custodia y la segregación. Es decir, nos encontramos con un cambio de paradigma legislativo y teórico, pero sin que se haya dado respuesta a las necesidades que encierra el tratamiento integral de las personas con enfermedad mental grave y crónica.

Como conclusiones acerca de los procesos de Reforma Psiquiátrica, podríamos decir que estos procesos llevados a cabo en los diferentes países occidentales, se han realizado teniendo en cuenta las circunstancias socio-políticas, económicas y culturales de cada uno los países. Y, tal y como señalan Rodríguez (1997) y Moreno-Küstner (2002), estas reformas psiquiátricas, en el mundo occidental, han estado guiadas por los siguientes principios:

- Desinstitucionalización.
- Prevención.
- Atención primaria, puerta de entrada a todo el sistema, desplazamientos del eje de atención, del hospital a la comunidad.

- Compresión del trastorno desde un enfoque biopsicosocial y establecimiento de un tratamiento integral, desde lo preventivo hasta la rehabilitación.
- Territorialización de los dispositivos.
- Continuidad de cuidados.
- Equipos multidisciplinarios.
- Participación de la comunidad.
- Sistema de atención con funcionamientos en red de los servicios.

Desgraciadamente, el retraso en la implantación del modelo comunitario en España no sirvió para anticipar y prevenir las limitaciones y dificultades de otras experiencias previas. Así, después de 35 años de aprobación de la Ley General de Sanidad (1986) y la implantación del modelo comunitario para atender a las personas con TMG, las políticas comunitarias para atender los problemas derivados del TMG todavía tienen que implementarse y continuar desarrollándose.

El modelo comunitario, como todo cambio social profundo, ha conllevado críticas en su implantación y han sido muchas las dificultades encontradas para establecer el modelo en el territorio español, entre las que cabe señalar:

- desigual desarrollo en el territorio nacional,
- deficiencias a la hora de aplicar el modelo,
- dificultades en la organización y planificación de los servicios, y
- escaso desarrollo de los recursos intermedios: recursos residenciales, hospitales de día, centros de día o centros ocupacionales.

Todas estas deficiencias, se consideran básicas y necesarias para poder cubrir en la comunidad algunas de las funciones que implicaba la atención manicomial, siempre dentro de los principios básicos marcados por la Ley General de Sanidad

de 1986, desde dichos principios la atención al enfermo mental crónico debe basarse en un servicio público de salud equitativo, universal y descentralizado, lo cual no comporta el aislamiento en instituciones cerradas (manicomios). Podríamos decir, que a nivel legislativo se da el marco para el tratamiento de las personas afectadas por un TMG, sin que las instituciones y la sociedad estuvieran preparadas para ello, sin mencionar las escasas dotaciones económicas para llevar a cabo dicho cambio.

Cambio que, según el informe del 2019 la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), afecta a más de 21 millones de personas en el mundo que sufren esquizofrenia, solo uno de los diagnósticos recogidos en la actual categoría de TMG (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Así pues, a pesar de tratarse de una cifra considerable, la falta de conocimiento sobre el trastorno, la desinformación sobre la problemática y los prejuicios sociales hacia el colectivo, han generado, y todavía se mantiene, un estigma social hacia las personas con un TMG, lo que provoca un déficit en la calidad de vida del colectivo en muchas áreas de su vida.

No obstante, fruto de diferentes movimientos sociales y políticos, se está generando un cambio de visión, que, en España, recogen los diferentes planes de salud mental de las CCAA y que se consideran propuestas dirigidas a la plena inclusión en la sociedad de este colectivo. Aun cuando en la práctica siguen siendo insuficientes.

Así pues, será desde este contexto histórico, desde donde debemos situar y analizar las propuestas de rehabilitación psicosocial comunitaria, marco en el que se inserta la presente investigación.

Tras este breve recorrido histórico y definidas las bases legislativas y teóricas acerca del tratamiento de los enfermos mentales crónicos, surge la necesidad de conceptualizar y definir: qué perfiles de enfermos mentales engloba, qué aspectos se deben tener en cuenta cuando nos referimos a personas incluidas bajo la clasificación de Trastorno Mental Grave, con el fin de establecer propuestas de tratamiento basados en premisas biopsicosociales y que permita

tratamientos integrales e individualizados y que posibilite la respuesta a las necesidades de muchos pacientes con ‘enfermedad mental’.

1.2. Aspectos clínicos

Antes de desarrollar este apartado, quisiera expresar y no olvidar que los participantes de este estudio (ahora *etiquetados* de TMG) son personas que tienen una disfunción comportamental difícil de explicar, que no se conocen con exactitud sus causas, ni su tratamiento, que desgraciadamente, soportan el triste estigma social, que produce gran sufrimiento en la persona, en los familiares y en la sociedad y que, ni desde la ciencia, ni desde la sociedad somos capaces de dar respuesta a su sufrimiento, ignorando que, a pesar de nuestro desconocimiento, ‘nadie enferma voluntariamente’, por lo que la incompreensión de la sociedad añade mayor sufrimiento en los enfermos y familiares, grandes déficits en la planificación y organización de los servicios, así como una insuficiencia en los presupuestos.

Después de manifestar las dificultades que, como sociedad, tenemos planteadas para dar respuestas a la diversidad funcional en todos los ámbitos en los que se traten las diferencias individuales, intentaré exponer brevemente a qué nos referimos cuando actualmente hablamos de TMG.

En primer lugar, señalar que, al igual que el concepto de enfermedad mental, el actual concepto de TMG viene marcado por la influencia social y cultural de la época en que la que se ha definido. Como exponen diversos historiadores de la psicopatología, la conceptualización de las enfermedades mentales ha venido determinada por las concepciones mágicas o demonológicas y, más recientemente, por cuestiones sociales (Castro, 2005; Mora, 1982). Además, en el mundo occidental, esta conceptualización ha estado mayormente precedida por los prejuicios, la discriminación el estigma e, incluso, la peligrosidad y violencia.

En la actualidad, se podría decir que el termino de ‘*trastorno mental grave*’ (TMG) sustituye al termino ‘*enfermo mental crónico*’, este cambio es debido a dos

cuestiones negativas que recoge esta última denominación; por una parte, la connotación negativa del término enfermo mental, el cual no diferencia entre la persona y su enfermedad y, por otra, el significado lingüístico de término “crónico”, puesto que este se asocia a no recuperación de la persona que lo sufre (López et al., 2008).

Ante estos cuestionamientos, se desarrolla e incorpora el término trastorno mental grave (TMG), el cual hace referencia a la traducción del término inglés *severe mental illness*. Como decíamos anteriormente, la definición y conceptualización del término ha comportado debate y superado dificultades para llegar a un consenso. Así pues, después de cierto debate y diversas propuestas acerca de qué recoge la definición de TMG, encontramos que la definición más aceptada y consensuada es la aportada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, quien lo define como:

Un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social (en Domínguez-Panchón, 2012, p. 12).

Sin embargo, en la práctica clínica esta definición tiene escasa consistencia, diversos autores a partir de sus investigaciones proponen añadir otros aspectos en la definición de TMG, así Slade et al. (1997), incorporan dos condiciones: (a) la seguridad hacia sí mismo y los demás y, (b) el apoyo social y familiar (Conejo Cerón et al., 2014).

El análisis de ambas definiciones señala cinco aspectos a tener en cuenta cuando hablamos de personas diagnosticadas de TMG: tres aspectos derivados de la

definición del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (Goldstein et al., 1978) y dos aspectos derivados de las investigaciones de Slade et al. (1997).

1. Diagnóstico referido a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad.
2. Duración de la enfermedad y del tratamiento considerando un tiempo superior a los dos años.
3. Presencia de discapacidad referida a una afectación del funcionamiento laboral, social y familiar de moderada a severa.
4. La seguridad hacía sí mismo y los demás.
5. La necesidad de apoyo social y familiar.

Ante las propuestas anteriores, podríamos resumir que el término TMG recoge en su definición a *aquellas personas que presentan patologías mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social, que afectan su desempeño psicosocial, que provocan muchas dificultades para desenvolverse de manera autónoma en la comunidad, que requieren protección y necesidad de apoyo social y familiar y su dificultad supone una barrera para su inclusión comunitaria.*

Lo que implicaría que, además, de intervenir en las manifestaciones clínicas, estas personas han de ser atendidas en diferentes áreas de su funcionamiento, por lo que se requieren diversos recursos asistenciales de la red de atención sanitaria y social, lo cual hace ineludible atender las dificultades psicosociales para ofrecer oportunidades reales de rehabilitación e integración social en la comunidad con el fin de evitar situaciones de deterioro y marginación. Todo ello se convierte en un verdadero reto, puesto que se trata de personas con mayor vulnerabilidad al estrés, mayores déficits en las destrezas y capacidades, menores habilidades para manejarse autónomamente, elevada dependencia de otras personas y de los servicios sanitarios y/o sociales, grandes dificultades para acceder al mundo laboral y alteraciones conductuales graves, entre otras.

Los trastornos mentales recogidas en los dos sistemas de clasificación más utilizado en el mundo occidental: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de la OMS, en su última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2022) y el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta versión (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5) de la Asociación de Psiquiatría Americana (American Psychiatric Association, 2014), no resuelven la categorización de las características que presentan la personas recogidas bajo el paraguas de la definición de TMG, sino que pone de manifiesto sus limitaciones para delimitar la complejidad constitutiva del ser humano y sus patologías (Conejo et al., 2014).

En el apartado de marco experimental detallaremos los criterios diagnósticos, según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), de los participantes en nuestra investigación incluidos, que además de cumplir criterios para un cuadro clínico, también cumplen las características descritas anteriormente en la definición de TMG.

1.3. Aspectos legislativos e hitos, nacionales e internacionales, que enmarcan el concepto y las intervenciones actuales en el Trastorno Mental Grave

En este apartado revisaremos algunos de los hechos sociales, profesionales y legislativos que han facilitado y/o permitido la situación actual y realidad del enfermo diagnosticado de TMG.

1.3.1. Movimientos de Reformas Psiquiátricas: Principios básicos

En este apartado se realiza una revisión de las condiciones necesarias para que las propuestas de atención comunitaria a los enfermos con TMG hayan sido posibles y sigan desarrollándose. Para tal fin, nos ha parecido oportuno aportar el resumen que realizan Gisbert et al. (2002) y que recoge las premisas básicas iniciales. Afortunadamente algunas de ellas ya superadas a medida que el modelo

comunitario se ha ido desarrollando e implantando, como la eliminación de los hospitales psiquiátricos y la creación de unidades para enfermos mentales agudos en hospitales generales (unidades de agudos), por lo estas propuestas deben situarse como pasos previos en el proceso hacia el modelo comunitario en salud mental.

- a. Crítica al hospital psiquiátrico e intento de transformarlo recuperando su papel terapéutico o incluso suprimirlos sustituyéndolo por dispositivos alternativos.
- b. Un proceso de transformación del hospital psiquiátrico que llevó a avanzar, de un modo más o menos decidido, en la desinstitucionalización de parte de la población crónica internada buscando su reinserción social en la comunidad.
- c. Un desplazamiento del eje de la atención del hospital a la comunidad.
- d. Una apuesta por un nuevo modelo de atención basado en la comunidad a través de la puesta en marcha de servicios capaces de atender los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales y sociales que inciden en el proceso de enfermar y en el curso y evolución del trastorno.
- e. Un intento de articular una gama de servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que den respuesta a las diferentes necesidades del enfermo mental para facilitar tanto su desinstitucionalización como su mantenimiento en la sociedad.
- f. La idea de que la hospitalización debe perder su papel preponderante como respuesta a la cronicidad. Debe ser un complemento de los servicios comunitarios y no al revés como hasta ese momento.
- g. Un enfoque integrado de la atención en salud mental que tenga en cuenta los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional (biológico-psicológico-social.)

- h. Una estrecha vinculación con modelos de atención sanitaria basados en la salud pública o comunitaria. La territorialización como marco para la organización de los servicios comunitarios de salud mental
- i. Un intento de articular una lógica de continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada a la población enferma mental

A continuación, haremos referencia a aquellas leyes desde el ámbito internacional al autonómico que han favorecido la consideración como ciudadanos de pleno derecho a las personas que sufren un trastorno mental grave.

1.3.2. Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y Convención internacional sobre los derechos de las personas con diversidad funcional

Aprobada en diciembre de 2006 por la Asamblea General de Naciones Unidas, hace referencia a la consagración y enfoque de los derechos de las personas con diversidad funcional, obligados a asegurar y garantizar que el ejercicio sea pleno y efectivo. La Convención fue firmada por 82 países, incluyendo a España. En España el texto entró en vigor dos años más tarde, en el año 2008.

La finalidad de este texto es conseguir la promoción, protección y asegurar la plena igualdad de los derechos humanos y libertades fundamentales del colectivo, además de promover el respeto a su dignidad. Se basa en ocho principios rectores: 1) respeto de la dignidad inherente, autonomía individual, incluyendo la libertad de toma de decisiones e independencia de las personas; 2) no discriminación; 3) participación e inclusión plena y efectiva; 4) respeto por la diferencia y aceptación del colectivo como parte de la diversidad y condición humana; 5) igualdad de oportunidades; 6) accesibilidad; 7) igualdad entre hombres y mujeres y 8) respeto a la evolución de las facultades de las niñas y niños con diversidad funcional y el derecho a preservar su identidad (Urmeneta, 2010).

Sin menospreciar la importancia general del texto, cabe señalar los artículos 14, 15 y 25 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

Artículo 14. Libertad y seguridad de la persona, especifica que significa que nadie puede ser privado de su libertad sólo sobre la base de su diagnóstico o discapacidad.

Artículo 15. Libre de tortura o trato o castigo cruel, inhumano o degradante, significa que las prácticas coercitivas en el contexto de la atención de salud mental son una forma de tortura. Hablaremos más tarde sobre la coerción.

Artículo 25. El Derecho a la Salud, también significa que ningún profesional de salud mental u otros profesionales de servicios puede tratarlo irrespetuosamente, negar la ayuda necesaria o actuar sin el consentimiento informado de la persona.

1.3.3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

La Ley General de Sanidad (14/1986 de 25 de abril), en el Capítulo Tercero sobre la Salud Mental, en el artículo 20, establece las bases para la plena integración de las actuaciones de salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, así las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.
2. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
3. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizarán en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
4. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del

enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

5. Los servicios de salud mental y atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud general.

1.3.4. Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad

Ley inspirada en los principios de vida independiente de las personas con diversidad funcional. A través de esta ley, se pone de manifiesto la lucha por los derechos e igualdad de oportunidades en cualquier ámbito, así como la eliminación de toda discriminación y estigmatización y prejuicios del colectivo de personas con discapacidad, en el cual se incluyen las personas con enfermedad mental.

Se inicia un recorrido hacia la inclusión social, lucha por la normalización y accesibilidad universal para el colectivo en la sociedad, lucha que a día de hoy sigue vigente.

1.3.5. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

La presente ley tiene por finalidad promover la autonomía de aquellas personas que, debido a sus características y su situación más vulnerable, no pueden gozar de un estilo de vida satisfactorio. A través de esta normativa se establecen las bases reguladoras, los objetivos y las ayudas necesarias para que las personas que presenten un determinado grado de dependencia, puedan satisfacer sus necesidades, llevar un estilo de vida lo más independiente posible, así como, disponer de los apoyos necesarios para desarrollar las actividades de la vida cotidiana y un estilo de vida satisfactorio.

Mediante la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se establecen los servicios y prestaciones económicas que destina la presente ley

para promover la autonomía en las personas y garantizar aquellos servicios acordes a las demandas de la población según sus circunstancias.

1.3.6. Proposición de ley de derechos en el ámbito de la salud mental

Plan que se formula el 8 de marzo de 2019, presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos. A través de ésta, se plasman las debilidades y carencias que muestran la legislación vigente, como la Ley General de Sanidad de 1986 o la propia Constitución Española de 1978, en las cuales las acciones en materia de salud mental están menos desarrolladas de lo nombrado en la normativa. De ahí la propuesta de adoptar una nueva ley que abarque y desarrolle los derechos, prevención y promoción de oportunidades necesarias para alcanzar mayores niveles de la salud mental y otras enfermedades vinculadas a la salud mental.

1.3.7. Ley 8/2021 reforma la legislación civil y procesal con la intención de promover el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica

El texto pretende adecuar nuestro ordenamiento a la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, firmada en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Su artículo 12 proclama que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida y obliga a los Estados Partes a adoptar medidas para proporcionar a estas personas el apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

La reforma que la nueva ley establece impone el cambio de un sistema en el que predomina la sustitución en la toma de las decisiones que afectan a las personas con discapacidad, basado en una visión paternalista, por otro basado en el respeto a la voluntad y las preferencias de la persona que, como regla general, será la encargada de tomar sus propias decisiones.

1.3.8. Decreto 132/1996, de 4 de julio, del Gobierno Valenciano, por el cual se asignan competencias en materia de atención a los enfermos mentales

Mediante este Decreto, la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública asume la atención psiquiátrica y psicológica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del colectivo de personas con enfermedad mental grave, así como prestar servicios sociales, ayudas económicas, información, fomento de las medidas de reinserción orientadas a normalizar las condiciones de vida y atender las disfunciones graves que se producen en el medio social.

1.3.9. Orden 3 de febrero de 1997, de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales, por la cual se modifica la Orden de 9 de abril de 1990 sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunidad Valenciana

Normativa que se establece con el fin de atender los nuevos servicios que se van a prestar a las personas con enfermedad mental de la Comunidad Valenciana. A través de esta orden se recoge como objeto la creación de recursos destinados a personas con EMG, incluyendo centros específicos para personas con enfermedad mental (CEEM), Centros de Día y Viviendas Tuteladas.

1.3.10. Ley 4/2012, de 15 de octubre, de la Generalitat, por la que se aprueba la Carta de Derechos Sociales de la Comunidad Valenciana

En su título IV se nombra a las personas con diversidad funcional. En él consta que, el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana garantizará la protección de los derechos del colectivo nombrado, así como, la igualdad de oportunidades, integración y accesibilidad de las personas con diversidad funcional además de regular aquellas ayudas y prestaciones destinadas al colectivo (Cortes Valencianas, 2012)

1.3.11. Plan de Atención Integral a las personas con enfermedad mental grave 2018-2022

Plan llevado a cabo desde las Consellerias de Igualdad y Políticas Inclusivas y la de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana: se crea con la finalidad de que exista una buena coordinación entre ambas para la calidad, mejora e inclusión de la salud mental además de garantizar una atención de

calidad al colectivo, donde se contempla y figura el trabajo en red e interdisciplinar, desde un enfoque igualitario en cualquiera de sus aspectos (derechos, oportunidades y deberes) velando por el bienestar de las personas implicadas.

1.4. La red de recursos de atención psicosocial de la Comunidad Valenciana (CV)

Dado que el estudio se realiza en la Comunidad Valenciana considero relevante describir brevemente las peculiaridades de la red de recursos de la CV.

La red de recursos de atención psicosocial de la Comunidad Valenciana es dependiente de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Comunidad Valenciana. La mayoría de la red es concertada o subvencionada a cargo de Asociaciones de Familiares, Entidades Locales, ONG o empresas con ánimo de lucro.

Esta red socio sanitaria depende de los siguientes organismos:

- a. La Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Comunidad Valenciana.
- b. La Diputaciones provinciales.

Actualmente la red de servicios de atención psicosocial de atención a las personas con TMG de la Comunidad Valenciana la componen los siguientes dispositivos:

1. Centros Especiales de Enfermos Mentales (CEEM)
2. Viviendas tuteladas
3. Centros de Rehabilitación e Inserción Social (CRIS)
4. Centros de Día para personas con trastorno mental grave (CdD)

A continuación, describiremos brevemente cada uno de los dispositivos.

1.4.1. Centros Especiales de Enfermos Mentales: CEEM

a. Definición

Centro residencial comunitario, abiertos y flexibles, destinado a personas con enfermedades mentales crónicas que no requieren hospitalización. Prestan un servicio de alojamiento y rehabilitación de estas personas enfocando su actuación hacia la mejora de la autonomía personal y social y apoyando su normalización e integración comunitaria.

b. Beneficiarios

Personas adultas afectadas por enfermedades mentales crónicas con déficits o discapacidades en su funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte y que no requieran hospitalización.

c. Ubicación

En áreas urbanas o muy próximas a ellas, de fácil acceso y contacto con la comunidad y recursos existentes en la misma, con adecuada red de transportes públicos y próximos a los centros de rehabilitación e integración social y laboral, a los servicios de salud mental y demás servicios comunitarios.

d. Capacidad

El número de plazas será como mínimo de 20 y como máximo de 40.

e. Prestaciones

Los centros residenciales para personas con enfermedad mental crónica prestarán una asistencia según las necesidades de los usuarios, concretadas en:

- Asistencia integral
- Alojamiento y manutención

- Programa individualizado de rehabilitación (PIR)
- Actividades educativas y culturales, de convivencia, cooperación y autoayuda, que favorezcan el establecimiento de relaciones de convivencia dentro de un entorno sustitutivo del núcleo familiar.
- Tratamiento especializado llevado a cabo por personal cualificado
- Apoyo psicosocial y potenciación de las relaciones con la familia de origen
- Promoción de la salud consistente en asistencia básica sanitaria y vigilancia médica en patologías leves. Potenciación de estilos de vida saludables
- Orientación y apoyo a las familias.

1.4.2. Viviendas tuteladas

a. Definición

Las Viviendas Tuteladas son viviendas configuradas como hogares funcionales de dimensiones reducidas, adecuadas al número y características de los usuarios e insertadas en el entorno comunitario, en las que conviven, de forma estable en el tiempo, un grupo homogéneo de personas con enfermedad mental crónica o trastorno mental grave, con necesidades de apoyo intermitente o limitado, en régimen de funcionamiento parcialmente autogestionado.

b. Usuarios

Podrán ser usuarios de las Viviendas Tuteladas las personas con enfermedad mental crónica o trastorno mental grave, mayores de 18 años, necesitadas de protección y de alojamiento social alternativo a las residencias, que tengan reconocido en el certificado de discapacidad un grado de discapacidad igual o superior al 33%.

c. Ubicación

Las Viviendas Tuteladas estarán situadas en suelo urbano y de fácil acceso a equipamientos y servicios comunitarios, bien comunicadas y con adecuada red de transportes públicos.

d. Capacidad

La capacidad asistencial de las Viviendas Tuteladas no podrá ser inferior a cuatro plazas ni superior a siete plazas.

El número de plazas se determinará de acuerdo con las condiciones, características y superficie de la Vivienda.

e. Servicios

En todas las Viviendas Tuteladas deberán prestarse los siguientes servicios, que tendrán el carácter de básicos:

- Asistencia, apoyo o supervisión
- Alojamiento y manutención
- Actividades de convivencia, cooperación y autoayuda
- Colaboración para la búsqueda de otros recursos específicos
- Actividades de integración en el entorno comunitario

f. Modalidades

- Viviendas asistidas
- Viviendas supervisadas
- Viviendas supervisadas para la promoción de la autonomía y el fomento del aprendizaje en las actividades de la vida diaria

1.4.3. Centros de Rehabilitación e Inserción Social: CRIS

a. Definición

Los centros de rehabilitación e integración social, (CRIS), son servicios específicos y especializados, en régimen ambulatorio, dirigidos a personas con enfermedad mental crónica, con un deterioro significativo de sus capacidades funcionales, donde se llevarán a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios y usuarias.

b. Beneficiarios

Personas adultas afectadas por enfermedades mentales graves, que impliquen un deterioro importante de su actividad social y laboral, y de sus capacidades funcionales.

c. Ubicación

En áreas urbanas, con fácil acceso y contacto con la comunidad y recursos existentes en la misma, con adecuada red de transportes y proximidad y conexión con los Centros de Salud, Centros de Día, recursos de rehabilitación laboral y recursos residenciales.

d. Capacidad

El número de plazas será como mínimo de 50 y como máximo de 70.

e. Prestaciones

En los CRIS se realizarán las siguientes prestaciones mínimas:

- Protocolo de evaluación social y funcional
- Entrenamiento en competencia social y en habilidades de autocuidado y de la vida diaria
- Recuperación de habilidades cognitivas

- Psicomotricidad
- Programa individualizado de rehabilitación (PIR)
- Psicoeducación y promoción de estilos de vida saludables
- Protocolo de seguimiento y apoyo comunitario
- Apoyo y asesoramiento a la familia

1.4.4. Centros de Día para personas con trastorno mental grave: CdD

a. Definición

Son centros especializados y específicos destinados a personas con enfermedad mental crónica con gran deterioro de sus capacidades funcionales y de su entorno social, donde se desarrollarán programas intensivos de recuperación funcional y actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre.

b. Beneficiarios

Personas adultas con enfermedades mentales graves y con gran deterioro de sus capacidades funcionales, grave desestructuración de su entorno social inmediato y severas dificultades para utilizar recursos normalizados para la satisfacción de sus necesidades.

c. Ubicación

En núcleos urbanos con fácil acceso y contacto con la comunidad y recursos existentes, con adecuada red de transportes y proximidad con los Centros de Salud y los Centros de Rehabilitación e Integración Social.

d. Capacidad

Contarán con un mínimo de 15 y un máximo de 20 plazas

e. Prestaciones

Se ofrecerán las siguientes prestaciones mínimas:

- Recuperación de hábitos básicos de autonomía
- Tratamiento especializado
- Promoción de la salud
- Actividades de convivencia, ocio y tiempo libre
- Entrenamiento en capacidades funcionales
- Apoyo psicosocial
- Apoyo y asesoramiento a la familia
- Servicio de comedor

La Comunidad Valenciana carece de casas hogar, servicios de orientación y apoyo al empleo, así como entidades tutelares. Esto ocasiona una seria amenaza al desarrollo comunitario lo que a su vez está ocasionando el aumento de dispositivos *pseudomanicomiales* en residencias de la tercera edad desarrollándose unidades específicas sin integración en la red de recursos y sin orientación comunitaria (Munarriz, 2011).

1.5. Aspectos relacionados con el *estigma* en el Trastorno Mental Grave

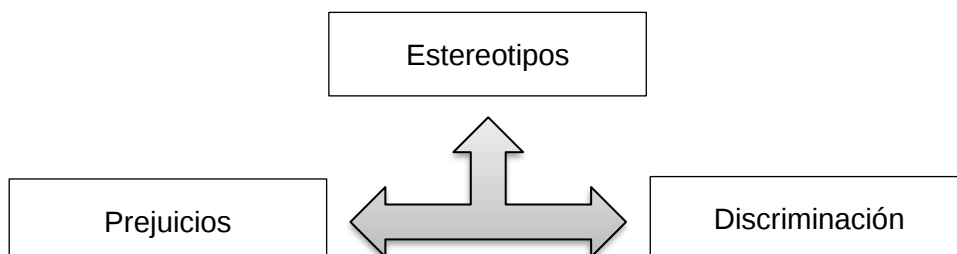
La sociología define *estigma* como un “fenómeno o proceso social” en el que las personas consideradas ‘diferentes’ de alguna manera se enfrentan al rechazo social tras ser etiquetadas por esa diferencia, lo que implica contar con la desaprobación de la sociedad y que puede conducir injustamente a la discriminación y exclusión del individuo. Desgraciadamente, esta situación injusta de discriminación y exclusión se aplica en muchas condiciones y en numerosos

ámbitos sociales (por género, por clase social, por minoría étnica o por enfermedad, entre otras muchas). En el caso particular de la enfermedad mental implica una barrera importantísima para el acceso a una vida digna de las personas con enfermedad mental, que afecta a todos los agentes sociales implicados en los procesos de rehabilitación o recuperación, desde las propias personas con enfermedad mental, pasando por los familiares y/o allegados y finalizando en los y las profesionales que ayudan en este proceso (Pinfold et al., 2005), por lo que la lucha contra este fenómeno, es clave para alcanzar las metas propuestas en todas las acciones relacionadas con la promoción de la salud mental y que su tratamiento debe ser incorporado en los procesos de rehabilitación psicosocial comunitaria de las personas afectadas por un TMG.

Según el Informe de la Secretaría Organización Mundial de la Salud de 2011 (Organización Mundial de la Salud, 2011), el estigma se describe como uno de los principales obstáculos en el tratamiento de la enfermedad mental, provocando una situación de desigualdad de poder, de pérdida de estatus y de discriminación. Aunque la definición del término estigma requiere de pocas aclaraciones y definiciones, una de las definiciones más aceptadas en el ámbito de la ausencia de salud mental es la propuesta por Goffman (1956), quien considera al estigma como un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo.

Así pues, el estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social, los cuales están interrelacionados y suelen retroalimentarse unos a los otros (véase Figura 1).

Figura 1. Aspectos del estigma social en el TMG.



Fuente: Elaboración propia.

Los *estereotipos* están relacionados con el conocimiento. Son las estructuras de conocimientos que, a lo largo de la historia, la sociedad ha ido adquiriendo sobre las personas con enfermedad mental, contiene las opiniones más repetidas. Esto sirve para catalogar a los grupos que suelen componer la sociedad, consensuando las características principales que definen a las personas con enfermedad mental. Lo podemos definir como las características asumidas por la sociedad en general sobre las personas con enfermedad mental, que nos ofrecen una visión rápida y simple de las mismas, por ejemplo, los estereotipos más usados en referencia a las personas con enfermedad mental son los relacionados con su peligrosidad, incapacidad para realizar cualquier empleo, falta de control, etc. Aunque las personas no siempre están de acuerdo con los estereotipos de los que son conscientes.

Los *prejuicios* están muy relacionados con las emociones, podemos decir que es la acción de poner en marcha los estereotipos. Es la actitud de las personas a actuar de una forma u otra según sean los estereotipos asumidos, sin que se produzca un análisis que nos pueda servir de filtro para justificar nuestra acción. Lo podríamos definir como la predisposición, normalmente negativa, de una persona a actuar de una manera rápida e impulsiva.

La *discriminación* está estrechamente relacionada con los comportamientos. Es la manifestación activa de los prejuicios. Se suelen poner de manifiesto tanto a través de actitudes como de conductas. La podemos definir como todos aquellos

comportamientos que ponen a las personas con enfermedad mental en una situación de desventaja social.

Más allá de estos comportamientos personales, nos podemos encontrar con la discriminación estructural que se refleja en políticas públicas, leyes y otras disposiciones prácticas de la vida social, a partir de actitudes que, de forma más o menos intencionada o explícita, juegan un importante papel, tanto por sus repercusiones directas sobre las personas estigmatizadas como por su refuerzo general al proceso.

Entre los diversos tipos de estigmas describiremos aquellos que más directamente afectan a las personas afectadas por un TMG: el estigma público y el autoestigma, para después estudiar el proceso de desestigmatización.

1.5.1. Estigma Público

La sociedad continuamente está juzgando, etiquetando a las personas que son diferentes. Podemos definir el estigma público en las opiniones que tiene la sociedad en general sobre un grupo concreto. Este tipo de estigma se puede dar tanto a las propias personas con enfermedad mental como a los familiares de éstos. En este último caso suele ser generalizado por ver o sentir el rechazo que está teniendo su familiar diagnosticado con un problema de salud mental. En el estigma público también aparecen los estereotipos, prejuicios y la discriminación. Un ejemplo de este tipo de estigma es si se considera a la persona con enfermedad mental responsable de su enfermedad, esto nos llevaría a sentir lástima (prejuicio) lo que generaría una actitud de dependencia de la persona con enfermedad mental hacia nosotros.

1.5.2. Autoestigma

Este término hace referencia a las reacciones de las personas que conforman un grupo que tiene una etiqueta de estigmatizado y que vuelven estas etiquetas contra ellas mismas. Al igual que el estigma público, el autoestigma se compone de estereotipos (“es verdad, no puedo mantener un empleo”), el autoprejuicio, que lo podemos definir como que la propia persona termina por convencerse del estereotipo (supone un descenso de la autoestima) y la autodiscriminación, lo cual

conlleva evitar tomar decisiones que potencien su proyecto de vida autónomo, por miedo a no conseguirlo y a sentirse rechazado y provocar el aislamiento social. Un aspecto importante del autoestigma es la posibilidad de que la persona anticipe el rechazo que puede sufrir, incluso antes de que se haya producido, es lo que se considera estigma anticipado por el hecho de ser diagnosticado, en contraposición al denominado estigma experimentado, una vez que ya se ha experimentado la discriminación a partir del diagnóstico (Warner, 2001). En ambos casos, las consecuencias que causa el estigma llevan a la persona con enfermedad mental ante situaciones que podemos catalogarlas como excluyentes y ponerlas en riesgos de exclusión social (López et al., 2008). Estas consecuencias del estigma en las personas con TMG, se podrían agrupar en:

1. Consecuencias como resultado directo de la discriminación:
 - a. Disminución de los canales de participación.
 - b. Dificultades en los procesos de integración de las personas con enfermedad mental y de sus propias familias.
 - c. Dificultades en el acceso al empleo o la vivienda.
 - d. Problemas en las relaciones sociales (amigos, pareja, familia, etc.)
 - e. Dificultades en la atención en los servicios de educación o sanitarios.
2. Consecuencias como resultados de las estereotipos y prejuicios que la persona con enfermedad mental hace como propios:
 - a. Aumento de la sintomatología de la enfermedad.
 - b. Aislamiento social.
 - c. Problemas cognitivos.
 - d. Descenso de la autoestima.

- e. Deterioro de la percepción de eficacia.
- f. Desmoralización.
- g. Ausencia de sentimientos de identidad.

Frente al estigma en salud mental y sus consecuencias, también se han diseñado formas para reducir el estigma, según un estudio Arnaiz y Uriarte (2006), las formas que parecen más apropiadas y exitosas son: (a) La protesta, con una alta eficacia a corto plazo y que se suele aplicar para hacer frente a declaraciones públicas o reportajes de medios de comunicación que puedan ser estigmatizantes. Como estrategia de reacción puede ayudar a reducir el comportamiento público estigmatizador, sin embargo, no se muestra igual de eficaz en la promoción de actitudes positivas nuevas. (b) La educación busca reducir el estigma a través de la información, se suelen utilizar mediante libros, películas, cursos de formación, videos o campañas dirigidas a cambiar actitudes sociales hacia las personas con enfermedad mental, entre otras. (c) El contacto con personas con personas afectadas, es una estrategia que ejerce una función de 'choque' y puede reducir significativamente los estereotipos de la sociedad. Esta estrategia suele utilizarse en combinación con la educación. De ese modo la eficacia en la lucha contra el estigma se ve fortalecida. Hay varios factores que crean un entorno ventajoso para el contacto interpersonal y la reducción del estigma, como son la igualdad de status entre los participantes, una interacción cooperativa, así como facilitar el apoyo institucional para que se produzca la iniciativa del contacto.

1.5.3. Desestigmatización

En la actualidad se ha avanzado de forma muy notable en el proceso de eliminar el estigma en personas con trastornos mentales, así los poderes públicos y el actual sistema de salud comunitario, los profesionales, fundaciones y asociaciones de familiares y usuarios, han emprendido una ferviente campaña contra el estigma social existente en nuestra sociedad hacia las personas con problemas de salud mental. A continuación, mencionamos algunas de estas campañas:

- *“1 de cada 4”*, impulsada por la Junta 140 de Andalucía en 2007, en el marco del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Esta campaña dispone de una página web (Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía, 2007) con contenido estructurado sobre tópicos relativos al estigma dirigidos al público en general y a profesionales de distintos ámbitos. Campañas como “1 de cada 4” se desarrollan en todos los medios de comunicación (radio, televisión, prensa e internet) y otros medios publicitarios como cartelería en la vía pública.
- *Campaña del Día Mundial de la Salud Mental*. Celebrado el 10 de octubre de cada año. Es una iniciativa internacional promovida por la Federación Mundial para la Salud Mental y auspiciada por la Organización Mundial de la Salud, que bajo un mismo lema para todos los países y con el objetivo general de promover la salud mental, facilita que se desarrolle acciones impulsadas a luchar contra el estigma.
- *Campaña “La salud mental también va contigo”*. Es una campaña de sensibilización desarrollada entre 2010 y 2013, destinada a la lucha contra el estigma a través de la concienciación en la sociedad sobre valores positivos asociados a la enfermedad mental. La campaña se enmarca dentro de las acciones contempladas en el Plan de Visibilidad de FEAFES que surge con la idea de buscar un símbolo identificativo para la enfermedad mental.
- *Campaña “Todos somos parte del tratamiento”* (2005). Campaña ideada por el Ministerio de Sanidad, para la eliminación de prejuicios hacia las personas con enfermedad mental, con el objetivo de normalizar la imagen social de estas personas.

Sin embargo, cabe señalar que uno de los principales responsables del estigma que sufren las personas con diversas enfermedades y en especial con enfermedades mentales son los medios de comunicación. Así los afectados y familiares inmersos en problemas de salud mental imputan a los medios de comunicación el hecho de proporcionar una imagen negativa, de tal manera que los informativos y los programas de entretenimiento hacen que se perpetúe el

estigma social hacia las personas con problemas de salud mental, al proyectar la imagen de que las personas con una enfermedad mental son violentas e impredecibles, lo cual lleva a la sociedad a percibirlos con miedo al considerarlos peligrosos y de riesgo social, mientras que están ausentes mensajes positivos sobre personas recuperadas, que llevan una vida productiva, lo que dificulta las posibilidades de cambios de actitudes, creencias y formas de actuar (Stuart y Sartorius, 2022). Incluso, en programas infantiles aparecen retratos de personas con trastornos mentales cuyos comportamientos los relacionan con violencia, criminalidad y marginalidad.

Capítulo 2. La rehabilitación psicosocial en el marco del modelo comunitario

En el presente capítulo se aborda el concepto de rehabilitación social, junto con los distintos modelos desde los que se ha llevado a cabo a lo largo de la historia. Específicamente, se ahonda en lo que entendemos actualmente por rehabilitación psicosocial, los modelos de rehabilitación que existen, haciendo hincapié en el modelo de recuperación o *recovery*.

El capítulo termina con una breve de revisión de los recursos, dispositivos y servicios de los que se dispone para la rehabilitación psicosocial actualmente.

2.1. La rehabilitación psicosocial comunitaria: Marco y misión que deben contener los programas de rehabilitación

Antes de aproximarnos a dar una definición de rehabilitación psicosocial, revisaremos algunos conceptos que deben servir de marco a los programas y planes de rehabilitación.

Los programas de rehabilitación tendrán una estructura que incorpore la *misión general* del mismo con una configuración que promueva el proceso de rehabilitación y que éste se produzca en entornos específicos, que de directrices generales para llevar a cabo las actividades con el fin de conseguir ayudar a las personas con TMG a incrementar las habilidades necesarias para que pueda funcionar de tal modo que se sienta satisfecha y competente en el medio de su elección, con el menor número de intervenciones profesionales (Anthony, 1979), para lo que se deberán observar algunos conceptos claves de la misión del programa:

- a. Las actividades del programa deben orientarse hacia el desarrollo de competencias más que a la reducción de síntomas.
- b. Necesidad de ver a la persona en relación a su medio (estudio, vida, trabajo, ocio, etc.).
- c. Compromiso con el usuario, para ello se resalta la elección y satisfacción del usuario como parte fundamental del proceso.

Es decir, el usuario, como integrante del proceso de rehabilitación, tiene el derecho de intervenir en el proceso para conseguir la máxima satisfacción en el medio que elija. Por lo que el foco de la misión de rehabilitación se debe centrar en frases como 'mejorar el funcionamiento del usuario' e ir dirigidos a disminuir la intervención profesional y en caso de que requiera 'apoyo', éste debe reducirse al mínimo posible.

- d. Debe incluir el proceso de rehabilitación, la red, el contexto y ambientes en los cuales el proceso ocurre. Por lo que dicho proceso estará constituido por tres fases: (a) Diagnóstico: dirigido a establecer la meta general de

rehabilitación, la evaluación funcional y la evaluación de recursos. (b) Planificación: Dirigida a la selección de objetivos prioritarios de habilidades y recursos de la persona, organización de las responsabilidades, estimación de plazos y monitoreo del plan. (c) Intervención: dirigida al desarrollo de habilidades, entrenamiento directo de las mismas, aplicación de dichas habilidades. Todo ello enmarcado en el desarrollo, coordinación y modificación de los recursos.

Estos serían los aspectos constitutivos de un programa de rehabilitación psicosocial comunitaria, lo cual debe ser incorporado en cualquier tipo de modelo que se desarrolle con claro enfoque comunitario, cuestión que queda en entredicho al analizar la aplicación de muchos programas de rehabilitación psicosocial comunitaria. Es decir, para desarrollar e implantar los modelos centrados en la rehabilitación psicosocial comunitaria, se deben dar una serie de condiciones indispensables, que en la práctica muchos de ellos adolecen (Botto et al., 2014).

Como hemos dicho al inicio del apartado del marco teórico, nuestro propósito es enmarcar teóricamente el trabajo experimental de la tesis, dirigido a un aspecto concreto del proceso de rehabilitación: la ocupación deportiva en la competencia ocupacional.

Dado que nuestro objetivo no es analizar, ni aportar evidencia acerca del funcionamiento de los diversos modelos propuestos en la literatura sobre el tema, a continuación propondremos una definición que incorpore los aspectos mencionados anteriormente y que nos llevan a comprender algunas cuestiones de la transición del modelo asilar al modelo comunitario.

2.2. Del modelo asilar al modelo comunitario

Pasar del modelo manicomial al modelo comunitario conlleva toda una serie de procesos sociales que intentaremos recoger en los siguientes párrafos con el objetivo de reflexionar ante la complejidad de los mismos.

De la visión que una sociedad tiene en cada momento histórico acerca del concepto de enfermedad mental, se deriva inexorablemente la respuesta de tratamiento. Las expectativas y complejidad de una sociedad cambiante que se otorga el poder de definir cómo tienen que *proceder* las personas para alcanzar el *comportamiento* deseable, podemos encontrar en el tratamiento de las personas *diferentes*, tratamientos extremos, que van desde los tratamientos morales y de cuidado a intervenciones propias de la Inquisición, donde los enfermos mentales y, especialmente, las mujeres eran quemadas en la hoguera acusadas de brujería. Va a ser en este contexto de tratamientos extremos donde comienzan a desarrollarse los conceptos de rehabilitación, rehabilitación psicosocial comunitaria con el objetivo amplio de la normalización, integración comunitaria, acompañado por el intento de alcanzar y aceptar la diversidad funcional, no solo en salud mental, sino también en otros colectivos vulnerables por otras patologías y otras condiciones.

Como hemos mencionado anteriormente, desde un planteamiento amplio del concepto podríamos decir que los procesos de rehabilitación psicosocial pretenden otorgar al individuo el protagonismo de su propio proceso, con el fin de mejorar o mantener una situación vital concreta para evitar un mayor deterioro o cronificación (Fernández-Catalina y Ballesteros-Pérez, 2017). Es desde este anhelo, donde el fin último de la rehabilitación psicosocial nos llevaría a que las personas con un diagnóstico de TMG adquieran las habilidades y competencias necesarias para su mejor desempeño, bienestar y calidad de vida, además de aumentar la participación del individuo en la sociedad (Rebolledo, 1997). Sin embargo, para llegar a este objetivo se requiere disponer de una sensibilidad social, de unas condiciones legislativas y de dotaciones presupuestarias al Sistema Sociosanitario. Condiciones que no siempre se dispone para implementar el modelo de *rehabilitación* en la atención a las personas con TMG.

Así pues, además de lo expuesto anteriormente, el paso al modelo comunitario conlleva una manera diferente de planificar y organizar los equipos de intervención, los recursos y los servicios, atendiendo a la salud desde una perspectiva biopsicosocial e integral de la persona. Asimismo, la intervención también se debe dirigir a la comunidad y sus instituciones a las que se trata de

informar, formar y posibilitar la participación conjunta para conseguir una mejora de la prevención, asistencia, rehabilitación y calidad de vida de la persona, tanto a nivel individual, como en su relación con la comunidad (Zarco y Morales, 2009).

Esta perspectiva del modelo comunitario va más allá de una teoría, filosofía , escuela o enfoque de cómo tratar la enfermedad mental, dado que implica una aproximación comunitaria de la salud que conlleva que los miembros de una comunidad geográfica concreta tomen conciencia de sus intereses comunes, tanto en las pautas, modos y recursos que precisan para su convivencia y bienestar y juntos participen en la organización social, educativa, sanitaria, cultural, legislativa y política, así como en todos los aspectos que conforman el espacio comunitario. Es decir, la implantación real de una "*salud comunitaria*" precisa de la capacidad y deseo de los ciudadanos en la participación y toma de decisiones de todos los aspectos relacionados el sistema de salud que necesitan y es adecuado para sus características específicas.

Son diversos los estudios (Korchin, 1976; Levin, 1981; Sarason, 1974; Zax y Specter, 1974) dedicados al análisis de las condiciones necesarias para implantar este modelo. Dado que excede a los objetivos de este trabajo no incidiremos más en cuestiones relacionadas con el modelo, simplemente extraeremos del trabajo de Rappaport y Seidman (2000) los seis factores que ellos consideran como necesarios para la implantación del modelo comunitario:

- a. El cierre del hospital psiquiátrico.
- b. El desencanto con la psicoterapia.
- c. El rechazo al modelo médico en salud mental y sus roles enfocados al ejercicio de poder.
- d. La gran desigualdad entre las necesidades de personas con problemas de Salud Mental y los recursos existentes.
- e. La importancia del psicólogo en los problemas psicosociales.

- f. El ambiente y los cambios políticos, sociales y culturales que produjeron durante los años 60.

Por lo tanto, para el desarrollo del modelo comunitario de atención de la salud mental, se requiere: crear, coordinar y articular una red de recursos y servicios comunitarios que permitan organizar una red local coordinada de servicios, recursos, programas y personas, que cubra las necesidades de las personas con TMG, que permita integrar a estas personas en la comunidad de la forma autónoma, sin necesidad de aislarlos y excluirlos de la misma.

Como es fácil imaginar, aunque este modelo represente una oportunidad real para la recuperación de las personas con TMG. En la actualidad existen infinidad de barreras para alcanzar tan elevada meta. Oliván (2015) considera que para iniciar con la aplicación del modelo se deben superar dos cuestiones previas: (a) El hecho que todavía hoy se asocia a las personas con TMG como peligrosos. (b) El paternalismo de la propia red comunitaria alimentado por familiares, profesionales, el estado y la sociedad en general, lo cual fomenta el asistencialismo y refuerza el rol de enfermo crónico.

2.3. La rehabilitación psicosocial en la actualidad

En actualidad, en el modelo de rehabilitación psicosocial está tomando mucha fuerza lo que se ha dado en llamar “la voz de los usuarios/as” y las experiencias en primera persona. Este movimiento a, diferencia del proceso de reforma psiquiátrica, no emerge de los profesionales o de la ciudadana en general, nace de las propias personas con TMG que reclaman protagonismo para su participación real en la recuperación de su propia vida (Chamberlin, 1978).

Esta nueva situación en la rehabilitación psicosocial de las personas con TMG produce una controvertida situación: Por un lado, están los usuarios que reclaman su lugar en la aplicación de los procesos de rehabilitación, por otro los profesionales que, hasta día de hoy, dominaban con su saber los servicios (Stastny et al., 2007).

Esta controvertida situación, dirige el foco hacia la dirección correcta, según la evolución de la mayoría de propuestas de rehabilitación, donde la recuperación y empoderamiento de las personas con TMG se va definiendo como los pilares fundamentales en la nueva perspectiva de rehabilitación psicosocial. Hasta el punto de considerar este aspecto como el punto débil de las propias reformas, que declaraban ese fin, pero que ha sido poco desarrollado y poco practicado (tanto en el campo de la salud mental, como en otros ámbitos de los servicios de salud). Es decir, el eje sobre el que debe pivotar cualquier modalidad de empoderamiento, reclamado y declarado por las instituciones (OMS, asociaciones de usuarios y de expertos, etcétera.), ha sido ignorado. Conscientes de la complejidad que encierra, no es motivo para no ser tenido en cuenta e incorporarlo en los procesos de rehabilitación.

Así pues, si el objetivo de los programas y procedimientos de rehabilitación es la *recuperación* de las personas afectadas, debemos entender que recuperación no significa “curación” en el sentido de desaparición de los síntomas o vuelta a niveles de funcionamiento premórbido. *Recuperación* significa alcanzar una forma de vida en que es posible sobreponerse a los efectos de la enfermedad, de manera que esta se asume y se pretende lograr una expectativa de vida más allá de los efectos de la enfermedad. Farkas y Anthony (2010) la definen como un proceso personal único y profundo de crecimiento, más allá de la catástrofe de una enfermedad mental severa. No se contemplan ni metas ni plazos y, en buena parte, su éxito depende de la forma en que la persona logra afrontar las consecuencias de la enfermedad. Recuperar la salud mental es mucho más que recobrase de la enfermedad, conlleva la recuperación del estigma, de la falta de recursos, de las contrariedades de la vida e incluso de la pobreza, de la desesperanza asociada a múltiples fracasos y otras dificultades.

Desde esta perspectiva, centrada en la persona (Mezzich, 2007), se incluyen aspectos propios de la psicoterapia, como la alianza terapéutica, la colaboración al establecer metas y métodos del trabajo psicoterapéutico, donde prevalece una actitud básica de colaboración, que requiere tratar a los usuarios como personas por encima de su enfermedad, respetando sus valores, deseos y contextos,

apoyándoles a lo largo de un recorrido en el vayan descubriendo sus propias discapacidades.

Afortunadamente, a nivel mundial, la colaboración de las personas con TMG ha dejado de ser una cuestión anecdótica para dar paso a maneras de responsabilización progresiva de los usuarios al implicarse en la administración y la provisión de servicios, tomando como alusión primordial su propia vivencia en lidiar con sus inconvenientes de salud mental (López, 2015). Cada vez más, en varios territorios se está estableciendo como requisito para contratar servicios de rehabilitación psicosocial que un cierto porcentaje de usuarios con experiencia en primera persona ("usuarios profesionales") formen parte de la plantilla con unas condiciones laborales y salariales iguales a las de un profesional de la rehabilitación psicosocial (Hernández-Monsalve, 2011). Como ejemplo de estas nuevas aproximaciones al concepto, en Israel donde ya se exigen legalmente que las personas usuarias expertas formen parte de las plantillas, es obligatorio que el 10% de "usuarios-as expertos/as" sean contratados como trabajadores en viviendas protegidas. Actualmente, algunas publicaciones recomiendan que la mitad de los trabajadores de los servicios de atención a personas con TMG estén formados por usuarios/as con experiencia en problemas de salud mental (Cooke, 2016; Hernández, 2017).

Otra innovación, todavía incipiente, es la incorporación de las personas con TMG a organismos legislativos y ejecutivos relevantes (comités de ética de las múltiples instituciones) cuyas decisiones les conciernen: validación de la investigación, temas de consentimiento, control de las prácticas coercitivas, proyectos de derogación de las contenciones mecánicas, entre otras (Hernández-Monsalve, 2011).

Liberman y Kopelwicz (2004) mantienen que las vivencias subjetivas positivas de las personas con problemas de salud mental, como la sensación de empoderamiento, de autoaceptación y esperanza, intervienen en el proceso de recuperación y son capaces de mantener los cambios alcanzados. Lo que pone de manifiesto que las intervenciones en rehabilitación tienen que estar dirigidas en lograr un locus de control interno, porque comporta mejor pronóstico, posibilita que las personas con TMG sean menos dependientes y que asuman más

responsabilidades en su historia y tratamiento. Lo que conduce a que el individuo afectado se sienta con capacidad de ejercer mayor control y efectividad personal (Fernández et al., 2010; Hernández, 2017).

Derivado de la dirección que están adquiriendo los procesos de rehabilitación psicosocial, se requiere de una revisión de la legislación vigente con fin de reconocer y garantizar el ejercicio de los derechos de ciudadanía de las personas con TMG. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (2006), la cual fue apoyada y suscrita por España, debe ser el marco legislativo civil que ayude a adecuar la legislación actual en materia de atención a las personas con TMG. Solamente a partir de la óptica del respeto a los derechos humanos de las personas que sufren un trastorno mental, es viable luchar contra el estigma que sufren y puede intervenir profesionalmente a partir de un enfoque asistencial y de cuidados centrado en la recuperación (López, 2015; Pulido, 2010).

2.4. Aproximación actual al concepto de rehabilitación psicosocial

Comenzaremos diciendo que la rehabilitación psicosocial es tanto una ética, como una práctica en la intervención en salud mental y ha sido muy eficaz para llevar a cabo los procesos de desinstitucionalización, inclusión, y atención de las personas con TMG (Guinea, 1998; Hernández, 2017). Y solo se puede entender desde un modelo de atención comunitaria que busca no segregar a las personas, sino mantenerlas en la comunidad donde poder desenvolverse como ciudadanos de pleno derecho, con la mayor autonomía y calidad de vida posible (González y Rodríguez, 2002). Todo ello, sin caer en el error de que la rehabilitación psicosocial es simplemente trasladar a una persona TMG a un entorno no institucional. Dado lo habitual de este 'fácil equívoco', antes de definir que es la rehabilitación psicosocial, nos ha parecido oportuno, tomar las palabras de Aguirre et al. (1990) y mencionar algunas cuestiones de lo que no es rehabilitación psicosocial:

- a. La rehabilitación psicosocial no puede ser entendida solo como asistencia en el entorno comunitario.
- b. La vuelta a la comunidad no es una intervención por sí misma.
- c. No es solo el entrenamiento de habilidades.

Atendiendo a lo que no es rehabilitación psicosocial, existen múltiples propuestas para definir la rehabilitación psicosocial. Desde el IMSERSO (2007) se ofrece la siguiente definición:

Rehabilitación psicosocial es el conjunto de actuaciones destinadas a asegurar que una persona con una discapacidad producida por una enfermedad mental grave pueda llevar a cabo las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir en la comunidad con el menor apoyo posible por parte de los profesionales, así como alcanzar el empoderamiento necesario, participar activamente en sus procesos de recuperación, así como en los organismos de decisión desde la óptica del respeto a los derechos humanos de las personas que sufren un trastorno mental y luchar contra el estigma que comporta (p.17).

Derivada de esta definición se entiende que la rehabilitación psicosocial concibe al individuo como el protagonista, es decir, es la persona la que marca los objetivos que pretende alcanzar en función de su situación vital necesidades, proyectos y expectativas (aspecto que va a diferir según modelos), con el fin de mejorar o mantener una situación vital concreta para evitar un mayor deterioro o cronificación, siendo el profesional un facilitador que ofrece los apoyos y

oportunidades necesarios para su consecución, lo que implica que debe ser desarrollado en el entorno del paciente y debe ir dirigido tanto a la persona como a su entorno (Fernández-Catalina y Ballesteros-Pérez, 2017).

En base a los presupuestos que plantea la definición se podría concluir que los principios en los que se sustenta el paradigma de la rehabilitación, serían:

- *Normalización*: poner a disposición de la persona los recursos necesarios para facilitar que pueda tener un estilo y calidad de vida similar a los del resto de individuos de la sociedad
- *Desinstitucionalización*: intervención mínima por parte de los servicios para proveer a la persona de aquellas oportunidades que satisfagan sus necesidades dentro de la comunidad, promoviendo el máximo desarrollo de sus competencias y habilidades.
- *Modelo de Competencia*: Establecer el equilibrio progresivo entre las necesidades de la persona, sus actitudes, expectativas y recursos personales frente a las demandas y características del ambiente, para promover las potencialidades de la persona frente a sus dificultades, así como su autonomía e independencia.
- *Integración de la persona en la comunidad*: Facilitar los soportes necesarios para evitar el aislamiento, es decir “reconectar a la persona con su comunidad” para su integración con su propia red natural de apoyos.
- *Individualización*: Respetar las características personales de cada persona, sus necesidades, expectativas y deseos, desarrollando la adquisición de control y participación en su recuperación.
- *Apoyo social*: Aportar el soporte necesario que le permita a la persona mantener un estilo de vida lo más autónomo, normalizado e integrado posible, mediante la coordinación de los servicios que le atiende, además de familiares, amigos y personas significativas de su entorno.

- *Igualdad*: Considerar a personas con TMG como ciudadanos de pleno derecho, con capacidad de decisión y libre participación.

Sin embargo, atendiendo a los principios señalados anteriormente, en ocasiones (y como se presentará en nuestro estudio), por su especial dificultad para integrarse en la sociedad y desempeñar roles normalizados, puede ser necesario desarrollar actuaciones encaminadas a una ‘discriminación positiva’, en especial con aquellos colectivos de mayor vulnerabilidad.

En este intento de definir el concepto de rehabilitación psicosocial, nos gustaría recordar las palabras del Dr. Benedetto Saraceno, que fue presidente de la Asociación Mundial de Rehabilitación Social y formado en la escuela de Franco Basaglia, quien se refería a la rehabilitación psicosocial como “una práctica en busca de teoría” (Saraceno, 2003).

2.5. Aspectos generales de los modelos de rehabilitación del TMG

Los fines del tratamiento asistencial convencional y los de los modelos de rehabilitación son diferentes. Desde el modelo puramente asistencial la perspectiva del tratamiento tiene como fin remover las causas y los orígenes del problema dirigido a su curación, mientras que la rehabilitación busca mitigar los efectos de la enfermedad crónica, así como aliviar las consecuencias de la enfermedad mediante modificaciones ambientales. En el caso de la rehabilitación física se modifica el ambiente a través de la eliminación de barreras arquitectónicas, se utilizan prótesis o se enseñan habilidades para la adaptación de las personas a su ambiente físico. En la rehabilitación psicosocial el principal objetivo es aumentar la participación del individuo en la sociedad, una sociedad en permanente cambio que tiene sus propias expectativas respecto a cómo se tienen que comportar las personas. A diferencia de cualquier otra “rehabilitación” en la rehabilitación psicosocial las expectativas del ambiente pesan tanto como las competencias y habilidades que debe poseer la persona (Rebolledo, 1997). De ahí que la rehabilitación psicosocial debe contemplarse como una filosofía en la intervención asistencial de las personas con TMG (IMSERSO, 2007).

Esta filosofía está basada en el respeto de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental, debe promover y fomentar la implicación activa y responsable del sujeto en el control de su vida y de su proceso de rehabilitación, según sus objetivos y sus planes personales. De tal manera que, la rehabilitación psicosocial no puede concebirse como un tratamiento forzoso, sino que debe promover la integración del sujeto en su comunidad natural, mediante el desarrollo de pautas de vida y el desempeño de roles lo más normalizados posible dentro de la Comunidad, con el fin de maximizar la autonomía e independencia de la persona basadas en sus capacidades, de ahí que se deba ofertar el apoyo que cada persona necesita de manera individualizada y durante el tiempo que precise. Esta intervención rehabilitadora debe implicar una actitud de esperanza (por parte de los profesionales) sobre las posibilidades de cada persona, mediante la evaluación continua de los resultados: calidad de vida, satisfacción, eficacia y eficiencia, entre otros, con el fin de revisar y adaptar los servicios y programas proporcionados (Pilling 1991).

Esta filosofía de intervención se traduce en múltiples intervenciones psicosociales, de tal manera que la aplicación de los modelos de rehabilitación psicosocial supone elegir y combinar de forma óptima una serie de intervenciones, que implican una gran coordinación entre los servicios sanitarios y sociales. Así, podemos decir que el modelo de rehabilitación psicosocial, más que un modelo en sí mismo implica un 'metamodelo' donde los diferentes modelos no se excluyen, sino que suman procedimientos en la rehabilitación psicosocial de las personas con TMG. Estos modelos de intervención están basados en el concepto que se adopte sobre el TMG y como consecuencia su propuesta de intervención. Un ejemplo de lo que implicaría una intervención desde esta propuesta de metamodelo se recoge en la Tabla 1, propuesta por Bayón (2011), donde la intervención en el tratamiento de las personas con TMG incluye varios modelos.

Tabla 1. Modelos para la intervención en el tratamiento de las personas con TMG.

Modelo	Conceptualización	Intervención propuesta
Biomédico	Cerebro Neuroquímica	Fármaco / terapias biológicas Diagnóstico psiquiátrico
Psicológico	Interacción sujeto-ambiente Conductas y respuestas aprendidas Continuum con la normalidad	Tratamiento cognitivo-conductual Análisis funcional y contextual Cambio conductual Afrontamiento de síntomas
Rehabilitador	Habilidades y déficit en funcionamiento Contexto social Adaptación al ambiente	Plan individual de rehabilitación Entrenamiento en habilidades Información y Psicoeducación Apoyo y soporte
Discapacidad	Discapacidades Minusvalía Integración social y laboral	Apoyo y soporte Integración social y laboral Entrenamiento en habilidades Adaptación del contexto
Integrador	Vulnerabilidad Competencia Interacción sujeto-ambiente	Autocontrol de factores de riesgo y de protección Reducción de síntomas y mejora del funcionamiento Entrenamiento en habilidades Prevención de recaídas

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de la propuesta anterior implica que para cualquier sistema asistencial, cuya finalidad sea un modelo comunitario, normalizado e integrador, la rehabilitación psicosocial es fundamental para persona con TMG. Sin embargo, a pesar de la demostración de los beneficios asociados que tienen los programas de intervención que combinan estrategias de tratamiento farmacológico y de tratamiento psicosocial (Fallon y The Optimal Treatment Project Collaborators, 1999), son pocos los servicios clínicos que aplican de forma competente esta estrategia. En este estudio internacional multicéntrico, llevado a cabo entre 1999 y 2004, se muestra cómo el cumplimiento de un tratamiento psicofarmacológico individualizado, efectivo y bien tolerado, la psicoeducación para los pacientes y sus familias, así como un seguimiento intensivo y cercano, garantizan mejor evolución y menor número de recaídas que el tratamiento estándar en el grupo control que recibieron tratamientos no combinados.

Las diferentes propuestas de intervención han derivado en gran cantidad de estrategias de intervención en rehabilitación psicosocial, que de forma individual y aislada cada programa ha aportado evidencia de su utilidad y viabilidad para la mejoría de aspectos concretos. Sin embargo, estas propuestas se han circunscrito más al análisis de la estrategia en sí misma que en la eficacia para incorporar a las personas que sufren un TMG en la comunidad. Es decir, son estrategias válidas, pero se han estudiado de forma aislada, por lo que no dan respuesta completa a la filosofía que implica un modelo de rehabilitación, tal como hemos expuesto anteriormente, dada la falta de una identidad metodológica de las intervenciones y de un criterio uniforme con un mínimo común denominador de cada una de las estrategias utilizadas en la rehabilitación psicosocial (Anthony, 1977). Entre las muchas estrategias diseñadas en las últimas décadas, han sido muchas las intervenciones de rehabilitación psicosocial recomendadas y que se han recogido en diversas guías de prácticas clínicas, como la del Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009), la de la Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2005), la de la Sociedad Española de Psiquiatría (2000), la guía de la American Psychiatric Association (2004) o la guía de la Canadian Psychiatric Association (2005).

Así pues, no se realizará una revisión exhaustiva de cada una de ellas al no ser objeto de este trabajo. Sin embargo, a pesar de la limitación que implica una aproximación integral a la filosofía que encierra el modelo de rehabilitación psicosocial, Fernández-Catalina y Ballesteros-Pérez (2017), aportan evidencia empírica acerca del paradigma basado en la comunidad, como la clave para propiciar la integración social de las personas con TMG.

2.6. El modelo de recuperación (*recovery*)

Después de analizar los aspectos generales de la filosofía que encierran los modelos de rehabilitación y de no desarrollar ninguno de los diversos modelos propuestos en la literatura especializada, por ser considerados más que como modelos, como estrategias de intervención con la función de alcanzar las deseadas propuestas de rehabilitación psicosocial comunitaria de las personas con un TMG, nos detendremos muy sucintamente en el modelo de *recovery*, al considerar que este modelo supera los servicios y recursos basados en proveer servicios a través del personal sociosanitario y de su valoración acerca de lo que debía ser la rehabilitación y son sus evaluaciones las que marcaban los estándares de la misma y solo una minoría de estos servicios que se brindaban en la comunidad tenían en cuenta la valoración de la persona en lo que consideraban su proceso de rehabilitación.

Así pues, es en los años 80 cuando empieza a cuestionarse si estos servicios ofrecidos y evaluados desde los profesionales respondían a las necesidades de las personas con enfermedad mental y, además, tenían en cuenta la propia evaluación de estas personas sobre su proceso de rehabilitación (Uriarte y Vallespí, 2017).

Es a partir de estas propuestas y consideraciones donde comienza a tomar forma el denominado modelo de *recovery* en personas con TMG. Este modelo comienza con el análisis de algunos aspectos que se daban por adquiridos desde los modelos ofrecidos desde la óptica de los profesionales (Zorzanelli y Banzato, 2021).

Revisaremos algunos de estos aspectos:

- Derechos humanos. Las personas con problemas de salud mental y sus familias asistidas por muchos profesionales, cuestionaron la falta de servicios disponibles en la comunidad, que les permitiera vivir una vida “normal”, cuestionando el poder de los médicos sobre sus vidas (Pulido, 2010).
- Coste. Los costes crecientes para proveer estos servicios estaban volviéndose insostenibles. En algunas áreas la gente era incapaz de acceder a los servicios (Penas, 2020).
- Efectividad. Muchos profesionales reconocieron que sus intervenciones estaban sufriendo de una falta de soporte en el seguimiento e intervenciones de menor nivel. El resultado fue el a menudo citado “síndrome de la puerta giratoria” (Álvarez-Cuetos, 2016).

En los años ochenta del siglo XX, en muchos países, generalmente los más desarrollados, se tomaron decisiones para vaciar las enormes instituciones creadas por una política de hospitalización e invertir en el cuidado en la comunidad que, desgraciadamente, aun cuando esta necesidad fue reconocida, nunca se llegó a dotar de los recursos necesarios para tal propuesta, situación no lograda en la mayoría de los países en la actualidad (Vera-Angulo et al., 2022).

En este contexto, tras las evidencias y consideraciones acerca del cuidado en la comunidad, es donde surge el modelo de recuperación (*recovery*) para persona con TMG. La evidencia sobre este modelo indica que no existe una única definición del concepto de recuperación para personas con problemas de salud mental, sino que se centra en las vías y procesos de adaptación de las personas con problemas mentales, proporcionándoles la ayuda para conseguir el control de sus vidas, a pesar de tener un TMG. La recuperación aporta una visión holística del individuo y se centra en la persona, no solo en sus síntomas, es decir el proceso se considera un trayecto, no un destino y para lograrlo una persona con problemas mentales necesita la ayuda de amigos, familia y profesionales, usando nuevas e innovadores estrategias. Promueve el que la gente avance en sus vidas,

desarrollando metas y relaciones que le den sentido. Las personas enfermas pueden no tener un control total de sus síntomas, pero pueden tener un control de su vida (Ozamiz et al., 2014).

Así pues, el modelo de recuperación es prioritario para superar el modelo tradicional de atención paternalista y estigmatizante para personas con TMG. Son las propias personas, usuarias de los servicios de salud mental y sus familiares quienes proponen un modelo de atención basado en la recuperación, la esperanza, el respeto y el control sobre sus propias vidas (Bellack y Drapalski, 2012).

Anthony define la recuperación como "una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, aun con las limitaciones causadas por la enfermedad" (Anthony, 1993). Liberman (2002) incluye a esta definición niveles estandarizados de funcionamiento social y ocupacional, una vida independiente, sin considerar únicamente la psicopatología del trastorno mental (Vera-Angulo et al., 2022).

Ahora bien ¿pueden las personas con TMG recuperarse de un diagnóstico de enfermedad mental? ¿Qué significa la recuperación para la persona en recuperación? y ¿Cómo podemos medir un proceso de recuperación?

De algunos estudios longitudinales se desprenden conclusiones tan sugerentes para la comunidad científica como observar que al menos un 40% de las personas muestran algún periodo de recuperación y las probabilidades de recuperación se incrementan con el tiempo (Rosillo et al., 2013).

En cuanto al significado de la recuperación para las personas implicadas en este proceso supone el incremento de la sensación de control sobre sus propias vidas, la esperanza y pensar que profesionales, amigos y familiares creen ellos (Rosillo et al., 2013).

Tradicionalmente los criterios de mejoría de una persona con TMG se han basado en aspectos como la reducción de síntomas, la disminución de recaídas, y los

ingresos psiquiátricos, mientras que desde el modelo de recuperación se establece unos criterios de mejoría más exigentes (Lieberman, 2002), basados en:

1. La remisión de síntomas: Con una puntuación de 4 puntos o menos en la escala breve de evaluación psiquiátrica durante dos años consecutivos.
2. El funcionamiento ocupacional: Entendido como el desempeño de una actividad laboral satisfactoria de al menos media jornada durante dos años consecutivos.
3. La vida independiente: Sin supervisión diaria para la realización de las actividades de la vida diaria siendo capaz de iniciar sus actividades sin que se lo recuerden.
4. Relaciones con sus compañeros: Tener contacto social con un compañero que no sea un familiar al menos una vez por semana.

Como resumen a lo expuesto anteriormente sobre el modelo de recuperación, podríamos decir que, la recuperación es un proceso único, profundamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. En definitiva, se trata de una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza, incluso, con las limitaciones causadas por el trastorno. De ahí que la recuperación implique desarrollar un nuevo sentido y propósito de vida más allá de los efectos negativos de su psicopatología (Brown et al., 2019). De ahí que esta definición conecta con el sentido y el propósito de los ejes fundamentales de la ocupación y de la terapia ocupacional. Alejándolo de antiguos paradigmas paternalistas y estigmatizadores, tradicionalmente predominante en la atención a las personas con TMG (Bellack y Drapalski, 2012).

Esta aproximación a los modelos nos llevan a concluir que los modelos no son fundamentales en sí mismos, sino que son los valores a tener en cuenta en el proceso de recuperación los que nos deben guiar en la consecución de los criterios de mejoría realistas y consensuados con el paciente, así, en 2005, Farkas et al. (2005) realizan un estudio en el que concluyen que da igual la modalidad de intervención, lo realmente importante es que los valores de recuperación deben

estar presentes en las instituciones, en los servicios y en los profesionales. Y que dichos valores son clave en: la orientación hacia la persona, la implicación de la persona, la autodeterminación, la esperanza y el potencial de crecimiento (Farkas et al., 2005).

2.7. Recursos, Dispositivos y Servicios de rehabilitación psicosocial

Como se puede deducir de lo expuesto anteriormente, solemos utilizar el término “rehabilitación” como algo único, sin embargo, es un término polisémico que se utiliza en diferentes sentidos, como: una filosofía, una estrategia, un nivel de intervención, un conjunto de programas y una serie de servicios o dispositivos (López y Laviana, 2007). En este punto, nos vamos a referir a él en lo referente a los dispositivos en general desde los que se desarrollan los programas específicos de rehabilitación y más específicamente a los dispositivos utilizados por la muestra objeto esta investigación.

Sobre los dispositivos en general, señalar que tampoco aquí hay un modelo común a los diferentes programas de rehabilitación, ni a nivel internacional, ni en nuestro país, aunque sí hay algunos dispositivos que coinciden en la mayoría de los modelos de rehabilitación comunitarios de salud mental (López et al., 2006). Además de la enumeración de los dispositivos, nos hemos permitido reflejar las diversas intervenciones que se llevan en ellos, con dos objetivos: la escasa delimitación de las intervenciones que se llevan a cabo en cada dispositivo y la dificultad de dicha delimitación cuando hablamos de la rehabilitación psicosocial, dado el amplio objetivo de la misma.

A continuación, se describen los recursos más habituales en nuestro país, según Gisbert et al. (2002):

- a. *Unidades de Hospitalización Breve.* Es un dispositivo sanitario, ubicados en hospitales generales para el tratamiento de pacientes con un trastorno mental en fase aguda y que requiera hospitalización, donde también pueden ingresar pacientes con TMG que participen en programas de

rehabilitación con buena integración en la comunidad y buena autonomía personal (no es un dispositivo específico para TMG, pero puede ser utilizado).

- b. *Dispositivos para el seguimiento* de personas con TMG en los Servicios o Unidades de Salud Mental. Dirigidos a población con elevada cronicidad, con grave discapacidad personal derivadas de su psicopatología, que les dificulta o impide cuidarse a sí mismos y acceder de forma autónoma a la oferta de los distintos servicios comunitarios. La intervención en estos dispositivos es favorecer que las personas con TMG puedan mantenerse integrados en la comunidad y prevenir las recaídas agudas, donde se les provee de todos los cuidados, promoviendo una vida lo más autónoma posible
- c. *Hospital de Día*. Se considera un dispositivo sanitario específico para pacientes graves que ofrece, en régimen de hospitalización parcial, tratamientos intensivos, durante el tiempo preciso en cada caso, destinados a promover un cambio en el funcionamiento psicológico del paciente que permita la continuidad de seguimiento y tratamiento ambulatorios en su Servicio de Salud Mental. La función primordial del Hospital de Día se centra en posibilitar el inicio de un “proceso terapéutico” a través de la utilización de diversas actividades terapéuticas, al tiempo que se reducen y estabilizan los síntomas. El Hospital de Día es, en consecuencia, el lugar idóneo para un grupo de pacientes que, sin tener una indicación de hospitalización a tiempo total, necesitan una atención intensiva que no puede cubrir un tratamiento ambulatorio. Asistirán al Hospital de Día 6 ó 7 horas diarias, de lunes a viernes, con el fin de ir reduciendo el tiempo de estancia, según la evolución.
- d. *Unidad Hospitalaria de Rehabilitación*. Comunidades Terapéuticas. Se define como un dispositivo sanitario de carácter hospitalario diseñado para cumplir funciones integradas de Tratamiento, Rehabilitación y Contención. Es un recurso orientado al trabajo con pacientes generalmente refractarios a diversos tratamientos en otros dispositivos, en los que persiste durante largo tiempo una clínica tan severa que impide su adaptación a un entorno

social normal y que sufren repetidos ingresos en Unidades de Hospitalización Breve que no permiten que se beneficien de los programas de rehabilitación habituales.

- e. *Centros de rehabilitación psicosocial*, actividades de apoyo y soporte social (CRPS). Se conciben como un recurso específico que interviene en diversas áreas: rehabilitación psicosocial, apoyo a la Integración social, seguimiento y soporte comunitario, apoyo a las Familias, y actividades de apoyo y soporte social. Está dirigido a la población con TMG y crónicos que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración en la comunidad, tienen como finalidad ofrecer programas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario que faciliten la mejora de su nivel de autonomía y funcionamiento, así como apoyar su mantenimiento e integración social en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización, independencia y calidad de vida.
- f. *Centros de día*. Recurso generalmente social al que acceden pacientes que han transitado por otros dispositivos, que no pueden llevar un funcionamiento totalmente autónomo e integrado en la comunidad, debido a su grave patología mental y deterioro asociado. Para efectuar un trabajo con esta población es preciso que este recurso se adapte de un modo flexible a sus necesidades, pudiendo realizar las actividades en distintos espacios: domicilio, transportes públicos, polideportivos, Servicios de Salud Mental, CRPS, etc., y en horarios adecuados a los pacientes y la propia actividad. Se considera un lugar de referencia que puede estar ubicado en los Servicios de Salud Mental o en Centros de Rehabilitación Psicosocial, facilitando la coordinación y la participación de los profesionales adscritos a ambos dispositivos. En los centros de día se realizan diversas actividades: entrenamiento cognitivo, entrenamiento en habilidades relativas al manejo en la vivienda, aseo, vestido, y hábitos saludables, actividades de psicomotricidad, grupos de encuentro, actuaciones domiciliarias, talleres de actividades ocupacionales, trabajo con familias y entorno social, ocio y tiempo libre.
- g. *Recursos Residenciales*

- i. **Mini-Residencias.** Se concibe como un servicio residencial comunitario abierto y flexible. Ofrece apoyo y supervisión durante las 24 horas, en un ambiente de convivencia lo más familiar y normalizado posible. Proporcionan con carácter temporal o indefinido: alojamiento, manutención, cuidado y soporte, apoyo personal y social, rehabilitación y apoyo comunitario y en su caso orientación y apoyo a las familias. Las áreas de intervención en las mini-residencias son: Autocuidado, Actividades de la vida diaria, Psicoeducación y Educación para la salud, Actividades de ocio y tiempo libre, Integración comunitaria, etc. Estos programas y actividades se organizan de una forma flexible tanto en formato grupal como de un modo individual, buscando ajustarse a las diferentes necesidades, situación y objetivos de cada usuario.
- ii. **Pisos Supervisados/Protegidos/Tutelados.** Constituyen un recurso residencial comunitario organizado en viviendas localizadas en el entorno social donde habitan las personas con TMG. La característica definitoria, es ofrecer un apoyo flexible, individualizado y continuado. Flexible, porque las necesidades y demandas varían y fluctúan en el tiempo y se requiere por tanto la capacidad de adaptarse y ajustarse a los diferentes momentos y situaciones. Individualizado, porque cada usuario tiene una especificidad única y requiere un apoyo ajustado a sus distintas problemáticas, posibilidades y circunstancias. Continuo, porque asegura a medio y largo plazo el buen funcionamiento del piso y su eficacia como recurso de apoyo residencial y rehabilitador, se requiere que siempre exista una referencia de apoyo capaz de responder diferencialmente a las diferentes circunstancias y necesidades del piso como unidad de convivencia y de cada usuario específicamente.
- h. **Centros de Rehabilitación Laboral (CRL).** Recurso específico para favorecer la rehabilitación profesional de personas con TMG, proporciona apoyo para la inserción y mantenimiento en el mundo laboral. Su misión

fundamental es favorecer la rehabilitación vocacional-laboral de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos que se encuentran viviendo en la comunidad, para facilitar su integración laboral normalizada en la empresa ordinaria o, también, mediante fórmulas de empleo protegido (Centros Especiales de Empleo) o sistemas de auto-empleo. No tiene carácter específico de centro de trabajo, sino de centro de preparación y apoyo para el desarrollo de itinerarios individualizados de inserción laboral.

Capítulo 3. Terapia ocupacional

La terapia ocupacional forma parte de los recursos y procesos de rehabilitación psicosocial y la justificación de por qué le otorgamos una visibilidad especial en esta tesis está fundamentada, en primer lugar, porque la actividad deportiva como una finalidad en sí misma, se ha propuesto como una actividad ocupacional y se ha aplicado como intervención en el grupo de participantes adscritos a la condición experimental frente al grupo control que no desarrollan dicha actividad, en segundo lugar, porque el autor de esta tesis tiene como formación el grado en Terapia Ocupacional.

En este capítulo haremos una breve revisión histórica desde los albores de la ocupación como técnica de recuperación de personas con problemas mentales y de salud en general, se revisará el concepto de Terapia Ocupacional, su incorporación de pleno derecho a los procesos de rehabilitación psicosocial, tanto como actividad, como profesión. Revisaremos también el concepto de terapia ocupacional en el cual ubicar este trabajo, centrándonos en el modelo de ocupación humana (MOHO) como modelo que abarca aspectos donde ubicar este trabajo. Revisaremos aspectos específicos de la práctica de la terapia ocupacional

y se analizaran algunas evidencias empíricas que evalúan la eficacia de la ocupación en el TMG, así como la función de la Terapia Ocupacional en la atención de personas con TMG, para finalmente hacer mención a los equipos multidisciplinares que participan activamente en el proceso de rehabilitación psicosocial, siendo la Terapia Ocupacional uno de los pilares donde se apoya dicho proceso.

3.1. Breve recorrido histórico de la terapia ocupacional

La naturaleza de la terapia ocupacional con carácter terapéutico se remonta a las primeras culturas escritas. Los chinos, en el 2600 a.C., creían que la inacción generaba patología y usaban como procedimiento el entrenamiento físico (Rivas-Garibay et al., 2011). También en Egipto hay tratados que indican el tratamiento a los “melancólicos” por medio de juegos y ocupaciones recreativas. En la Grecia Pitágoras, Tales de Mileto y Orfeo usaron la canción como remedio para diversos padecimientos (Moruno y Talavera, 2007). Hipócrates le otorgó gran trascendencia a la interacción cuerpo-mente, confiaba en el ejercicio, la lectura y el trabajo para conservar y reparar el estado de salud, así como la conversación, el ejercicio, los viajes y los juegos de pelota, entre otros, como favorecedores para la salud mental (Rivas-Garibay et al., 2011).

En la Edad Media esta iniciativa se desvanece y reaparece en el Renacimiento, de tal forma que existe información del uso de las actividades manipulativas y el ejercicio físico como intervención para personas con patologías mentales. Pinel (1786) recomendaba la utilización del tratamiento moral y la adquisición de hábitos como parte del procedimiento de su tratamiento.

Es durante la Segunda Guerra Mundial cuando se reconoce la Terapia Ocupacional como práctica terapéutica. En 1895 el psiquiatra Rush Dunton, considerado uno de los padres de la Terapia Ocupacional, empieza a utilizarla como intervención con las personas que sufren problemas mentales y equipara la ocupación para el ser humano al mismo nivel que la comida y la bebida (Polonio-López et al., 2001).

Sin embargo, el comienzo de Terapia Ocupacional, tal como es admitido actualmente, se sitúa en 1917, se formaliza con la creación de la *National Society for the Promotion of Occupational Therapy*, en Clifton Springs (Nueva York). Siendo George E. Barton quien propone el nombre de Terapia Ocupacional, como la ciencia que enseña e incita al enfermo a cómo realizar el trabajo que le proveerá energías y cómo utilizando actividades se obtiene un efecto terapéutico beneficioso (Cardemore y Sisti, 1997).

En España, la terapia ocupacional empieza a utilizarse en la atención a personas con enfermedad mental coincidiendo con la fundación en 1409 Hospital de Santa María de los Santos Mártires Inocentes. El tratamiento humano a los enfermos, así como la creación de un método por medio de la ocupación, encarna una fuerte apuesta por una nueva visión de la locura y una exclusiva mundial en la visión del tratamiento de los enfermos mentales. A los enfermos, se les libera de sus inseparables cadenas. Las enfermas eran las encargadas de hilar y tejer la tela que se usaba para confeccionar las ropas de los locos y las sábanas, así como de lavarlas y almidonarlas. Los pacientes en mejor estado estaban en un sistema abierto, salían por la ciudad a buscar frutas y verduras, y en ocasiones participaban en ciertas festividades de la ciudad, como cabalgatas y desfiles; entre sus labores también se contemplaba acompañar y ayudar al carretero del hospital para conseguir trigo, leña, limosna y carbón (Pérez-de-Heredia-Torres et al., 2007). Aunque no definida profesionalmente, los preliminares de lo que sería la terapia ocupacional en España, podríamos decir que se hallan en las propuestas asistenciales manicomiales de los Hermanos de San Juan de Dios y posteriormente, de las hermanas hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (Durante-Molina y Noya-Arnaiz, 1998). Intervenciones incluidas dentro del denominado tratamiento moral, donde se contempla dar al enfermo una 'ocupación conveniente'. El Beato Benito Menni en 1882 en el artículo 81 de las normas del manicomio de Ciempozuelos recoge las normas para el tratamiento ocupacional: "Cuándo pueda desearse hacer en obsequio para obtener la curación o alivio de los enfermos dementes queda reducido a 5 puntos: asistencia facultativa, asistencia piadosa, asistencia de alimentos, asistencia higiénica, asistencia de recreación y ocupaciones y asistencia disciplinar". Propuestas que se mantienen vigentes entre 1881 y 1919 en todos los hospitales psiquiátricos de

las dos órdenes religiosas antes señalada, con una clara visión asilar y caritativa y no con planteamientos rehabilitadores, tal como se conocen en la actualidad. En 1962 el Dr. Ruiz lleva cabo el primer curso de terapia ocupacional en España y en las últimas décadas del siglo XX es incorporada en los distintos hospitales de la red pública. Por lo que la figura de Terapeuta Ocupacional se incluye en las unidades de psiquiatría hasta la actualidad, dado el valor terapéutico de la ocupación en la atención a persona con TMG por su contribución a la promoción, mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad y discapacidad (Moruno y Romero 2004), a partir de la evidencia de la eficacia de la ocupación y desempeño de actividades diarias como eje organizativo en el proceso de recuperación (Cardoso et al., 2003).

3.2. Concepto de Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional (TO, en adelante) es una práctica profesional encuadrada dentro de las denominadas ciencias de la salud que usa como fin terapéutico la actividad significativa o propositiva (ocupación) regida y programada con un fin preventivo o terapéutico, para facilitar la habituación ecológica y servible de cada individuo, sea considerado como un paciente, sea considerado como un usuario/cliente; y conforma una ideología específica centrada en la Ciencia Ocupacional (Bauer, 1992).

La ocupación es una actividad primordial de las personas en las distintas vertientes de su vida, fruto de un proceso evolutivo que culmina en la consecución de sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales e integra diferentes entornos como el autocuidado, automantenimiento, productividad, tiempo libre, descanso y juego (Kielhofner, 2009).

La Terapia Ocupacional como actividad rehabilitadora se sustenta en tres pilares básicos: La persona usuaria, el terapeuta ocupacional y la ocupación. La terapia ocupacional como intervención cobra sentido cuando un paciente/usuario/cliente manifiesta alteraciones en su desempeño ocupacional a raíz de una lesión o enfermedad que altera las funciones motoras, sensoriales, cognitivas o

psicológicas, o bien por causas derivadas del ambiente físico, social y cultural (Santos del Riego, 2008).

Ante las múltiples propuestas de Terapia Ocupacional, en la Tabla 2 resumimos diversas propuestas realizadas por Santos del Riego (2008), añadiendo aquellas más recientes, que nos permiten enmarcar nuestro trabajo.

Tabla 2. Definiciones de Terapia Ocupacional más comúnmente aceptadas.

Autor(es)	Definición
Federación Mundial de Terapia Ocupacional (World Federation of Occupational Therapists, 2018)	“Una profesión de la salud basada en la utilización de la actividad propositiva para promover la salud y el bienestar en todos los aspectos de la vida diaria” “El tratamiento de las condiciones físicas y psiquiátricas mediante actividades específicas para ayudar a la gente a buscar su máximo nivel de función e independencia en todos los aspectos de su vida cotidiana”
Bauer (1992)	Es una práctica profesional encuadrada en las ciencias de la salud y ciencias sociales que usa como fin terapéutico la actividad significativa o propositiva (ocupación), regida y programada con un fin preventivo o terapéutico, para facilitar la habituación ecológica y servible de cada individuo, sea considerado como un paciente, sea considerado como un usuario/cliente y que conforma una ideología específica centrada en la Ciencia Ocupacional.
Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO; Simó-Algado, 2015)	“Una profesión sociosanitaria, que a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psicológicos y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad”

Tabla 2. Definiciones de Terapia Ocupacional más comúnmente aceptadas (continuación).

Autor(es)	Definición
Modelo Canadiense (Schell et al., 2013; Townsend y Polatajko, 2013)	“es una profesión que es arte y ciencia con el fin de habilitar una sociedad más justa e inclusiva a través de la participación en ocupaciones que promuevan la salud y bienestar”
Simó (2015)	“el arte y la ciencia de capacitar a las personas (grupos, comunidades) para que puedan desarrollar un proyecto de vida pleno a partir del desarrollo de ocupaciones significativas. Su finalidad última es crear comunidades saludables, inclusivas y sostenibles, donde toda persona participe como ciudadano de pleno derecho experimentando bienestar”

Fuente: Elaboración propia.

Después de revisar algunas de las definiciones aportadas por diversos autores e instituciones sobre el concepto de Terapia ocupacional. En el año 2015, Simó la conceptualiza como:

El arte y la ciencia de capacitar a las personas (grupos, comunidades) para que puedan desarrollar un proyecto de vida pleno a partir del desarrollo de ocupaciones significativas. Su finalidad última es crear comunidades saludables, inclusivas y sostenibles, donde toda persona participe como ciudadano de pleno derecho experimentando bienestar” (Simó, 2015, p. 33).

Desde nuestro punto de vista, define muy bien el marco en el cual ubicar este trabajo, puesto que, además de ser la guía en la práctica diaria del autor de la

tesis es donde se puede incardinar la 'intervención deportiva propositiva' aplicada al grupo control de este estudio.

Esta definición recoge aspectos donde incardinar la actividad realizada desde la TO en el marco de los programas de rehabilitación psicosocial, es decir, propone capacitar a las personas en función de sus condiciones para llevar un proyecto de vida pleno, que incluya todas las ocupaciones, vinculadas con el logro y la satisfacción y que impliquen un reto. Es decir, las actividades ocupacionales van encaminados a facilitar e incrementar la salud de aquellas personas que tienen dificultades en su desempeño ocupacional, debido a una problemática física, psicológica o social (Morrison et al., 2011).

Otro aspecto que debe incorporar la TO es que la persona necesita ser capaz de comprometerse con la ocupación, para conseguir independencia, interdependencia, equidad, participación, seguridad, salud y bienestar (Townsend y Wilcock, 2004). Por lo que la TO tiene como objetivo ayudar a los usuarios a comprometerse con las actividades diarias u ocupaciones que ellos deseen y necesiten. Es decir, la TO cumple su fin cuando los usuarios son capaces de comprometerse en ocupaciones y actividades que le permitan la participación deseada o necesaria, bien en el domicilio, en la escuela, en el centro de trabajo o en la vida en comunidad. Focalizándose en la naturaleza ocupacional del ser humano, en la disfunción ocupacional y en la ocupación como agente terapéutico (Lillo, 2003), mediante el conocimiento íntimo de los problemas a los que se enfrentan los usuarios y proporcionando fundamentos para la práctica (Perdomo, 2015). Otro aspecto que se incorpora al concepto de TO es que las ocupaciones tienen que tener un propósito y un significado, claros componentes para conseguir la justicia ocupacional (Durocher et al., 2019), término que surge en los años noventa del siglo XX y que enfatiza el derecho a la igualdad de oportunidades para poder participar en ocupaciones, derecho que no se aplica a determinados colectivos como el de las personas con TMG.

De todas las cuestiones recogidas en el concepto de Terapia Ocupacional por los autores mencionados anteriormente se derivan algunos aspectos específicos que implican llevarlos a la práctica:

- a. La preocupación global de la TO es como las personas mantienen patrones adaptativos (funcionales y satisfactorios) de participación ocupacional en sus ambientes.
- b. Los factores que influyen en esta adaptación ocupacional: ser físicamente capaces de realizar las ocupaciones necesarias y deseadas, tener motivación para participar en las ocupaciones, adquirir los hábitos necesarios y disponer de los elementos de apoyo del ambiente apropiados.
- c. Cada uno de los modelos de la práctica se centra en uno o más de estos fenómenos. Ningún modelo individual puede dirigirse a la totalidad de ellos, pero es importante que los modelos de práctica proporcionen colectivamente una comprensión de todo el espectro de fenómenos personales y ambientales que está implicado en la participación ocupacional.

Así pues, desde este análisis de distintos modelos de TO, la ocupación puede ser aplicada terapéuticamente como un medio que promueve el desarrollo, mantenimiento y recuperación de las capacidades, destrezas o aptitudes de un individuo. De ahí que la finalidad última de la TO sea crear comunidades saludables, inclusivas y sostenibles, donde toda persona participe como ciudadano de pleno derecho, integrando en sus intervenciones los intereses y las motivaciones de los usuarios, para adaptar y hacer más fácil el manejo ocupacional en un ámbito normalizado, lo que conecta con las propuestas de los actuales modelos de rehabilitación psicosocial comunitaria (Simó, 2015).

La práctica de Terapia Ocupacional ordena las ocupaciones en áreas. como: las ocupaciones de la vida cotidiana, las ocupaciones instrumentales de la vida cotidiana, el tiempo libre y sueño, la enseñanza, el trabajo, el juego, el deporte, el descanso y la participación social. Por lo que la actividad ocupacional no se restringe solamente a la actividad laboral, siendo, además, el individuo quien categoriza la ocupación según sus intereses y necesidades (American Occupational Therapy Association, 2020).

Esta propuesta comporta la implicación de las personas en actividades productivas, juegos y actividades lúdicas y actividades de la vida diaria, siendo en este punto donde se incluye el proyecto de una 'ocupación deportiva como competencia ocupacional', motivo de este estudio. Dicho proyecto está dirigido a generar y mantener cambios en las capacidades, creencias y disposiciones del individuo de manera que el comportamiento ocupacional contribuya a la organización y desarrollo de las estructuras físicas y al desarrollo psicológico, afectivo y social de los participantes.

A pesar de estas propuestas teóricas, son pocos los estudios sistemáticos que avalen la eficacia de la aplicación de la TO en la recuperación de los pacientes con TMG. En una revisión sistemática sobre los efectos de arte-terapia y drama-terapia en personas con esquizofrenia, se concluye que no están claros los beneficios de estas terapias, dado que son pocos los estudios que existen y además las muestras son muy pequeñas (Ruddy y Dent-Brown, 2008). Otro estudio examina los resultados de grupo de personas con psicosis tempranas y concluyen que el 53% de los participantes que intervinieron en un programa de terapia ocupacional pudieron mantener un rol productivo de trabajo o estudio en los tres meses posteriores a la intervención (Poon et al., 2010). Un estudio japonés que utilizó la actividad ocupacional de cocina y que revisó la mejoría de los síntomas negativos, así como la mejoría de las relaciones interpersonales en pacientes hospitalizados con esquizofrenia crónica, concluye que la TO mejoró ambos aspectos (Tatsumi et al., 2011). En esta línea encontramos otros estudios del mismo grupo de investigación en los que se muestra la reducción de síntomas positivo y negativos, así como una mejoría en el funcionamiento global de las personas con esquizofrenia, siempre y cuando la actividad ocupacional sea elegida por la propia persona, en lugar de por el terapeuta (Hoshii et al., 2013). En general esta línea de investigaciones se basa en probar la eficacia de la intervención de TO en personas con esquizofrenia en diferentes contextos: hospitales, domicilios, comunidad, aunque no se especifica la técnicas o tipo de herramientas utilizadas, concluyendo que la TO puede ayudar a mejora los síntomas y desempeño funcional de las personas con esquizofrenia (Ricarte, 2015). Así pues, las evidencias sobre intervenciones de TO en personas con TMG son escasas, siendo las personas con trastornos psicóticos el colectivo más

estudiado. Sin embargo, la mayoría de los estudios revisados concluyen en la necesidad de realizar más investigaciones y con muestras más amplias, con el fin de demostrar la eficacia de las intervenciones de TO en las personas con TMG (Ricarte, 2015).

Desde los distintos modelos propuestos desde la TO, nos parece de capital relevancia para nuestro trabajo el *modelo de ocupación humana*, como modelo que da soporte teórico a la intervención realizada en la constitución de la Liga de futbol, dirigida a crear una ocupación deportiva propositiva y dirigida a generar competencia ocupacional y cuyo estudio serán motivo de esta investigación

3.2.1. Modelo de ocupación humana: MOHO

El modelo de ocupación humana es considerado como uno de los modelos de intervención ocupacional más extendidos en el mundo. Es un modelo que se desarrolló específicamente para centrar la teoría, la investigación y la práctica en la ocupación, por lo que la visión del modelo parte la premisa de apoyar la práctica centrada en el cliente, orientada a la práctica y centrada en la ocupación.

El MOHO fue publicado por Kielhofner y Burke (1980), siguiendo el análisis que Durante et al. (1997) realizaron sobre el modelo, podríamos concluir señalando que ha sido el modelo más utilizado en el campo de la salud mental, que fue el primer modelo centrado en articular la ocupación como parte esencial de la intervención, así como, que el modelo está basado en tres conceptos básicos:

- Las personas no pueden estar sanas cuándo no tienen ocupaciones significativas.
- Las ocupaciones de una persona pueden afectar y alterar su salud y también pueden ser utilizadas como herramientas para mejorar la salud.
- La terapia ocupacional debería incluir todas las ocupaciones, que ofrezcan un reto y que estén vinculadas con el logro y la satisfacción.

Por lo que desde este modelo y como hemos señalado anteriormente, la ocupación puede ser aplicada terapéuticamente como un medio que promueve el

desarrollo, mantenimiento y recuperación de las capacidades, destrezas o aptitudes de un individuo (Madrid Mazorra, 2004).

Abundando en el MOHO, Kielhofner (2004) aporta una visión del ser humano como un “sistema abierto” que funciona e interactúa adecuadamente dentro de su entorno.

Basándose en la teoría de sistemas, Kielhofner (2004) establece tres subsistemas:

- a. *El subsistema volitivo*, definido como el “proceso por el cual las personas se motivan hacia lo que hacen y eligen hacer”. Es decir, la *volición* se refiere a la motivación por la ocupación. Generando pensamientos y sentimientos volitivos del tipo: ¿Soy Bueno para esto? ¿Vale la pena hacer esto? ¿Me gusta esto? Las respuestas a dichos pensamientos implican: a) la *atribución interna* de la causalidad, en el sentido de capacidad y eficiencia; b) el *valor* que le atribuye a la ocupación, en el sentido de lo que la persona encuentra importante y significativo para hacer, y c) el *interés* que la persona atribuye a la ocupación en el sentido de aquello que encuentra placentero satisfactorio hacer. Estos tres aspectos se encuentran entrelazados entre ellos, dentro del proceso volitivo y se retroalimentan en un proceso continuo y evolutivo a medida que las personas experimentan, interpretan, anticipan y eligen las ocupaciones. Es decir, la volición es un patrón de pensamientos y los sentimientos acerca de uno mismo como actor de su propio mundo, los cuáles ocurren cuándo anticipa, elige, experimenta e interpreta sus propias acciones.
- b. *El subsistema de habituación*, es el proceso por el cual la actividad se organiza en patrones y rutinas. La mayor parte de lo que hacemos se convierte en un hábito cotidiano que es el responsable de nuestro estilo de vida, convirtiéndose en procesos automáticos que facilitan las acciones cotidianas, internalizando las personas sus propios roles desde la naturaleza interactiva y continua de una serie de tareas por la que uno siente responsabilidad, de tal manera que la definición del rol incorporación de un status definido socialmente o en forma personal y el conjunto de actitudes y comportamientos relacionados. Estas actitudes y

comportamientos cotidianos consolidan los hábitos, que acaban convirtiéndose en tendencias definidas para responder y desempeñarse de manera específica y constante en ambientes o situaciones conocidos, lo cual estructura las rutinas y comportamientos ocupacionales al realizarlos con regularidad.

- c. El subsistema de ejecución, definida como la capacidad para realizar las tareas y cuya realización activa el aprendizaje mediante la experiencia, la cual desarrolla capacidades mentales como la memoria y la planificación (funciones ejecutivas), así como aspectos fisiológicos relacionados el sistema musculo-esquelético, neurológico, respiratorio y cardiovascular, entre otros. Se puede decir que este subsistema de ejecución o capacidad desempeño está formado por un conjunto de estructuras biológicas y procesos que permiten la organización de habilidades y la puesta en marcha de comportamientos con propósito. Habilidades (perceptivo-motoras, de procesamiento y de comunicación) que pretendemos analizar en el marco experimental de esta tesis.

Podríamos concluir que el desempeño ocupacional es el resultado de la interacción de la persona con el ambiente, por lo que no se puede entender la intervención centrada en el cliente sin comprender el contexto donde la persona se desenvuelve, por lo que parte de la intervención consistirá en proporcionar espacios ocupacionales para la exploración, la competencia y el logro (Navarrón, 2003), de tal manera que el ambiente permite y moldea el comportamiento ocupacional por medio de las oportunidades de ejecución (margen de elección del uso de espacios y objetos que nos proporciona el ambiente) y la presión para la obtención de respuestas (la expectativa del contexto acerca del desempeño de la persona). Lo cual daría lugar a un comportamiento ocupacional adaptativo al conseguir el equilibrio entre los factores ambientales y personales. Por lo que se refiere a los factores ambientales, el MOHO propone realizar una diferenciación entre el ambiente físico o material (espacios naturales y artificiales) y los objetos que en ellos disponemos (artefactos y materiales de la vida diaria), así como, el ambiente social (la interacción entre las personas y las tareas que realizan) y la cultura. Estratos que representan una jerarquía ambiental que influye en la

selección de nuestros espacios de relación y los desempeños ocupacionales subsecuentes.

En resumen, el MOHO contempla la visión holística tradicionalmente sostenida por los programas de rehabilitación comunitaria, coincidiendo con las propuestas de la TO.

Después de lo aportado anteriormente sobre la Terapia Ocupacional dentro del proceso de rehabilitación psicosocial de la persona con TMG, nos parece imprescindible hacer mención a los equipos multidisciplinares compuestos por diversos profesionales encargados de llevar a cabo las intervenciones de las que se nutren los programas de rehabilitación psicosocial.

3.3. La función de la Terapia Ocupacional en la atención de personas con TMG

Referente a la ocupación de las personas con un diagnóstico de TMG, estas se definen por un bajo grado de actividades cotidianas, por la carencia en muchas facetas como el trabajo, la vida libre, la colaboración en ocupaciones comunitarias, el manejo interpersonal, frente a ocupaciones de ocio pasivas y/o de descanso, la mayor parte del tiempo (Plata, 2012). Lo que se traduce en un bajo equilibrio ocupacional, baja sensación de bienestar y calidad de vida, así como un deterioro de su enfermedad mental (Leufstadius, 2008). Dada la situación ocupacional de las personas con TMG deriva la necesidad de intervenciones ocupacionales que incluyan: actividades de la vida diaria, de ocio y laborales del grupo. Intervenciones que deben ser desarrolladas en diferentes lugares: centros de salud mental y de rehabilitación psicosocial, recursos comunitarios o el domicilio de la propia persona (Talavera, 2007), de tal manera que la intervención cumpla el fin terapéutico dentro del contexto vital del paciente y a lo largo del ciclo vital, permitiendo el aprendizaje de habilidades y destrezas y facilitando el desarrollo social y emocional y poder adaptarse a su entorno (Reed y Sanderson 1999).

Desde esta formulación, la Terapia Ocupacional, como técnica de tratamiento y rehabilitación psicosocial, aglutina diferentes intervenciones terapéuticas, considerando en todas ellas, la ocupación humana como un agente, entidad o medio que fomenta la salud, previene la enfermedad o la discapacidad y favorece el funcionamiento psicológico, el bienestar y la participación social (Moruno, 2001). De ahí que el terapeuta ocupacional debe posicionarse desde un enfoque multifocal de las relaciones entre las personas y los ambientes comunitarios, al mismo tiempo que cimenta espacios para un equitativo e igualitario progreso psicosocial y una cooperación comunitaria, significativa, digna que reduzca el aislamiento y logre la inclusión social en la comunidad y que garantice los derechos fundamentales (Pinzón et al., 2017; Pérez-Sánchez, 2014).

Lo expuesto anteriormente, nos conduce al paradigma actual de la Terapia Ocupacional, la cual engloba las normas, los valores sociales, culturales y la historia personal de cada persona con TMG atendiendo a sus aspectos conservados y respetando la diversidad, sin que el déficit o la enfermedad sea el foco de la intervención (Kielhofner y De las Heras, 2011). Será, pues, desde este paradigma donde se incardina el nuevo concepto de recuperación (*recovery*), el cual legitima a la persona con TMG como actor principal de su proceso de rehabilitación, donde la ocupación de la persona se considerará un fin y la actividad y el asesoramiento ocupacional como las herramientas de intervención, para conseguir que la persona desarrolle un funcionamiento ocupacional adaptativo, satisfactorio y significativo.

Llegados a este punto, cabe señalar la importancia de los equipos profesionales en la aplicación de estos programas de rehabilitación comunitaria y de la inclusión del Terapeuta Ocupacional. Así, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (Gómez, 2011) explica que la unidad, centro o servicio de Salud Mental es el responsable del proceso terapéutico de las personas con enfermedad mental. Estos centros, deben estar compuestos por equipos multidisciplinares, con suficiente número de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares, auxiliares de apoyo domiciliario, terapeuta ocupacional, educador social o similares, que ofrezcan una atención integral de la salud (Gómez, 2011).

Aun cuando desde la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud se define claramente 'el equipo multidisciplinar' como elemento de cambio en la rehabilitación de las personas con TMG, al tratar este capítulo sobre la terapia ocupacional, haremos mención especial a la figura del terapeuta ocupacional como miembro de dicho equipo multidisciplinar, por razones expuestas anteriormente respecto a la profesión del autor de esta tesis.

El trabajo del terapeuta ocupacional debe centrarse en la provisión de los servicios e intervenciones específicas en la evaluación y tratamiento de las dificultades en el funcionamiento ocupacional en diversas áreas, como: el autocuidado, las actividades instrumentales de la vida diaria, la participación y disfrute del ocio y el acceso al mercado laboral (Cuairán et al., 2009; López, 2013; Talavera, 2007).

Las características de las personas con TMG susceptibles de ser incluidas en programas de rehabilitación psicosocial son variados, tal como vimos en el apartado de aspectos clínicos, concretamente los trastornos recogidos en los sistemas de clasificación actuales (DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) y CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2022)) y que podrían ser incluidos en la definición de TMG.

Así pues, en esta supra-categoría de TMG que incluiría a las personas con enfermedad mental que lleva más de dos años en situación más o menos continuada de desprotección personal, que requiere ayuda económica pública, incapaz de mantener una red personal de apoyo social, que necesita ayuda para cubrir aspectos básicos cotidianos, que presenta una conducta social inadecuada, que requiere intervención sanitaria frecuente, y a veces, protección jurídica (Laviana, 2006). Será desde esta aproximación de las personas con TMG donde se van a necesitar una gran variedad de recursos asistenciales y donde adquiere pleno derecho y obligación las intervenciones de rehabilitación psicosocial comunitaria, incluida la terapia ocupacional.

Tras esta breve revisión sobre la terapia Ocupacional, se deriva la necesidad de conocer a la persona, planteamiento ya realizado por Pinel (1745-1826), quien proponía una aproximación individual a los pacientes, un conocimiento de su biografía, de sus trabajos, de su familia, de sus amistades, así como de sus

aspectos conservados. Solo desde esta necesidad de estudio de las personas se podrían indicar las ocupaciones más convenientes para la persona, lo que nos aproxima al actual enfoque 'transdiagnóstico', el cual aporta la posibilidad de intervenir sobre factores comunes a distintos trastornos, ofreciendo una visión más integrada y eficiente de la atención, devolviendo el interés a la vivencia subjetiva y a la relación terapéutica como focos de atención clínica, lo cual conecta con la fenomenología y permite fortalecer una visión humanista y holística del cuidado a las personas que sufren un TMG. Este énfasis en los aspectos comunes psicopatológicos y en las relaciones interpersonales implica una perspectiva más convergente y unificada de las intervenciones, avanzando hacia una práctica clínica más satisfactoria, integrada y menos estigmatizante (González et al., 2018).

3.4. Los equipos

Para llevar a cabo las intervenciones derivadas de la aplicación de los proyectos de rehabilitación psicosocial se requiere de muchos agentes. Este interés en los equipos se justifica al considerar que los mismos deben responder de manera completa a las cuestiones que se han señalado como imprescindibles para la correcta aplicación de los programas de rehabilitación dirigidos a personas con TMG. Los equipos se conciben como profesionales que trabajan de forma multidisciplinar e interdisciplinar, partiendo del conocimiento profundo y holístico del colectivo de personas con TMG, desde la sensibilidad y confianza hacia la promoción del mencionado colectivo y situando a la persona como protagonista de su propia vida. Para ello, se deben conseguir equipos que reúnan las características necesarias para ser considerados adecuados en la aplicación práctica del modelo de rehabilitación psicosocial comunitaria al que hemos hecho referencia. Así pues, sin extendernos, consideramos que los equipos son el recurso clave para llevar a cabo el programa, dada la complejidad y singularidad de esta intervención es preciso cuidar y atender a la calidad de los equipos que trabajan con esta población. Respecto a su composición, es crucial y necesario procurar la multidisciplinariedad, que garantice la administración de las múltiples

prestaciones, a veces dispares, y que éstas se realicen de manera coordinada. Es mucho lo que se ha debatido sobre las características y formas de coordinación de los equipos que intervienen en el proceso de rehabilitación psicosocial de las personas con TMG. Los componentes de los equipos deben identificarse con la *misión general* del programa para promover el proceso de rehabilitación, aproximarse al usuario, introducirse en su medio, respetando la interacción que marca el usuario y dirigiendo su intervención a facilitar el empoderamiento y la responsabilidad social de los usuarios, sin caer en la dependencia iatrogénica, ni en la imposición.

Sin pretender enumerar los múltiples profesionales que componen los equipos multidisciplinares que intervienen en los programas de rehabilitación psicosocial, mencionaremos: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores, incluso pacientes, así como otros muchos agentes sociales.

En general, estos equipos se suelen regir por un marco normativo, autonómico o local, donde se recogen las funciones que explican su actividad profesional y aquellas que garantizan la cobertura de necesidades a través del catálogo de servicios y prestaciones que tienen a su disposición.

A continuación, nos centraremos en los aspectos característicos del profesional con formación en terapia ocupacional, justificado por la profesión del autor de esta tesis, así como porque la intervención realizada con los participantes en este estudio ha sido llevada a cabo desde el marco que ofrece la terapia ocupacional. Enfoque desde el que se ha creado el equipo de futbol y la competición en una liga co el fin de conseguir que esta actividad se convierta en una ocupación deportiva que permita alcanzar la competencia ocupacional.

La intervención del terapeuta ocupacional en el ámbito de la salud mental se centrará en promover el aprendizaje y adquisición de las habilidades y destrezas ligadas al desempeño de actividades de auto mantenimiento y auto cuidado, educativas y productivas, y de ocio y lúdicas; favorecer la participación e integración social a través de la modificación y adaptación de las ocupaciones que un individuo desempeña o del entorno físico o social en que tiene lugar ese

desempeño. El TO adquiere un rol determinante al poner en práctica intervenciones de ajuste de los comportamientos desadaptativos, entrenamiento de habilidades socio-laborales, evaluación de los niveles de discapacidad, establecimiento de las desventajas culturales y sus respectiva disminución, integración de la familia y redes de apoyo que faciliten la mayor incorporación de los inconvenientes que puede presentar el defecto psiquiátrico (Rueda et al., 2005).

Resumiendo, la intervención del terapeuta ocupacional en cualquier ámbito y especialmente en el tratamiento de las personas con TMG, radica en el compromiso con la ocupación como eje central de la intervención, dada la importancia de la ocupación en el ser humano adulto el papel de la Terapia Ocupacional es crucial para el desarrollo integral y holístico de las personas. Entendiendo la *Ocupación* como todas las actividades que las personas realizan en su vida diaria, incluyendo el cuidado de sí mismo y de otros, trabajar, aprender, jugar, crear, interaccionar con los otros. Es decir, la ocupación es central en la existencia de los adultos, de los grupos y de las comunidades, mecanismo por el cual las personas adultas nos situamos en el mundo y permite desarrollar nuestras potenciales y es a través de lo que hacemos, cuando las personas desarrollamos habilidades, ejercitamos capacidades, interactuamos con otros, nos adaptamos a las circunstancias, a los diferentes contextos y demandas del ambiente. Es, pues, desde la ocupación desde donde expresamos quiénes somos ante los demás y ante nosotros mismos (Plata, 2012).

Aprovechamos esta última aportación para incorporar una reflexión que va más allá de las intervenciones con personas con patologías físicas o psíquicas y ampliemos nuestra mira a otros colectivos excluidos del sistema productivo (desempleados, refugiados, asilados o jubilados, entre otros) y desde la necesidad psicológica de ocupación, generalmente productiva, de las personas adultas, considerar cómo proporcionar oportunidades de ocupación que superen el concepto de 'ocupación productiva' e iniciar procesos educativos, sociales y culturales que promuevan políticas, donde la ocupación propositiva (aunque no productiva económicamente) cumpla las necesidades psicológicas derivadas de

la necesidad de ocupación, con el fin de proporcionar un equilibrio emocional, calidad de vida y bienestar emocional.

Capítulo 4. El deporte como actividad ocupacional

En este cuarto y último capítulo del marco teórico, se revisa la evidencia científica que ha recogido los beneficios del deporte como actividad ocupacional en el contexto del TMG. Para ello, primero se define y estudia el papel de la actividad física como ocupación para personas con TMG. En segundo lugar, se analiza el papel que una actividad física concreta, en este caso el deporte, tiene para las personas con TMG. Posteriormente, el capítulo se centra en el papel del deporte como herramienta para incluir a las personas con TMG y reducir su estigma. Finalmente, se revisan los trabajos que se han centrado en estudiar la actividad deportiva y, más en concreto, el futbol, como instrumento para mejorar el proceso de recuperación en personas con TMG.

4.1. La actividad física como ocupación

Actualmente, existe suficiente evidencia científica sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud en general, tanto en la prevención de enfermedades, como en

la recuperación de las mismas. Conocimiento que, mediante intervenciones de promoción de la salud y divulgación, está bastante incorporado en la población general, aunque desgraciadamente, conocer sus beneficios no lleve aparejado su práctica. Se estima que más de un 70% de la población de los países desarrollados no realiza la suficiente actividad física beneficiosa para la salud y control de peso (Ramírez, Martín, y Rico, 2014).

Dado que el propósito en este trabajo es aportar evidencia empírica acerca de los beneficios de una actividad física propositiva, concretamente, analizar la posible mejoría de sus síntomas y su salud en general de un grupo de personas diagnosticadas de TMG y que participan en una actividad propositiva: un equipo de futbol sala y su participación en una liga.

4.1.1. Aspectos generales

Antes de revisar algunas de las aportaciones empíricas sobre los beneficios de la realización de actividad física en los pacientes diagnosticados de TMG, revisaremos algunos conceptos, que nos permitirán identificar de manera precisa a qué nos referimos cuando hablamos de actividad física. Para este fin, utilizaremos la categorización sobre 'actividad física' propuesta por Castellano Ramírez et al. (2014):

1. Actividades laborales: Actividades realizadas en el entorno laboral y en el tiempo de trabajo (desplazarse, manejo de maquinaria, transportar o manipular objetos).
2. Actividades domésticas: Actividades realizadas en el entorno doméstico (barrer, fregar, lavar, cuidar de los niños, subir escaleras).
3. Actividades recreativas o de ocio y tiempo libre: Todas las actividades físicas que se realicen en el tiempo libre, generalmente lúdico y no planificado, aunque pueden tener aspectos formativos o sociales (caminar, jugar, bailar, ir de excursión).

4. Ejercicio físico: Actividad física planificada, repetitiva, realizada con el objetivo de mantener o mejorar la salud o la condición física (correr, nadar, pedalear).
5. Deporte: Definido por la Real Academia de la Lengua Española (2022) como “actividad física, ejercida como juego o competición, cuya práctica supone entrenamiento y sujeción a normas” (s.p.).

Indistintamente del tipo de actividad, como hemos mencionado anteriormente, más de un 70% de la población de los países desarrollados no ejecuta la suficiente actividad física beneficiosa para su salud (Ramírez et al., 2014), situación que se encuentra agravada en el caso de las personas con TMG, dada su patología y las condiciones derivadas de la misma, su grado de actividad o participación en tareas de desempeño ocupacional de cualquier tipo se encuentran mermadas en mayor o menor medida (Mullor et al., 2020).

Así pues, como se ha expresado anteriormente, si la actividad física es una de las actividades básicas en las propuestas de la terapia ocupacional y, además, se conocen los beneficios de la misma para la salud en general, podemos concluir que, en el caso de las personas con un TMG, la actividad física adquiere una doble consideración, por una parte, su papel en la mejoría de su patología y el bienestar físico y psíquico en general de las personas y, por otro, su valor como ocupación.

Las premisas anteriores plantean numerosas cuestiones acerca de porqué el ejercicio físico no es más utilizado en los programas de rehabilitación psicosocial o qué implica tener o no tener acceso a este recurso, dado que los datos de que de que disponemos indican de que estas limitaciones inciden negativamente en la salud mental y física de las personas con un TMG (American Occupational Therapy Association, 2020).

Antes estas cuestiones, cada día existe mayor compromiso de los profesionales en aportar evidencia sobre los beneficios del ejercicio físico, con el fin de que estos resultados exhorten a los políticos y gestores de servicios de salud a desarrollar políticas de salud que incluyan prácticas que han demostrado empíricamente su eficacia, sin que incluirlas o no incluirlas quede reducido a valoraciones

meramente 'políticas' y no científicas. Evidentemente, eso comporta dotar de recursos para que estas actividades se puedan llevar a cabo, pues no hacerlo incide negativamente en la salud. Sin olvidar, la información a los propios usuarios y a la población en general de sus beneficios, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas aquejadas de un TMG, y recordar que hasta los conocimientos de que disponemos las personas con un TMG son subsidiarias de servicios sociosanitarios durante toda su vida por su condición de cronicidad de estas patologías actualmente.

Esta investigación que se presenta en la presente tesis doctoral tiene como objetivo aportar evidencia empírica sobre los beneficios del deporte en el tratamiento del TMG para que los expertos en la materia, los usuarios, familiares y la población general, dado los beneficios constatados, sigan reclamando la actividad física como parte fundamental del tratamiento de las personas con TMG (Vancampfort et al., 2011).

4.2. Deporte y trastorno mental grave

Como hemos puesto de manifiesto, la problemática de las personas con TMG no se limita a los síntomas psicopatológicos, sino que afecta a otras esferas de su vida cotidiana, su actividad psicosocial, su cooperación en la comunidad o su acceso a determinados recursos, entre los que se incluyen los recursos deportivos (Sobrino y Rodríguez, 2008), por lo que son muchos los autores que proponen para las personas con TMG la actividad física como ocupación, como alternativa para atender mejor sus necesidades y con el fin de que el deporte se incorpore como factor esencial en su vida y alcanzar mayor autonomía y menor apoyo por parte de los expertos, fin último de la recuperación (Castillo-Algarra et al., 2017), lo que implica considerar a la actividad física como un instrumento de normalización social con el que poder favorecer la estimulación y recuperación de aspectos transversales de la patología que caracteriza al TMG (Castillo-Algarra et al., 2017). Estas propuestas ponen de manifiesto la necesidad de disponer lugares donde realizar actividades deportivas (Castillo-Algarra et al., 2017), así como estimular actividades deportivas dirigidas y propositivas para conseguir mejorar

determinados síntomas que se encuentra comprometidos en personas con TMG, como: aumento de la autoestima, autocontrol, autoconfianza y empoderamiento personal (Soundy et al., 2012). Este desarrollo de centros y actividades deportivas propositivas está forjando un cambio en el modo de atender las necesidades ocupacionales de las personas con TMG, abriendo un abanico de modalidades deportivas (Añaños-Bedriñana, 2012; Fernández-Catalina y Ballesteros-Pérez, 2017; López-Pardo, 2014).

4.2.1. Algunas iniciativas españolas sobre el deporte como actividad ocupacional

Después de las reflexiones anteriores, parece que la ‘receta’ del ejercicio físico para el tratamiento del TMG, está servida. Por lo que antes de revisar algunas investigaciones centradas en los beneficios del deporte o actividad física, desde una mirada esperanzadora y de reconocimiento, mencionaremos a algunas instituciones y organismos españoles que están incluyendo la actividad deportiva en los programas de rehabilitación comunitaria en el tratamiento del TMG.

Todas ellas constan en la Asociación Española Deportiva para la Integración y Recuperación (AEDIR), una asociación a nivel nacional que promueve iniciativas deportivas y que tiene como objetivo principal utilizar la “actividad física y el deporte como instrumento para la integración social, la recuperación y la lucha contra la discriminación” (AEDIR, 2014).

- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM): Cuentan con programas especiales deportivos de apoyo como campeonatos estatales y eventos con participación europea (Cabra, Málaga, Almería). Tiene un programa deportivo anual que incluye muchas actividades deportivas (López-Pardo, 2014).
- Asociación Riojana de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Arfes-Pro Salud Mental): Cuentan con el club deportivo ARFES-RIOJA, creado en 1997 con el propósito de favorecer el deporte con personas que padecen un TMG. La participación en el club deportivo ARFES-RIOJA, permite la realización de “actividades semanales de baloncesto, fútbol

sala, petanca, natación, tenis de mesa, gimnasia de mantenimiento... y la participación en campeonatos locales, interprovinciales y nacionales de las distintas modalidades deportivas” (Arfes, 2018).

- Fundación Intrás: A través de dicha fundación, se crea en el año 2008, el Club Deportivo Duero, un club normalizado e inclusivo que cuenta con dos delegaciones en Valladolid y Zamora y que participan de manera federada al fútbol sala en la Liga FECLEDMI. Además, también existe la posibilidad de practicar otras modalidades deportivas como baloncesto y natación (Fundación Intrás, 2018).
- Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (AVIFES): En el año 2014 funda la Asociación Deportiva Gorantza, cuyo objetivo es “dar respuesta a un grupo de personas con enfermedad mental para quienes el deporte tiene una importancia relevante” (Ceballos y Casanova, 2017, p.132). Entre sus actividades encontramos el montañismo, ciclismo, fútbol sala, pádel, atletismo y multideporte.
- Fundación Santos Andrés, Santiago y Miguel (SASM): Pusieron en marcha en el año 2013, FUNSASM, una liga formada por personas con TMG y donde los 23 centros participantes disputan sus partidos, una vez al mes, en los polideportivos municipales de Paterna y Sueca (FUNSASM, 2018).
- LIGASAME, la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental, donde participan recursos de rehabilitación psicosocial de la Red de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave de la Comunidad de Madrid y Asociaciones de Familiares destinadas al trabajo con este colectivo, cuyas edades están comprendidas entre los 18 y los 60 años. Su objetivo prioritario es conseguir la recuperación a través del fútbol, sin olvidar una línea de trabajo muy importante destinada a la concienciación social, con el propósito de desmontar falsos prejuicios y creencias erróneas acerca de la enfermedad mental mediante la organización de eventos o jornadas deportivas abiertas a la comunidad (Castillo-Algarra et al., 2017).

En este último organismo alguno de los profesionales que participan en el proyecto, realizaron en 2020 estudio cualitativo acerca de la percepción de 26 profesionales sobre los beneficios de participar en la Liga de futbol sala LIGASEME. Los profesionales no tienen intervención directa en la liga, sí en el tratamiento de los pacientes/participantes en la liga. Los pacientes pertenecen a dispositivos y recursos de la Comunidad de Madrid. Su característica común es tener un diagnóstico de TMG y participar en la Liga de Futbol Sala LIGASEME. Para el trabajo se diseñó un cuestionario ad-hoc de respuestas abiertas. Posteriormente, siguiendo metodología cualitativa se analizaron los datos provenientes del cuestionario (Galán-Casado et al., 2020), identificándose los siguientes beneficios:

- a. Beneficios físicos: Mejora la forma física general. Aumento de la movilidad. Mejora hábitos de higiene. Mejora hábitos alimenticios. Mejora de los autocuidados. Mejora del sueño y Propicia una vida más estructurada.
- b. Beneficios psicológicos: Combate la frustración. Disminución de la apatía. Aumento de la autoestima. Aumento del autocontrol. Favorece el empoderamiento personal. Disminución del estrés. Disminución de los pensamientos negativos.
- c. Beneficios Sociales: Trabaja el respeto a las normas. Normaliza y propicia relaciones sociales. Trabaja la puntualidad. Mejora las habilidades sociales. Aumenta el sentimiento de pertenencia a un grupo. Combate el triple estigma: social, familiar y el autoestigma. Potencia la empatía y asertividad.

4.3. El deporte como proceso de inclusión y reducción del estigma

Los seres humanos rechazamos aquello que consideramos diferente y/o nos resulta amenazante, lo que limita a muchos colectivos una participación plena en la sociedad en la que viven (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1995). Son muchos los factores de riesgo que originan

exclusión social (pobreza, crisis y conflictos familiares, dependencia, problemas escolares, antecedentes penales o penitenciarios, pertenencia a grupos minoritarios, problemas de salud mental, edad, género o discapacidad, entre otros (Hughes, 2010). Ante esta interminable lista, señalar que las personas con TMG se encuentran entre las más aisladas de la sociedad (Sayce, 2001). Si a ello añadimos que la exclusión de la participación en la vida comunitaria conduce al aislamiento y aumenta el deterioro de la salud mental (Office of the Deputy Prime Minister, 2004), avocamos a estas personas hacia un círculo vicioso difícil de romper y que conlleva a diversos colectivos a un alto riesgo de exclusión social, alejándolos de las propuestas de la Comisión Europea, cuando en 2010 plantea que:

La inclusión social es un proceso que garantiza que las personas en riesgo de pobreza y exclusión social obtengan las oportunidades y los recursos necesarios para participar plenamente en la vida económica, social, política y cultural, y para disfrutar de un nivel de vida que se considera normal en la sociedad que ellos viven. Garantiza una mayor participación en la toma de decisiones, lo que afecta a sus vidas y al acceso a sus derechos fundamentales (p. 70).

Ante esta cuestión de la inclusión social y de la igualdad de oportunidades, se ha puesto de manifiesto que el deporte y las actividades físicas pueden llegar a ser una parte inseparable de la vida de las personas, por lo que el deporte es un área importante en la actividad humana para los ciudadanos de todo el mundo y ofrece una gran oportunidad para conectar y llegar a todas las personas, independientemente de su edad o condición social (Commission of the European Communities, 2007). El ejercicio regular de intensidad moderada, como caminar, andar en bicicleta y practicar deportes, tiene importantes beneficios para la salud, como reducir el riesgo de enfermedad cardíaca, diabetes, cáncer de colon, cáncer

de mama y ansiedad, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2017). Sin lugar a dudas, también la salud mental se ve afectada positivamente por la actividad física y el deporte tanto en la población clínica como en la no clínica (Tylor et al., 1985), llegando a compararse sus beneficios con los de la psicoterapia (Raglin, 1990). Señalar que, no solo a nivel de intervención y tratamiento se han encontrado beneficios en la práctica continuada de actividad física, sino que también se han encontrado beneficios a nivel de prevención de la enfermedad mental. Así niños y adolescentes que practican deporte de forma activa parecen presentar índices más bajos de malestar emocional y de sufrir problemas de salud mental, además de encontrar una mejoría en su funcionamiento cognitivo (Hull, 2012). Es decir, también se pone de manifiesto, no solo el papel del ejercicio, la actividad física y el deporte en el tratamiento de los pacientes diagnosticados con TMG, sino también de su papel en la prevención y promoción de la salud, dado que ayuda a regular a prevenir enfermedades mentales (Cron-Grant y Grant, 2000).

Sin olvidar que las personas con TMG tienen un nivel de salud más bajo que la población en general, por lo que tienen mayor riesgo de enfermedad cardíaca, obesidad y discapacidades potencialmente mortales, lo que resulta en una menor esperanza de vida y mayores tasas de mortalidad y mayores costes a los sistemas sanitarios (Dickerson et al., 2006).

4.4. La efectividad del deporte en el tratamiento de personas con TMG

Un grupo destacado de intervenciones de salud mental centradas en la recuperación se basan en el deporte o la actividad física, y cada vez son más los trabajos que ofrecen evidencia empírica de su eficacia. La promoción de la actividad física se considera actualmente como una estrategia clave para mejorar la salud mental a nivel mundial (Rebar y Taylor, 2017), con cada vez más literatura que apunta importantes beneficios de esta para la salud mental y el bienestar, tanto de población general (Rebar et al., 2015) como clínica (Bailey et al., 2017; Lawlor y Hopker, 2001; Rosenbaum et al., 2014). Así pues, la actividad física debe

ser usada como un tratamiento adjunto en los problemas de salud mental (Scully et al., 1998).

En esta línea, ya en 1993 Plante apuntaba que el ejercicio aeróbico realizado en el contexto de la prevención y el tratamiento de la psicopatología puede servir para aliviar la ansiedad, depresión y/o baja autoestima en aquellos pacientes que experimentan estas condiciones, aumentando su calidad de vida (Plante, 1993). Además, también se ha apuntado la actividad física como elemento disuasorio importante de las tasas de morbilidad y mortalidad (Richardson et al., 2005). Estos beneficios son de especial importancia en aquellas personas con una pobre salud mental, tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar problemas de salud física en comparación con la población general (Crone et al., 2004), pudiéndoles ayudar a dar respuesta, no solo a sus problemas de salud física, sino también a problemas relativos a la salud mental.

De esta forma, los beneficios del deporte y la actividad física en diversos trastornos psicológicos han sido muy estudiados, como la depresión (Josefsson et al., 2014; Rebar et al., 2015; Schuch et al., 2016a, 2016b, 2017; Stathopoulou et al., 2006; Stanton y Reaburn, 2014; Stubbs et al., 2016a; Wegner et al., 2014), la ansiedad (Anderson y Shivakumar, 2013; Asmundson et al., 2013; Frederiksen et al., 2021; Jayakody et al., 2013; Rebar et al., 2015; Shivakumar et al., 2015), la autoestima (Barton et al., 2012) o el estado de ánimo en general (Barton et al., 2012; Chan et al., 2019; Powers et al., 2015). Es este también el caso del trastorno mental grave, específicamente, en el caso de la esquizofrenia o el trastorno bipolar, con diversos estudios apuntando beneficios en el tratamiento de este tipo de trastornos (Carless y Sparkes, 2008; Carter-Morris y Faulkner, 2003; Ellis et al., 2007; Faulkner y Sparkes, 1999; Gorczynski y Faulkner, 2010; Holley et al., 2011; Melo et al., 2016; Rosenbaum et al., 2014; Vancampfort et al., 2015a; entre otros).

4.4.1. Actividad física y TMG

El papel de la actividad física en el TMG, como decíamos, ha sido objeto de estudio en multitud de trabajos. La mayoría de los estudios seminales en este sentido, así como también los más recientes, se han realizado en el ámbito de la esquizofrenia. En las décadas de los años 80 y 90 del siglo pasado destacan, por

ejemplo, los trabajos de Chamove (1986), Pelham y Campagna (1991) o Faulkner y Sparkes (1999). Chamove (1986) fue de los primeros en estudiar los beneficios de la actividad física en un grupo de 40 pacientes diagnosticados con esquizofrenia. En su estudio, los participantes dijeron sufrir menos síntomas psicóticos, menos trastornos del movimiento, menos irritables, menos deprimidos, menos retardados, menos tensos y con más interés social en los días en los que estaban más activos (realizando terapia ocupacional, natación, etc.) por comparación con los que no (Chamove, 1986). Pelham y Campagna (1991), por su parte, estudiaron cómo afectaba el ejercicio en pacientes esquizofrénicos en rehabilitación. Para ello, aplicaron un programa de ejercicios físicos de 12 semanas, incluyendo como actividad la bicicleta estática. Los tres pacientes de los que se reportaron resultados mostraron una reducción de la depresión, un aumento del bienestar general y una mejora de la capacidad aeróbica. Además, los participantes expresaron visiones positivas del ejercicio, junto con un efecto en la mejora del humor, reducción moderada de la ansiedad, aumento de la autoestima y la energía y mejoras en la concentración (Pelham y Campagna, 1991). También estos autores apuntaron que el ejercicio sirvió para fomentar la interacción social, a partir de los comentarios de los individuos. Con un número idéntico de sujetos, Faulkner y Sparkes (1999) llevaron a cabo un estudio etnográfico en individuos con esquizofrenia, quienes participaron en un programa de ejercicio físico de 10 semanas. A partir de la observación participante y las entrevistas con los participantes, estos autores apuntaron que el ejercicio tenía la capacidad de reducir las percepciones de alucinaciones auditivas de los participantes, aumentar su autoestima y mejorar sus patrones de sueño y su comportamiento en general (Faulkner y Sparkes, 1999).

En los últimos 25 años, esta evidencia se ha incrementado, y diversos autores han estudiado los beneficios físicos, psicológicos y sociales que pueden experimentar las personas con esquizofrenia tras participar en intervenciones basadas en el ejercicio físico. A nivel físico, las intervenciones deportivas en personas con problemas de salud mental son importantes para abordar las necesidades particulares de salud física en esta población, con conocidas vulnerabilidades (Daley, 2002; Department of Health, 2006; Faulkner y Sparkes, 1999; McNamee et al., 2013). Estudios recientes como el de Soundy et al. (2015) explican que la

salud física de los individuos con esquizofrenia es considerablemente peor si la comparamos con la población que no padece ningún trastorno de estas características. De facto, este mismo autor ya apuntaba que solo una pequeña parte de esta población cumple con la actividad física recomendada (Soundy et al., 2014), que sería un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada (Organización Mundial de la Salud, 2020), con reciente evidencia que confirma este hecho (Stubbs et al., 2016b). De hecho, padecer un trastorno mental grave (y, específicamente, padecer esquizofrenia frente al trastorno bipolar o al trastorno depresivo mayor) supone un factor de riesgo para el sedentarismo (Vancampfort et al., 2017a).

Adicionalmente, las enfermedades mentales pueden acarrear situaciones en las que se da una inactividad física, como, por ejemplo, la hospitalización tras una crisis psicótica (Villegas et al., 2004). Además, autores como Huizing et al. (2011) han apuntado que hay factores relacionados con el propio trastorno que implican estilos de vida no saludables, lo que puede llevar a la aparición de otras patologías somáticas. En este sentido, Osborn (2001) argumentó que, dado que las tasas de morbilidad y mortalidad son altas en personas con problemas psiquiátricos, los programas destinados a mejorar la salud física son cruciales. Más aún si tenemos en cuenta que las investigaciones meta-analíticas apuntan que, en el 91% de los casos, el ejercicio físico mejora la salud [física] de las personas con trastorno mental grave (Firth et al., 2016).

Por otra parte, la actividad física tiene beneficios psicológicos claros. Rosenbaum et al. (2014), por ejemplo, apuntaron, en un meta-análisis realizado sobre 39 ensayos, la capacidad de la actividad física para reducir los síntomas de la esquizofrenia. También Vancampfort et al. (2011), señalaron cómo los programas de ejercicio físico mejoraron la sintomatología negativa de la enfermedad, siendo estos síntomas los responsables de la mayoría de los primeros episodios psicóticos (Ruiz-Iriondo et al., 2013). En la reciente revisión sistemática desarrollada por Sabe et al. (2020) sobre los beneficios del ejercicio físico en los síntomas negativos de la esquizofrenia, estos autores encontraron, tras la revisión de 17 ensayos de control aleatorios (ECA), estos autores encontraron evidencia de un efecto estadísticamente significativo, mayormente asociado al ejercicio

aeróbico. Además, también se encontró evidencia de un efecto del ejercicio físico sobre la sintomatología positiva, aunque este desapareció cuando se eliminaron los ECA con más riesgo de sesgo.

No obstante, los beneficios de la actividad física sobre la salud mental no solo se refieren a los síntomas, déficits o disfunciones asociadas a los trastornos, sino que también incluyen beneficios en el bienestar de las personas que padecen este tipo de trastornos. Por ejemplo, Soundy et al. (2015) identificaron beneficios todavía mayores de la actividad física en personas con trastorno mental grave, incluyendo una influencia positiva sobre la autoconfianza y la autoeficacia, en un contexto más amplio de compromiso e interacción. Resultados similares ya se habían encontrado con anterioridad, como por ejemplo en el estudio de Bergman et al. (1993), quienes observaron mejoras estadísticamente significativas en la autoeficacia de este grupo tras participar en programas de intervención física. Holley et al. (2011), por su parte, encontraron en una revisión sistemática un efecto positivo de la actividad física sobre el bienestar psicológico de las personas diagnosticadas con esquizofrenia. Previamente, Acil et al. (2008) y Duraiswamy et al. (2007) ya habían observado mejoras estadísticamente significativas en la salud mental/el bienestar de las personas con esquizofrenia que habían participado en programas de actividad física. Otros aspectos que han mejorado con la ayuda de la actividad física incluyen la identidad de los pacientes, que se ha visto reforzada con un sentido del yo y con un propósito (Carless, 2007) y la autoestima (Faulkner y Sparkes, 1999). Otras revisiones más recientes llevadas a cabo en personas con trahán apuntado también mejora en los niveles de estrés (Firth et al., 2016).

En cuanto a las repercusiones sociales que el deporte puede tener en personas con TMG, estas son en su mayoría consecuencia del papel que tiene la actividad física como medio de normalización social (Galán-Casado et al., 2020). Ciertamente, y tal y como apuntan Ceballos y Casanovas (2017), la actividad deportiva potencia la estimulación, la recuperación y el refuerzo de aspectos de carácter transversal, al tiempo de que disminuye la falta de información sobre la capacidad y la posibilidad de la inclusión social de este colectivo. En este sentido, diversos estudios han apuntado como, a través de la actividad física, se mejora la competencia social de las personas con esquizofrenia (Chamove, 1986;

Duraiswamy et al., 2007). También se ha observado que la intervención física en esta población es útil para mejorar la cooperación de los pacientes, la comunicación y las habilidades de interacción con otros pacientes y con los profesionales que trabajan con ellos y ellas (Belcher, 1988; Mrazek y Hatlova, 1995).

Específicamente en el campo del trastorno bipolar, y pese a que en este contexto también se ha puesto de relieve una menor capacidad de ejercicio funcional (Vancampfort et al., 2015b), los beneficios de la participación en programas de actividad física han sido menos estudiados. De hecho, mientras que algunos autores han abogado por las propiedades anti-inflamatorias del ejercicio, que podrían ser particularmente importantes como mecanismo para mejorar todos sus estados de ánimo (Kucyi et al., 2010), otros han apuntado que el aumento de la energía física podría asociarse con los episodios maníacos (Sylvia et al., 2013; Wright et al., 2012).

Lo cierto es, sin embargo, que los datos recogidos hasta el momento apuntan los mismos problemas de sedentarismo (Cairney et al., 2009; Chwastiak et al., 2011; Gomes et al., 2013; Janney et al., 2014; Sylvia et al., 2013) y falta de ejercicio físico (Chwastiak et al., 2011) que ya vimos en las personas con esquizofrenia. En esta línea, se ha detectado un decremento de la comorbilidad de otros problemas de salud mental en aquellos pacientes con trastorno bipolar que practicaban ejercicio físico (Ströhle et al., 2007).

A nivel psicológico, el ejercicio en personas con trastorno bipolar se ha asociado con menores síntomas depresivos (Sylvia et al., 2011, 2013). Por ejemplo, en el estudio piloto de Ng et al. (2007), se invitó a un grupo de pacientes bipolares a participar de forma voluntaria en un grupo de senderismo, observando menores puntuaciones en depresión en todos aquellos que se unieron. En esta misma línea, los estudios de Sylvia et al. (2011, 2013) han recogido evidencia de los beneficios del ejercicio físico, combinado con módulos de nutrición y bienestar. Así implementado, el ejercicio físico mejoró la calidad de vida, los síntomas depresivos, el funcionamiento y el peso de pacientes con trastorno bipolar (Sylvia et al., 2011, 2013).

Otros autores también han apuntado que los propios pacientes afirman utilizar el ejercicio físico para regular los síntomas del trastorno (Wright et al., 2009). Aunque hay cierta base neurológica par ello, los efectos del ejercicio en biomarcadores de personas diagnosticadas con trastorno bipolar han sido poco estudiados (Melo et al., 2016).

Así pues, y a consecuencia de los beneficios detectados, así como por el hecho de que las intervenciones físicas resultan más fáciles y económicas de implementar por comparación a otros tratamientos (Ellis et al., 2007), en las dos primeras décadas del siglo XXI se ha producido un aumento del interés por realizar intervenciones basadas en la actividad física en personas con TMG (Crone et al., 2009), bien sea como una intervención o tratamiento complementario para el cuidado de la salud mental (Holley et al., 2011), bien sea como parte integral del enfoque del plan de atención para la atención de la salud (Crone et al., 2009).

Este interés por este tipo de intervenciones se ha visto dificultado, sin embargo, por la falta de compromiso con el ejercicio de esta población. A pesar de que la literatura es cada vez más amplia, lo cierto es que nuestra comprensión sobre cómo se relaciona la salud mental con los procesos psicológicos a través de los que las personas inician y mantienen el compromiso con la actividad física sigue siendo escasa (Farholm y Sorensen, 2016; Rössler y Drake, 2017). Sí sabemos, sin embargo, que para que la actividad física tenga estos efectos positivos, deberá tener en cuenta los intereses de las personas que los practican, como, por ejemplo, las preferencias en los tipos de actividad, así como el apoyo y las barreras percibidas (Ussher et al., 2007). Además, estos efectos solo son posibles si la actividad física se realiza de forma continua y con regularidad (Organización Mundial de la Salud, 2020), cuestión difícil de conseguir en general, y en las personas con TMG en particular. De hecho, la literatura apunta a que, pese a los beneficios anteriormente descritos, la realidad es que menos de la mitad de las personas con TMG (esquizofrenia (Stubbs et al., 2016b), trastorno bipolar (Vancampfort et al., 2016) y depresión mayor (Schuch et al., 2017; Vancampfort et al., 2017a) llegan a los niveles recomendados de actividad física (Organización Mundial de la Salud, 2020). Algunos de los motivos que se han señalado como causantes de tal falta de actividad incluyen el comportamiento sedentario de esta

población (Stubbs et al., 2016b; Schuch et al., 2017), los bajos niveles de capacidad cardiorespiratoria (Vancampfort et al., 2017b), los efectos secundarios de la medicación y las complicaciones de la obesidad o falta de salud física (Vancampfort et al., 2012, 2013) o la falta de apoyo profesional y recursos (Vancampfort et al., 2015c). Sin embargo, existe consenso en la importancia de los factores motivacionales que dificultan la implicación y el compromiso en la actividad física (Firth et al., 2016).

Es por ello que muchos autores plantean la práctica deportiva como medio para fomentar la actividad física y, con ello, conseguir los efectos beneficiosos antes mencionados.

4.4.2. La práctica del futbol en personas con TMG

Tal y como se ha comentado en el apartado anterior, la práctica del ejercicio físico supone numerosos beneficios para las personas con TMG, no solo como medio de intervención sobre la propia enfermedad, sino como instrumento para la mejora de aspectos físicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, existen diversos problemas para que este colectivo desarrolle dicha práctica, estando estos relacionados con problemas motivacionales o con falta de apoyo o recursos. Por este motivo, algunos autores han apuntado recientemente que la práctica específica de un deporte, o del futbol particularmente, podría servir como medio de intervención física en las personas con TMG.

Por ejemplo, Vancampfort et al. (2012) manifestaron cómo la participación en el deporte era una forma de conseguir que las personas con TMG alcanzaran las recomendaciones de actividad física. Esto se debe, en parte, al hecho de que la participación en un deporte puede considerarse un tipo de tiempo de ocio (Howley, 2001).

En este sentido, en la presente investigación tomamos la definición de Soundy et al. (2015) como deporte. Según estos autores, consideraremos como deporte:

[...] toda aquella actividad física que incluya un elemento de competición [...] combinado con una serie de reglas o expectativas por

las que se rige la participación, y que sirven para asegurar que se lleve a cabo una competición justa [...], incluyendo actividades que requieran (a) una expresión de una destreza física [...] o (b) una capacidad para mejorar la condición física y el bienestar mental (Soundy et al., 2015, p. 3).

Algunos de los beneficios que se han relacionado con la práctica deportiva en personas con TMG incluyen, además de niveles más altos de actividad física (Vancampfort et al., 2012), la pérdida de peso (Battaglia et al., 2013; Takahashi et al., 2012), la mejora de los síntomas en personas diagnosticadas con esquizofrenia (Takahashi et al., 2012) o la disminución de los niveles de ansiedad y depresión (Kelley et al., 1997). Además, la práctica deportiva por parte de las personas con TMG también conlleva beneficios o resultados secundarios, como la mejora de la autoestima y la autoeficacia (Kelley et al., 1997) o de la calidad de vida (Battaglia et al., 2013).

En este colectivo también se ha observado que la práctica deportiva se asocia a un mayor sentido de identidad, mayor confianza social, mayor sentimiento de pertenencia y más apoyo social (Corretti et al., 2011; Soundy et al., 2012). Además, según Soundy et al. (2012), el desarrollo de este sentido de identidad, confianza social y pertenencia hace que las personas con esquizofrenia puedan incrementar sus niveles de motivación y adherencia al deporte y a otras actividades físicas, sintiéndose menos vulnerables hacia las barreras psicosociales mencionadas anteriormente que previenen esta participación. Así pues, la práctica del deporte sería un medio para desarrollar aspectos esenciales que promueven la recuperación (Soundy et al., 2015).

Específicamente en lo que se refiere al futbol como actividad física y ocupación deportiva de las personas con TMG, diversas organizaciones comunitarias, no gubernamentales y de voluntariado han reconocido que este puede mejorar con éxito la inclusión social y la salud mental y física (Pringle, 2009). Los grupos

comunitarios de fútbol de salud mental han ido en aumento durante los últimos años, casi siempre organizados por usuarios de servicios y trabajadores de la salud mental, y muchas veces con el apoyo de organizaciones benéficas y clubes de fútbol profesional (Brawn et al., 2015). Los estudios llevados a cabo en este ámbito apuntan a que practicar un deporte como el fútbol puede generar beneficios psicológicos en personas con TMG, como una mayor auto-confianza, mejores estrategias de afrontamiento y una reducción de los síntomas de salud mental (Battaglia et al., 2013; Darongkamas et al., 2011; Dyer y Mills, 2011; Hynes, 2008, 2010; McElroy et al., 2008; McGale et al., 2011; Mason y Holt, 2012; O'Kane y McKenna, 2002; Oldknow y Grant, 2008), al tiempo que disminuir el número de ingresos hospitalarios (Dyer y Mills, 2011; Hynes, 2010; McElroy et al., 2008), mejorar la salud física, la pérdida de peso y el aumento de la forma física o los niveles de energía (Battaglia et al., 2013; Dyer y Mills, 2011; McElroy et al., 2008).

Otros beneficios, de tipo social, que provienen de participar en este tipo de deporte incluye un menor sentimiento de aislamiento, el incremento de las amistades o el aumento del sentimiento de conexión con la comunidad (Brawn et al., 2015; Darongkamas et al., 2011; Dyer y Mills, 2011; Hynes, 2008, 2010; Mason y Holt, 2012; McElroy et al., 2008; Oldknow y Grant, 2008). Además, el fútbol también es una actividad con sentido, que le permite a los usuarios reconectar con su identidad (Carless y Douglas, 2008) y les ofrece un lugar seguro para una interacción social con significado (Brawn et al., 2015; Mason y Holt, 2012). Así pues, junto a su potencial para aumentar el bienestar mental, el futbol aumenta también las interacciones con los demás, lo que supone un entrenamiento o una rehabilitación de las habilidades sociales y, finalmente, repercute en una mejor inclusión social (Friedrich y Mason, 2017). Frente a los problemas de aislamiento y estigma que experimentan las personas con TMG (Brophy y Harvey, 2011; Hinshaw, 2009), el futbol es una actividad socialmente muy valorada, que les permite gozar de cierto grado de normalidad y un estatus social percibido, pues tiene el efecto de aumentar el sentido de pertenencia, comunidad y aceptación, todos ellos principios de la inclusión social (Darongkamas et al., 2011).

Por ejemplo, Mason y Holt (2012) realizaron un estudio en 12 participantes del programa Afrontando Con Fútbol (*Coping Through Football*, CFT por sus siglas en

inglés). El CFT surgió como una colaboración entre clubs de fútbol profesionales, agencias de salud y organizaciones no gubernamentales (ONGs) de Londres e Inglaterra, y que se inauguró en mayo de 2007 con el objetivo de mejorar la salud física y mental de los usuarios de los servicios de salud mental, con un énfasis adicional desde el principio en mejorar la inclusión social al tender puentes con actividades sociales y ocupacionales basadas en la comunidad (Mason y Holt, 2012). Los 12 participantes eran usuarios de este programa, con historia de TMG y con una edad comprendida entre los 20 y los 45 años (media de edad de 28,2 años). Estos usuarios fueron entrevistados e informaron de diversos beneficios de la participación en el programa, a saber: 1) identificación con el yo pasado, lo que permitió a los usuarios reconectar con su yo anterior a la enfermedad, asociado con la diversión y un sentido positivo de sí mismos; 2) ocupación diferente al resto, pues el programa CFT no se centraba en sus problemas, sino que les ofrecía una oportunidad para el cambio y su desarrollo; 3) apertura al mundo social, rompiendo el aislamiento, y ofreciendo estructura en sus redes sociales y mejorando sus redes de amistades; 4) sentimiento de seguridad psicológica, a través de la auto-expresión, el apoyo mutuo y el sentimiento de pertenencia; 5) sensación de bienestar, a través del ejercicio físico, la mejora de la salud y el entretenimiento; y 6) empoderamiento, con un aumento de la autoestima y la auto-eficacia, a través del logro, el desarrollo de la confianza, la competición y el desarrollo de planes futuros.

En esta misma línea, Battaglia et al. (2013) argumentaron que, además de los beneficios físicos del ejercicio, muchas características psicoeducativas y sociales de la práctica del fútbol son muy relevantes para la vida de los participantes:

Es importante reconocer los efectos positivos derivados de las características internas de las actividades de equipo, como las oportunidades sociales y de motivación, cuando se emplea el fútbol para mejorar la salud mental; ejemplos de estos efectos incluyen tener oportunidades de interacción social, cooperar con los demás, respetar

las reglas, adquirir otras habilidades adecuadas para la vida cotidiana, compartir experiencias de ocio, experimentar logros personales, ser parte de un equipo ganador y recibir el aliento de otras personas con el mismo desorden (p. 596).

En este caso, Battaglia et al. (2013) estudiaron a un grupo de 18 personas usuarios de los Departamentos de Psiquiatría de Palermo (Italia), con diagnóstico de esquizofrenia y/o trastornos esquizoafectivos. Estos fueron asignados a dos grupos, el grupo tratamiento recibió, durante 12 semanas, entrenamientos de futbol dos veces por semana, mientras que el grupo control no realizó ninguna actividad física durante este tiempo. Los resultados de este estudio apuntaron una disminución del peso en el grupo de usuarios que entrenaban a fútbol (frente al grupo control, que aumentó su peso de forma estadísticamente significativa), mejoras también del grupo intervención en su rendimiento físico (medido con sprint y slalom) y su calidad de vida, medida con las dimensiones de salud física y salud mental.

Para explicar la motivación intrínseca que produce el deporte del futbol en los participantes, Nielsen et al. (2014) utilizaron la teoría de la autodeterminación (Deci y Ryan, 2012; Ryan y Deci, 2000), según la cual las personas tienen tres necesidades intrínsecas: autonomía, competencia y relación. Si participan en actividades que satisfagan estas necesidades, entonces se sentirán intrínsecamente motivados. De esta forma, Nielsen et al. (2014) explican que el fútbol como deporte de equipo es muy adecuado para cubrir estas necesidades esenciales, pues “la mayor frecuencia de interacciones sociales en la actividad futbolística crea percepciones más positivas de las relaciones sociales que, a su vez, aumentan la motivación intrínseca y, en última instancia, la adherencia” (p. 73). De esta forma, los participantes se sienten más recompensados y motivados. Específicamente en lo que a la necesidad de relación se refiere, esta está íntimamente vinculada con el apoyo social, que es una de las estrategias clave para conseguir que las personas con TMG se enganchen con la práctica deportiva

(Firth et al., 2015; Rastad et al., 2014). Así pues, la práctica del futbol supone disponer de un apoyo, cuya falta es la barrera socio-ecológica más importante para la práctica del deporte.

El estudio de Brawn et al. (2015), por su parte, se basó en entrevistas a siete participantes en la Liga de Futbol de Bienestar y Salud Mental (*Mental Health and Well-being Football League*), que se desarrollaba en el Noroeste de Inglaterra. Aunque los autores no ofrecieron información sobre el tipo de problemas mentales que padecían los participantes, la liga en cuestión estaba pensada para personas con TMG. El principal tema que emergió de las entrevistas fue que los participantes redescubrieron su sentido de identidad a través de su participación en la Liga de Futbol de Bienestar y Salud Mental (Brawn et al., 2015). Participar en la competición les llevó a una mayor sensación de bienestar, una conexión con sus historias deportivas anteriores y un sentido de crecimiento personal a través de la conexión con la comunidad. Adicionalmente, algunos de los entrevistados apuntaron que la participación en la Liga de Futbol de Bienestar y Salud Mental ocasionalmente conectada con la recuperación (Brawn et al., 2015).

A pesar de esta larga lista de beneficios de la práctica de este deporte para las personas con TMG, los estudios siguen siendo limitados, tanto en número como en rigor metodológico. Tal y como se deduce de la evidencia expuesta, la mayoría de ellos son exclusivamente cualitativos, con muestras pequeñas y sin grupo control.

PARTE III. MÉTODO

Capítulo 5. Objetivos e hipótesis de la investigación

Las personas con TMG presentan patologías mentales con manifestaciones clínicas diversas, de larga duración, incluso crónicas, que conllevan diversos grados de discapacidad y disfunción social, lo cual afecta a diferentes áreas de su vida, incluido su desempeño psicosocial. Estos problemas desembocan en una necesidad de ayuda en varias esferas a lo largo de su vida, es decir, son personas subsidiarias de distintos recursos y dispositivos psicosociales, lo cual implica una barrera para su inclusión comunitaria y conlleva múltiples acciones rehabilitadoras.

Estas acciones rehabilitadoras en este colectivo se llevan a cabo desde diversos modelos. Actualmente, uno de los modelos en auge es el modelo de recuperación o *recovery*, en el que se plantea superar los modelos más tradicional basados en una atención paternalista y centradas en las opinión de los profesionales acerca de la recuperación del paciente, por otro modelo de recuperación en el que el foco se centra en la valoración de las propias personas afectadas por un TMG, es decir, es la propia valoración de los usuarios la que se convierte en el epicentro de su

recuperación, la esperanza, el respeto y el control de sus propias vidas. Tal como hemos descrito en el apartado correspondiente del marco teórico.

Específicamente, es en el contexto del modelo *recovery*, donde se propone la necesidad de la ocupación humana como un tipo de intervención rehabilitadora basada en proporcionar espacios ocupacionales para la exploración, la competencia y el logro.

En la mejora de estas habilidades en personas con TMG, y tal y como se ha puesto de relieve en los apartados anteriores, la práctica del ejercicio físico y, específicamente, de una actividad deportiva, constituye un medio que en numerosas ocasiones se propone como uno de los más adecuados para mejorar la recuperación de las personas con TMG.

Sin embargo, los estudios en este ámbito, y específicamente en las repercusiones del futbol como actividad deportiva en la recuperación de personas con TMG, son escasos, además, suelen tener un enfoque metodológico cualitativo y adolecen de grupo de comparación para la evaluación de la eficacia de los programas y comparación de sus resultados.

Es, en este contexto, donde se plantean los objetivos de la presente investigación.

5.1. Objetivo del estudio

El objetivo general del presente estudio es analizar los efectos de una ocupación deportiva, específicamente, la participación en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM, sobre la competencia ocupacional, el funcionamiento cognitivo, y los procesos de recuperación en personas con enfermedad mental.

En concreto, se pretende analizar los efectos de una ocupación deportiva (fútbol) sobre la participación ocupacional, el funcionamiento cognitivo, y los procesos de recuperación en personas diagnosticadas con TMG.

A partir de dicho objetivo general, se han planteado los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer las características sociodemográficas de las personas con TMG participantes en el estudio.
2. Conocer el perfil clínico de las participantes con TMG.
3. Describir las actividades de ocupación, ocio y tiempo libre que desarrollan las personas con TMG participantes en el estudio.
4. Describir el perfil de los participantes en el programa la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM.
5. Estudiar los niveles de *insight* cognitivo en los participantes en el estudio, evaluando previamente las propiedades psicométricas del instrumento empleado para ello: la Escala de *Insight* Cognitivo de Beck (EICB; Beck et al., 2004).
6. Estudiar los niveles de autoevaluación ocupacional en los participantes en el estudio, evaluando previamente las propiedades psicométricas del instrumento empleado para ello: la Escala de Autoevaluación Ocupacional (OSA; Baron et al., 1998).
7. Estudiar los niveles de recuperación en los participantes en el estudio, evaluando previamente las propiedades psicométricas del instrumento empleado para ello: la Escala de Evaluación de la Recuperación de Maryland (Drapalski et al., 2012).
8. Analizar el impacto de participar en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM sobre los niveles de *insight* cognitivo, comparando los niveles de *insight* entre los sujetos que participan en ella y aquellos que no.
9. Analizar el impacto de participar en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM sobre los niveles de autoevaluación ocupacional,

comparando los niveles de autoevaluación ocupacional entre los sujetos que participan en la Liga de aquellos que no participan.

10. Analizar el impacto de participar en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM sobre los niveles de recuperación, comparando los niveles de recuperación entre los sujetos que participan en ella y aquellos que no.

5.2. Hipótesis de investigación

A partir de la literatura revisada, se plantean las siguientes hipótesis de investigación:

1. Participar en la ocupación deportiva de futbol, específicamente en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM, influirá positivamente sobre los niveles de *insight* cognitivo de las personas con TMG. De manera que el grupo de participantes de la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM mostrará mayores niveles de *insight* cognitivo que el grupo de sujetos que no participan en ella.
2. Participar en la ocupación deportiva de futbol, específicamente en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM, influirá positivamente sobre los niveles de autoevaluación ocupacional de las personas con TMG. De manera que el grupo de participantes de la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM mostrará mayores niveles de autoevaluación ocupacional que el grupo de sujetos que no participan en ella.
3. Participar en la ocupación deportiva de futbol, específicamente en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM, influirá positivamente sobre los niveles de recuperación de las personas con TMG. De manera que el grupo de participantes de la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM mostrará mayores niveles de recuperación que el grupo de sujetos que no participan en ella.

Capítulo 6. Diseño y procedimiento: La Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM

En este capítulo se detallan el diseño de la investigación, así como el procedimiento de recogida de datos. Para ello, en primer lugar, se define el tipo de diseño de estudio. Posteriormente, se detalla la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM, la ocupación deportiva cuyo impacto se analiza en la investigación. Finalmente, se describe el procedimiento de recogida de datos seguido.

6.1. Diseño del estudio

Se trata de un diseño de estudio observacional analítico retrospectivo de casos-contrroles. El grupo experimental, grupo de casos o grupo la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM (en adelante, la Liga), estuvo formado por un grupo de personas diagnosticadas con TMG, todos ellos usuarios y usuarias de diferentes dispositivos de atención a personas con enfermedad mental de la

provincia de Valencia que participan en una liga de fútbol sala para personas con enfermedad mental (diagnóstico de TMG) se desarrolla en un contexto normalizado en la ciudad de Paterna (Valencia). Además, se utilizó un grupo de cuasi control, en el que participaron sujetos con características similares en cada centro, formado por un grupo de personas diagnosticadas con TMG, todos ellos usuarios y usuarias de diferentes dispositivos de atención a personas con enfermedad mental de la provincia de Valencia, los cuales no participaban en la Liga.

Las variables objeto de estudio, que se explicarán en líneas posteriores, se midieron en ambos grupos: tras la participación en la Liga de uno de los grupos, el grupo experimental; y sin participación en la Liga, del grupo de comparación o grupo control. En ningún caso los grupos fueron formados al azar.

6.2. La Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM

6.2.1. Funcionamiento y organización del campeonato liguero

La Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM está formada por 22 equipos de fútbol pertenecientes a distintos recursos que atienden a personas con enfermedad mental de la provincia de Valencia y dan cobertura a más de 220 usuarios y usuarias.

La fase regular de Liga se disputa entre los meses de septiembre y mayo. Los partidos se juegan una vez al mes en la localidad valenciana de Paterna, concretamente en el Polideportivo municipal de la localidad. La duración de los mismos es de 20 minutos repartidos en dos partes de 10 minutos cada una con un intervalo de descanso de 5 minutos. Esta arbitrados por árbitros de la agrupación socio cultural y deportiva de árbitros de Burjassot (Valencia).

Hay dos divisiones, primera y segunda división. En cada división hay enfrentamientos a partido único.

6.2.2. Objetivos de la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM

El objetivo general de la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM es promover la inclusión social de las personas con discapacidad a través del deporte. Además, cuenta con los siguientes objetivos específicos:

- Promover, el intercambio de experiencias sobre estrategias eficaces para promover la participación social de las personas con discapacidad a través del deporte.
- Fomentar actividades deportivas con personas con Trastorno Mental Grave como instrumento para la recuperación, la integración y la lucha contra el estigma.
- Contribuir al desarrollo integral y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y/o dependencia consecutiva a un trastorno mental grave.

6.2.3. Recursos materiales, humanos y económicos para el desarrollo del campeonato liguero

La Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM es gestionada íntegramente por el personal de la Fundación Santos. Andrés, Santiago y Miguel y la Asociación Sportsa.

Los recursos humanos con los que cuenta actualmente la Liga son:

- Un Terapeuta Ocupacional: Contratado a jornada completa, por la Fundación Santos. Andrés, Santiago y Miguel donde desempeña funciones propias de terapia ocupacional en los recursos de la entidad. Como actividad complementaria decide un tiempo de su jornada laboral a la coordinación de la Liga.
- Un Monitor-Educador: Contratado a jornada completa, por la Fundación Santos. Andrés, Santiago y Miguel donde desempeña funciones propias de su titulación en el Centro de Día de la entidad. Como actividad complementaria decide un tiempo de su jornada laboral a la gestión y

actualización de las clasificaciones en la página web y es el responsable del buen funcionamiento de los partidos en materia de arbitrajes, provisión de materiales, e infraestructura.

- Responsables de equipo: Son aquellos profesionales ajenos a la entidad organizadora, que se responsabilizan del equipo de fútbol de cada recurso. Su función principal es comunicar a la organización de la Liga los resultados, aplazamientos o cualquier otra incidencia.

Los recursos materiales con los que cuenta la Liga son:

- Web: Para la gestión de las clasificaciones, palmares, reglamento....
- Ordenador.
- Material deportivo: Petos, balones, silbato.
- Dos Pabellones Deportivos. Podemos hacer uso de ellos una vez al mes en las localidades de Sueca y Paterna.
- Una furgoneta.

6.2.4. Participación de los recursos de rehabilitación psicosocial de la Comunidad Autónoma en el campeonato liguero

Como ya se ha mencionado en apartados anteriores, la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM la componen 22 equipos pertenecientes a diferentes recursos de rehabilitación psicosocial de la Comunidad Valenciana. La tipología de los recursos es variada, participan recursos de atención residencial, centros de día, asociaciones de familiares, centros de rehabilitación e integración psicosocial y unidades de salud mental.

La participación de los recursos en el campeonato liguero se basa en el compromiso de asistencia regular a la Liga, y en comunicar a la entidad organizadora los resultados e incidencias que puedan surgir durante la participación en los encuentros de la Liga. Anualmente se celebra una asamblea a la que asisten los responsables de los equipos de fútbol de los diferentes

recursos. Las funciones de esta asamblea son realizar un balance de la Liga y planificar la próxima temporada.

Los 22 centros que participaron en la Liga en el momento del estudio son:

1. Centro Rehabilitación Museo
2. Menstopia- San Lorenzo
3. General Barroso
4. C.R.I.S. y C.D. de ACOVA
5. A.F. Catarroja
6. Fundación Adiem Onteniente
7. Cris y Cd de la Safor-Gandia
8. Fundación Stos. Andrés, Santiago y Miguel
9. Gerisan
10. AsiguerVistabella
11. Fuente de San Luis
12. CEEM de Xeraco
13. Centro BuendiaAlberic
14. CRIS de Velluters
15. CEEM de Betera
16. AFEMPES paterna
17. CEEM la Rascanya
18. AsociacionNEXE Malvatrueno

19. Asociación Albergo Artesanos Aldaia

20. CEEM Cumbres de Calicanto

21. CEEM Abadia

22. Balcón de la Safor

6.3. Procedimiento de recogida de datos

El investigador principal, junto con una persona voluntaria formada en el modelo *recovery* y conocedora de la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM, fueron los encargados de administrar los cuestionarios a los sujetos participantes procedentes de los diferentes dispositivos.

Para la recogida de los datos, ambos se desplazaron a los diferentes dispositivos que participaban en la Liga, acordando previamente la hora con las diferentes responsables de los dispositivos. Una vez en cada centro o dispositivo, se les explicaba a los usuarios y usuarias: el objetivo general del estudio, los cuestionarios que se iban a aplicar, indicándoles que su participación era voluntaria y totalmente anónima, una vez comprobado que habían entendido todos los extremos de su participación, a aquellos que aceptaron participar en el estudio, se le pidió que firmaran el documento de 'consentimiento informado' (Anexo I), requisito necesario para participar en la investigación,

Todas las personas que aceptaron participar de cada dispositivo se les sentaba en una sala, con sillas y mesas apropiadas y en un ambiente tranquilo, relajado y silencioso se procedía a explicar cada uno de los cuestionarios, que después cumplimentaban individualmente cada participante.

Procedimiento seguido tanto para el grupo experimental, como para el grupo control.

Capítulo 7. Participantes

En el presente capítulo se describen los participantes en la investigación, incluyendo: tipo de muestreo y características generales de la muestra y los criterios de inclusión y exclusión seguidos en la investigación.

7.1. Descripción de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 197 personas diagnosticadas con trastorno mental grave, usuarios y usuarias de distintos recursos y dispositivos de atención a personas con enfermedad mental de la provincia de Valencia.

Para el grupo experimental, se seleccionaron en cada recurso a los usuarios que participaban en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM y un número igual de usuarios que no participaban en la Liga, equiparando el grupo control en las variables edad, género y diagnóstico con los participantes del grupo

experimental. Estableciéndose en cada recurso un grupo control y otro experimental.

El método de muestreo fue no probabilístico, de tipo incidental o de conveniencia.

7.2. Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión del grupo experimental:

- a) Participar en Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM.
- b) Tener una edad comprendida entre 18 y 65 años.
- c) Tener diagnosticado un Trastorno Mental Grave. Los criterios de inclusión están basados en la definición de TMG que goza de mayor consenso en la literatura y que se ha expuesto en el marco teórico.

En lo referente al diagnóstico clínico, los participantes estaban diagnosticados por los profesionales cualificados para tal fin (médico psiquiatra o psicólogo especialista en psicología clínica), por lo que al menos debían tener uno o más de los diagnósticos requeridos para ser incluidos en la categoría de TMG.

Los criterios de inclusión del grupo control fueron:

- a) No participar en Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM.
- b) Tener una edad comprendida entre 18 y 65 años.
- c) Tener diagnosticado un Trastorno Mental Grave. Los criterios de inclusión están basados en la definición de TMG que goza de mayor consenso en la literatura y que se ha expuesto en el marco teórico.

En lo referente al diagnóstico clínico, los participantes estaban diagnosticados por los profesionales cualificados para tal fin (médico psiquiatra o psicólogo

especialista en psicología clínica), por lo que al menos debían tener uno o más de los diagnósticos requeridos para ser incluidos en la categoría de TMG.

7.3. Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión en el presente trabajo fueron:

- a) Diagnóstico de retraso mental grave (según criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) o la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)).
- b) Diagnóstico de dependencia activa de sustancias tóxicas diferentes de la nicotina.
- c) Presencia de enfermedades somáticas graves o déficits somato sensoriales que impidan la correcta aplicación de las escalas del estudio.

La descripción detallada de cada uno de los grupos puede consultarse en el Capítulo 11. Resultados descriptivos, de este manuscrito.

Capítulo 8. Variables evaluadas e instrumentos de medida

En este capítulo se describen las variables evaluadas en la investigación, detallando el tipo de indicadores, preguntas o instrumentos de medida utilizados a tal fin.

Específicamente, y para dar respuesta a los objetivos planteados, en el estudio que se presenta se evaluaron cinco tipos de variables: 1) características de tipo sociodemográfico; 2) variables relativas al perfil clínico; 3) variables para la descripción del perfil de ocupación, ocio y tiempo libre; 4) variables relacionadas con las actividades desarrolladas en la Liga (estas, tan solo, en el grupo experimental o grupo la Liga); y 5) variables de recuperación, las variables principales del estudio.

A continuación, se describen en detalle las variables recogidas en cada uno de los tipos de variables analizadas en el estudio. Más información puede consultarse en los Anexos II y III, que recogen, respectivamente, la encuesta administrada a los participantes del grupo la Liga y la encuesta administrada a los participantes del grupo control.

8.1. Datos sociodemográficos

Las variables sociodemográficas sobre las que se recogió información incluyeron:

- Sexo.
- Edad.
- Nivel de estudios: sin estudios; estudios primarios o equivalentes; estudios secundarios de primer ciclo; estudios secundarios de segundo ciclo o enseñanzas profesionales; estudios superiores o universitarios.
- Número de años trabajados.
- Trabajo u ocupación: directores y gerentes; profesionales científicos e intelectuales; técnicos y profesionales de nivel medio; personal de apoyo administrativo; trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados; agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros; oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios; operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores; ocupaciones elementales; ocupaciones militares.
- Estado civil: soltero/a; casado/a; separado/a; divorciado/a; viudo/a.
- Tipo de convivencia: en familia; en institución; en vivienda supervisada; solos/as; con amigos/as o compañeros/as de cuarto.

8.2. Perfil clínico

En lo relativo a las variables clínicas, estas incluyeron:

- El diagnóstico principal de los participantes. Para ello, se utilizó el diagnóstico clínico que habían recibido los participantes, encontrándose

hasta 28 diagnósticos distintos. Para mayor facilidad en la comprensión y en el tratamiento estadístico de las variables, se recodificó el diagnóstico principal en las siguientes categorías: trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo o de desregulación emocional, trastorno de personalidad y otros, en cuya categoría se incluyeron: retraso mental (excepto el grave), síndrome de Williams y trastornos del espectro autista.

- Años de tratamiento.
- Tiempo de tratamiento farmacológico.
- Número de hospitalizaciones. A pesar de que se recogió el número total de hospitalizaciones, como variable cuantitativa, esta se recodificó en las siguientes categorías: ninguna; una; entre dos y cinco; seis o más.
- Dispositivo al que acudían los participantes en el momento de la recogida de datos:
 - Centros Específicos para Personas con Enfermedad Mental Crónica (CEEM). Centros residenciales comunitarios, abiertos y flexibles, destinado a personas con enfermedades mentales crónicas que no requieren hospitalización. Prestan un servicio de alojamiento y rehabilitación de estas personas enfocando su actuación hacia la mejora de la autonomía personal y social y apoyando su normalización e integración comunitaria.
 - Viviendas supervisadas. Son viviendas configuradas como hogares funcionales de dimensiones reducidas, adecuadas al número y características de los usuarios e insertadas en el entorno comunitario, en las que conviven, de forma estable en el tiempo, un grupo homogéneo de personas con enfermedad mental crónica o trastorno mental grave, con necesidades de apoyo intermitente o limitado, en régimen de funcionamiento parcialmente autogestionado.

- Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRIS). Los CRIS son servicios específicos y especializados, en régimen ambulatorio, dirigidos a personas con enfermedad mental crónica, con un deterioro significativo de sus capacidades funcionales, donde se llevarán a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios y usuarias.
- Centros de Día para Personas con Enfermedad Mental Crónica (CD). Son centros especializados y específicos destinados a personas con enfermedad mental crónica con gran deterioro de sus capacidades funcionales y de su entorno social, donde se desarrollarán programas intensivos de recuperación funcional y actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre.
- Unidades de Salud Mental (USM). Las Unidades de Salud Mental son los elementos asistenciales de carácter básico en la Red de Salud Mental. Estas unidades están compuestas por equipos multidisciplinares, con profesionales de diferentes áreas como: médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales.
- Asociaciones. Una asociación es una persona jurídica que se constituye mediante acuerdo de tres o más personas físicas o jurídicas legalmente constituidas, que se comprometen a poner en común conocimientos, medios y actividades para conseguir unas finalidades lícitas, comunes, de interés general o particular, y que se dotan de los estatutos que rigen su funcionamiento.
- Otros.

Esta variable también se recodificó, agrupando las categorías CEEM y vivienda supervisada; CRIS y USM; y CD, Asociación y otros.

- Número de años en los distintos dispositivos de rehabilitación u hospitalización de larga estancia (actual y previos).

8.3. Descripción del perfil de ocupación, ocio y tiempo libre

En lo referente a la descripción del perfil de ocupación y de ocio y tiempo libre, se estudiaron las siguientes variables:

- La participación en otros programas: actividades de la vida diaria; inserción laboral; ocio y tiempo libre; promoción de la salud y deporte; psicoeducación y conciencia de enfermedad; habilidades sociales; ocupacional y pre-laboral.
- La participación en otras actividades: pasear; salir a cenar; ir al cine; viajar.

8.4. Perfil de la Liga

En el grupo cuasi-experimental o grupo la Liga se recogieron, además de las variables relativas a los datos sociodemográficos, clínicos y de ocupación y ocio y tiempo libre, exclusivamente en el grupo la Liga se recogió información sobre su participación en esta actividad. Específicamente, estas preguntas incluyeron información sobre:

- El tiempo que llevaban participando en la Liga.
- La media de horas de entrenamiento semanales.
- La ubicación del recinto en el que se entrenaba: en su centro o dispositivo; en el polideportivo del municipio; en otros lugares (por ejemplo, el parque, el campo de fútbol...).
- La forma de informarse sobre la hora, día de los partidos y clasificaciones: por ellos/as mismos/as; por sus compañeros/as; por el monitor/la monitora.

- La forma de informarse sobre las noticias o actualidad de la Liga: mediante la página web de la Liga; mediante las redes sociales; mediante el tablón de anuncios del centro o recurso.

8.5. Variables de recuperación

Finalmente, para la evaluación de la recuperación se utilizaron tres variables recogidas en la literatura: el *insight cognitivo* o la recuperación cognitiva, la autoevaluación ocupacional y la percepción subjetiva de recuperación, con los instrumentos que se detallan a continuación.

8.5.1. *Insight cognitivo o recuperación cognitiva*

La Escala de *Insight* Cognitivo de Beck (EICB; en inglés *Beck Cognitive Insight Scale*, BCIS; Beck et al., 2004) evalúa el *insight* desde una perspectiva cognitiva.

Mientras que el *insight emocional* lleva consigo una suficiente comprensión para modificar creencias disfuncionales y la afectividad asociada, así como las consecuencias conductuales de esas creencias, el *insight cognitivo o intelectual* implica una adecuada comprensión de los síntomas por parte del paciente, pero sin experimentar un cambio en el sistema delirante subyacente (*insight emocional*). Así pues, el *insight cognitivo* acentúa el mecanismo de evaluación y corrección de interpretaciones inadecuadas y creencias distorsionadas (Beck et al., 2004).

Desde esta aproximación, la ausencia de *insight* se produciría por: 1) un fallo de la objetividad; 2) una pérdida de la habilidad para poner ésta en perspectiva; 3) una resistencia a corregir información a partir de las otras opiniones; y 4) un exceso de confianza en las conclusiones (Gutiérrez-Zotes et al., 2012).

Para la evaluación del *insight cognitivo* así definido, se utilizó, como se ha comentado, la EICB, una medida de auto-registro de 15 ítems que valora cómo los pacientes evalúan su propio juicio. Los autores encontraron en el estudio original dos dimensiones del *insight cognitivo*: la auto-reflexión y la auto-certeza.

La *auto-reflexión* se define como una expresión de la introspección y la disposición a reconocer la falibilidad (Beck et al., 2004). En este instrumento, esta dimensión se mide con los ítems 1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14 y 15. Por su parte, la *auto-certeza* fue definida por Beck et al. (2004) como la certeza de los pacientes sobre sus creencias o juicios. En la EICB, los ítems que miden esta dimensión son los ítems 2, 7, 9, 10 y 11. En todos los casos, la escala de respuesta de los ítems fue tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: 0 – nada de acuerdo, 1 – un poco de acuerdo, 2 – bastante de acuerdo y 3 – totalmente de acuerdo.

La escala EICB ha sido traducida y validada en varios idiomas, incluyendo francés (Favrod et al., 2008), chino (Mak y Wu, 2006), turco (Bora et al., 2007), noruego (Engh et al., 2007), coreano (Kim et al., 2007) o japonés (Uchida et al., 2009). Específicamente, en español fue traducida y validada en el trabajo de Gutiérrez-Zotes et al. (2012). En todos los casos, se encontró la estructura factorial de dos dimensiones arriba mencionada.

En lo referente a las estimaciones de fiabilidad, en la versión original, la dimensión de auto-reflexión obtuvo un alfa de Cronbach de 0.68, mientras que el alfa de la dimensión de auto-certeza fue de 0.60 (Beck et al., 2004). En la versión española, el alfa de auto-reflexión fue de 0.59, y el de auto-certeza fue de 0.62 (Gutiérrez-Zotes et al., 2012).

8.5.2. Autoevaluación ocupacional

La *autoevaluación ocupacional*, desde el Modelo de la Ocupación Humana (Kielhofner, 2004), se define como las percepciones de los pacientes sobre su propia función ocupacional y las influencias del medio ambiente en su desempeño.

Para medir la autoevaluación ocupacional se utilizó la Escala de Autoevaluación Ocupacional (*Occupational Self-Assessment*, OSA), en su versión 2.2 (Baron et al., 1998). Esta escala conceptualiza la autoevaluación ocupacional en dos partes fundamentales: las competencias y los valores de los pacientes. La primera parte o *subescala de competencias* incluye una serie de afirmaciones acerca de uno mismo. Estas competencias se dividen, a su vez, en dos secciones: una es el relato de uno mismo (llamado *mí mismo*) y la otra el relato del ambiente personal

(llamado *mi ambiente*) (Baron et al., 1998). De estas dos secciones, se utilizó la primera sección, *mí mismo*, que incluye tres apartados o competencias: de desempeño, de habituación y de volición.

La *dimensión de desempeño* se refiere a las capacidades innatas de cada uno, que son la base para las habilidades del desempeño (Baron et al., 1998), e incluye competencias relacionadas con las habilidades motoras para moverse y mover objetos y para ejecutar las tareas diarias; para cuidar la propia residencia (hogar, cuarto, etc.) y limpiarla y mantenerla; para cuidar del propio aseo personal y de la salud (por ejemplo, la higiene personal, vestirse y arreglo personal); o las habilidades para cuidar a las personas que dependen de uno, como niños o parientes mayores (Baron et al., 1998). Para evaluar estas competencias, se utilizan los ítems del 1 al 11.

La *dimensión de habituación* se define como el proceso que mantiene la vida diaria en patrones de organización (Baron et al., 1998), e incluye competencias como tener una rutina que permita la reducción del estrés, disfrutar de intereses, relajación, tiempo para estar y relajarse con otros o solo; tener hábitos que sean efectivos para completar las tareas necesarias, sentirse contento debido a que la propia rutina le permite hacer lo que uno necesita o quiere hacer; o cumplir con las expectativas que están asociadas a roles particulares (por ejemplo, cumplir con obligaciones como estudiante, trabajador, padre, etc.) (Baron et al., 1998). La habituación se evalúa con los ítems del 12 al 16.

Finalmente, la *dimensión de volición* se refiere al proceso por el cual la persona experimenta, interpreta, anticipa y elige comportamientos ocupacionales (Baron et al., 1998), e incluye competencias como encontrar placer y satisfacción en la ocupación (por ejemplo, estar involucrado y satisfecho con una o más aficiones o pasatiempos, pasando tiempo con amigos, participando en deportes); sostener el esfuerzo para lograr las cosas que uno desea o planifica; tener la libertad y confianza para elegir y hacer de acuerdo a lo que uno cree; o tener objetivos realistas y ser capaz de lograrlos (Baron et al., 1998). La volición se evalúa mediante los ítems 17 a 21.

En todos los casos, los ítems de competencia tienen una escala de respuesta tipo Likert que oscila de 1 - hacer esto es un gran problema, a 4 – esto lo hago sumamente bien.

La segunda parte de la OSA o *subescala de valores*, incluye las mismas afirmaciones acerca de uno mismo, pero en este caso el sujeto responde señalando el valor que asigna a cada ítem, es decir, permite evaluar aquellas competencias que son importantes y significativas para el paciente. Estos valores se dividen, como ya ocurría con la subescala de competencias, en dos secciones: una es el relato de uno mismo (llamado *mí mismo*) y la otra el relato del ambiente personal (llamado *mi ambiente*) (Baron et al., 1998). De estas dos secciones, se utilizó, de nuevo, la primera sección, *mí mismo*, que incluyó tres tipos de valores, de nuevo idénticos a las competencias previamente evaluadas: de desempeño, de habituación y de volición.

Los ítems de la subescala de valores, que en su enunciado coinciden con los de la subescala de competencias, tienen una escala de respuesta tipo Likert, que en este caso oscila de 1 - esto no es tan importante para mí, a 4 – esto es sumamente importante para mí.

Además, la OSA incluye una tercera parte, cuando su objetivo es el tratamiento de los sujetos, en la que los ítems se vuelven a administrar y los pacientes señalan o escogen las áreas que desearían cambiar o modificar (Baron et al., 1998). En este caso, se incluyen los mismos ítems, con la misma estructura, pero en este caso los sujetos responden a la siguiente consigna: “*Elija cuatro aspectos de usted mismo que le gustaría cambiar*”. De nuevo, se aplicaron los ítems relativos a la sección de competencias.

En la Figura 2 puede verse un esquema de las partes, secciones, subescalas y dimensiones que conforman la OSA, señalándose en azul aquellas que se han utilizado en el presente estudio.

Figura 2. Estructura de la Escala de Autoevaluación Ocupacional (OSA; Baron et al., 1998).



Fuente: Elaboración propia.

Notas: En azul, aquellas partes de la Escala OSA que se han aplicado en la presente investigación.

En lo referente a la aplicación de la escala en investigaciones previas, en el estudio original en el que se presenta la versión 2.2. de la escala, junto con su traducción en español, los autores no llevan a cabo la implementación de la escala, por lo que tampoco se aportan evidencias relativas a la fiabilidad y validez del instrumento. Posteriormente, sin embargo, sí se han estudiado las propiedades psicométricas de esta.

Por ejemplo, en el estudio de Kielhofner et al. (2009), se evaluaron las propiedades de la OSA utilizando la Teoría de la Respuesta al Ítem. En este estudio, los autores encontraron evidencia de la unidimensionalidad de cada una de las tres subescalas: competencias, valores y mejoras.

En el trabajo de Kielhofner et al. (2010) se estudió la estabilidad temporal de las subescalas de competencias y valores, obteniendo evidencia a favor de esta.

En cuanto a la estructura factorial de la escala, esta se ha estudiado en distintas traducciones. Por ejemplo, Asgari y Kramer (2008) obtuvieron evidencia para la versión persa de la OSA de una estructura de segundo orden, en la que tres factores de primer orden (desempeño, habituación y volición) explicaban los ítems, y estos tres factores eran a su vez explicados por un factor de segundo orden (competencia y valores). Más recientemente, Pekçetin et al. (2018) han obtenido evidencia de una estructura factorial de dos factores correlacionados para la versión turca de la OSA: un primer factor de competencias, que explicaba todos los ítems de las dimensiones incluidas, y un segundo factor de volición, que de nuevo explicaba todos los ítems de las dimensiones. Por su parte, Pan et al. (2020) han probado cuatro modelos unidimensionales para cada una de las partes de la versión china OSA, incluyendo: desempeño, habituación, volición y ambiente. En los cuatro casos los ajustes fueron adecuados (Pan et al., 2020).

Cuando se ha estudiado la validez externa de la escala, la evidencia apunta a correlaciones con otros instrumentos que miden el mismo constructo. Por ejemplo, en la investigación de Stuber y Nelson (2010), se encontraron relaciones positivas y de tamaño medio entre la OSA y la Medida Canadiense de Desempeño Ocupacional (*Canadian Occupational Performance Measure*, COPM; Law et al., 2005) y la Evaluación de Objetivos Auto-Identificados de Melville–Nelson (*Melville–Nelson Self-Identified Goals Assessment*, SIGA; Melville et al., 2002), utilizando ambos instrumentos como medidas unidimensionales.

8.5.3. Percepción subjetiva de recuperación

La percepción subjetiva de recuperación se evaluó utilizando la Escala de Evaluación de la Recuperación de Maryland (*Maryland Assessment Recovery Scale*, MARS; Drapalski et al., 2012).

Se trata de un instrumento autoadministrado de 25 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos donde 1 es nada en absoluto y 5 es mucho.

Esta escala ha sido específicamente diseñada para evaluar el estado de recuperación de las personas con TMG.

En el estudio de desarrollo de la escala, Drapalski et al. (2012) encontraron evidencia de una estructura unidimensional, en la que un único factor de percepción subjetiva de recuperación explicaba los 25 ítems de la escala. La evidencia de fiabilidad en este estudio fue excelente (alfa de Cronbach = .95).

En estudios posteriores (Drapalski et al., 2016), la MARS ha seguido ofreciendo evidencia de una estructura unidimensional, excelentes estimaciones de fiabilidad y validez convergente, con correlaciones de tamaño medio-grande con otros instrumentos, como el Índice de Esperanza de Herth (*Herth Hope Index*, HHI; Herth, 1992), la Escala de Empoderamiento de Rogers (*Rogers Empowerment Scale*; Rogers et al., 1997), la Escala de Auto-Eficacia General de Sherer (*Sherer's General Self-Efficacy Scale*, GSES; Sherer et al., 1982) o el Inventario de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (*Internalized Stigma of Mental Illness Inventory*, ISMI; Ritscher et al., 2003).

Además, la escala ha sido utilizada con adecuados resultados en adolescentes (McCredie et al., 2017).

La escala fue traducida al español con el procedimiento de *forward-backward translation* (traducción hacia delante y hacia atrás), siguiendo la metodología propuesta por Wild et al. (2005).

Capítulo 9. Análisis de datos

En este capítulo se detallan los análisis de datos empleados para dar respuesta a los objetivos de la investigación. Para mayor claridad, el capítulo se ha organizado en apartados que siguen cada uno de los objetivos previamente descritos. Para llevar a cabo tales análisis de datos, se utilizaron dos paquetes estadísticos: SPSS, en su versión 26.0 (IBM, 2019), y Mplus, en su versión 8 (Muthén y Muthén, 2017).

9.1. Análisis de datos para conocer las características sociodemográficas de las personas con TMG participantes en el estudio

Los análisis de datos llevados a cabo para conocer las características sociodemográficas de las personas con TMG participantes en el estudio incluyeron análisis de datos descriptivos. Específicamente, se calcularon, tanto para el grupo la Liga como para el grupo control, frecuencias absolutas y

porcentajes para las variables cualitativas (género, tipo de estudios, tipos de trabajo, estado civil, tipo de convivencia) y, para las variables cuantitativas (edad, años trabajados), se calcularon medias, desviaciones típicas, puntuaciones mínimas y máximas.

9.2. Análisis de datos para conocer el perfil clínico de las participantes con TMG

Para la descripción del perfil clínico de los participantes se emplearon, nuevamente, análisis descriptivos. Específicamente, y como en el caso anterior, se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas, que en este caso incluyeron diagnóstico principal y tipo de dispositivo, y para las semicuantitativas (número de hospitalizaciones); y se calcularon medias, desviaciones típicas, puntuaciones mínimas y máximas para las variables cuantitativas, que en este caso fueron: número de años de tratamiento, tiempo de tratamiento farmacológico, número de años en los distintos dispositivos (actual y previos).

9.3. Análisis de datos para describir las actividades de ocupación, ocio y tiempo libre que desarrollan las personas con TMG participantes en el estudio

De nuevo, con el objetivo de describir las actividades de ocupación, ocio y tiempo libre que desarrollan las personas con TMG participantes en el estudio, se utilizaron los estadísticos descriptivos anteriormente mencionados. En el caso de las variables cualitativas, estas incluyeron: tipo de programas en los que participan y tipo de actividades de ocio que realizan. En el caso de las variables cuantitativas, se calculó la variable “*suma de participación en otros programas*”, sumando las respuestas de participación en los siete programas previamente evaluados. De la misma manera, se calculó la variable cuantitativa “suma de actividades de ocio y

tiempo libre”, a partir de la suma de las respuestas a los cuatro indicadores o tipos de actividades de ocio y tiempo libre evaluadas.

9.4. Análisis de datos para describir el perfil de los participantes en el la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM

Tal y como ocurre con los análisis anteriores, de nuevo con el objetivo de describir el perfil de los participantes en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM, se emplearon análisis estadísticos descriptivos. De nuevo, porcentajes y frecuencias absolutas para las variables cualitativas, como la ubicación del recinto en el que se entrenaba, la forma de informarse sobre la hora, día de los partidos y clasificaciones, y la forma de informarse sobre las noticias o actualidad de la Liga; y medias, desviaciones típicas, puntuaciones mínimas y máximas para las variables cuantitativas: tiempo de participación en la Liga y horas de entrenamiento semanales.

9.5. Análisis de datos para estudiar las propiedades psicométricas de la Escala de *Insight* Cognitivo de Beck (EICB; Beck et al., 2004) y los niveles de *insight* cognitivo

Para estudiar las propiedades psicométricas de la EICB, así como para estudiar las propiedades de la OSA y la MARS, se estimaron y pusieron a prueba modelos de ecuaciones estructurales, específicamente, análisis factoriales confirmatorios.

El análisis factorial confirmatorio (en adelante, AFC) permite probar la estructura de medida propuesta para determinada escala, y es adecuado para cuando se estudian constructos o conceptos hipotéticos o latentes (esto es, cuando los constructos no pueden medirse directamente, sino que ha de hacerse a partir de indicadores observables o ítems). Esto es, el AFC es un procedimiento que permite investigar las relaciones entre conjuntos de variables observables y latentes (Byrne, 2012), y es el método recomendado cuando el investigador tiene

algún conocimiento teórico y/o empírico sobre las relaciones entre estas variables (International Test Commission, 2017).

De esta forma, el primer paso para probar un AFC es hipotetizar la estructura a estimar, siendo para ello necesario determinar las relaciones que se establecerán entre las variables observables y latentes, y que el modelo esté identificado.

Una vez hipotetizado el modelo, solo cabe estimarlo y evaluar su ajuste, esto es: la adecuación o plausibilidad del modelo para los datos concretos. En esta investigación, se utilizaron diversos criterios para evaluar el ajuste general de los datos. En primer lugar, el estadístico chi cuadrado (χ^2), el índice de ajuste original de los modelos de ecuaciones estructurales (Wang y Wang, 2019). Este estadístico analiza la discrepancia entre las matrices de varianzas y de covarianzas de la muestra y las del modelo estimado. Un resultado estadísticamente no significativo indica la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre la matriz de los datos y la del modelo (Kline, 2015). Sin embargo, se trata de un estadístico que cuenta con diversas limitaciones (sensibilidad al tamaño muestral, al tamaño de las correlaciones, a la asunción de normalidad multivariada, etc.) (Wang y Wang, 2019).

Adicionalmente, se utilizaron tres índices adicionales: el índice de ajuste comparativo (*comparative fit index*, CFI), la raíz cuadrada media residual estandarizada (*standardized root mean square residual*, SRMR) y la raíz cuadrada de la media del error de aproximación (*root mean square error of approximation*, RMSEA). El CFI es un índice de ajuste incremental, que evalúa la medida en que el modelo evaluado es superior al modelo nulo, en el que se asumen covarianzas iguales a cero entre las variables observables (Chen, 2007). El CFI puede tomar valores entre 0 y 1, con mayores valores indicando buen ajuste. Se considera que el CFI es aceptable si los valores son superiores a 0,90, idealmente 0,95 (Hu y Bentler, 1999). El SRMR y el RMSEA, por su parte, son índices de residuos, de manera que representan la varianza no explicada por el modelo. De esta forma, los residuos cercanos a 0, implican valores de SRMR y RMSEA menores y, por tanto, mejor ajuste del modelo. Específicamente, valores menores de .08 e, idealmente, menores de .06, indican un buen ajuste del modelo (Hu y Bentler, 1999).

Adicionalmente, la evaluación de un AFC suele incluir también el ajuste analítico. En este caso, se estudiaron las saturaciones factoriales estandarizadas de los ítems, interpretando como ítems adecuados aquellos cuyas saturaciones factoriales igualasen o superasen el .03.

En el caso de la EICB, se pusieron a prueba dos modelos AFCs. Un primero en el que se hipotetizó una estructura de dos factores correlacionados: auto-reflexión, que explicaba los ítems 1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14 y 15, y auto-certeza, que explicaba los ítems 2, 7, 9, 10 y 11. Dado que el modelo no ajustó a los datos de este estudio, encontrándose un mal ajuste general y problemas de ajuste analítico con los ítems 7, 12 y 13, se procedió a estimar y evaluar un segundo modelo, con la misma estructura teórica, pero eliminando los ítems que no habían mostrado un buen funcionamiento.

Adicionalmente, el estudio de las propiedades psicométricas de los instrumentos incluyó, tanto para la EICB, como para el resto de instrumentos de medida utilizados, estimaciones de fiabilidad. Para estudiar la fiabilidad de las medidas se calcularon estimaciones de consistencia interna, en concreto, alfa de Cronbach y omega. El alfa es el índice de fiabilidad más ampliamente utilizado y conocido por la comunidad científica para evaluar la fiabilidad de tests y escalas, con valores de ,70 a ,79 considerados moderados y de ,80 o superiores interpretados como alta fiabilidad (Cicchetti, 1994; Clark y Watson, 2016). Para la interpretación del omega, se utilizaron los mismos puntos de corte.

Los resultados relativos a la estructura interna y la fiabilidad de la escala se muestran en el Capítulo 12.

Una vez recogida evidencia del adecuado funcionamiento de la escala, se calcularon estadísticos descriptivos para los factores de *insight* cognitivo medidos por la escala, tanto en el total de la muestra, como en los distintos grupos. Estos estadísticos incluyeron medias, desviaciones típicas, puntuaciones mínimas y máximas, asimetría y curtosis. Los resultados se muestran en el Capítulo 13.

9.6. Análisis de datos para estudiar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoevaluación Ocupacional (OSA; Baron et al., 1998) y los niveles de autoevaluación ocupacional

En el caso de la Escala de Autoevaluación Ocupacional, se pusieron a prueba dos análisis factoriales confirmatorios, uno para los 21 ítems de la primera sección de “Mí mismo”, en su paso 1, sobre las competencias de los participantes; y otro para los 21 ítems de la primera sección de “Mí mismo”, en su paso 2, sobre los valores de los participantes. Ambos AFCs incluyeron la misma estructura de tres factores correlacionados: 1) habilidades/desempeño ocupacional, que explicaba los ítems del 1 al 11; 2) habituación, que explicaba los ítems del 12 al 16; y 3) volición, que explicaba los ítems 17 a 21. El primero de ellos se probó con los ítems de competencia, y el segundo con los ítems de valores.

En ambos casos, los modelos se evaluaron con el estadístico chi cuadrado y los índices CFI, SRMR y RMSEA, ya explicados anteriormente. Además, se evaluó también el ajuste analítico, estudiándose las saturaciones factoriales estandarizadas.

Adicionalmente, se calcularon estimaciones de consistencia interna: alfa de Cronbach y omega. De nuevo, se interpretaron con los puntos de corte ya explicados.

Los resultados relativos a la estructura interna y la fiabilidad de la escala se muestran en el Capítulo 12.

Una vez recogida evidencia del adecuado funcionamiento de la escala, se calcularon estadísticos descriptivos para los factores de autoevaluación ocupacional medidos por la escala, tanto en el total de la muestra, como en los distintos grupos. Estos estadísticos incluyeron medias, desviaciones típicas, puntuaciones mínimas y máximas, asimetría y curtosis.

Finalmente, y dado que la OSA incluye preguntas de tipo cualitativo (áreas que a los participantes les gustaría cambiar), se calcularon distribuciones de frecuencias

y porcentajes para el número de participantes que había identificado cada uno de los ítems de cada dimensión como área que le gustaría cambiar.

Los resultados se muestran en el Capítulo 13.

9.7. Análisis de datos para estudiar las propiedades psicométricas de la Evaluación de la Recuperación de Maryland (Drapalski et al., 2012) y los niveles de recuperación

En el caso de la Evaluación de la Recuperación de Maryland, se puso a prueba un AFC, que hipotetizaba una estructura unidimensional, en la que un único factor de recuperación explicaba los 25 ítems de la escala. Como antes, el modelo se evaluó con el estadístico chi cuadrado y los índices CFI, SRMR y RMSEA, ya explicados anteriormente. Además, se evaluó también el ajuste analítico, estudiándose las saturaciones factoriales estandarizadas. Adicionalmente, se calcularon estimaciones de consistencia interna: alfa de Cronbach y omega. De nuevo, se interpretaron con los puntos de corte ya explicados.

Los resultados relativos a la estructura interna y la fiabilidad de la escala se muestran en el Capítulo 12.

Una vez recogida evidencia del adecuado funcionamiento de la escala, se calcularon estadísticos descriptivos para el factor de recuperación medido por la escala, tanto en el total de la muestra, como en los distintos grupos. Estos estadísticos incluyeron media, desviación típica, puntuación mínima y máxima, asimetría y curtosis. Los resultados se muestran en el Capítulo 13.

9.8. Análisis de datos para estudiar el impacto de participar en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM sobre los niveles de *insight* cognitivo

Previo a los análisis para estudiar el impacto de participar en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM sobre los niveles de *insight* cognitivo, la autoevaluación ocupacional o la recuperación, se realizaron diversas pruebas estadísticas en aras a comprobar la equivalencia o similitud de dichos grupos. En el caso de las variables cualitativas, como el género, el tipo de estudios, el estado civil, el grupo de convivencia, el tipo de diagnóstico principal y el tipo de dispositivo, se realizaron pruebas chi cuadrado en la que se compararon las distribuciones de los participantes en ambos grupos, grupo la Liga y el grupo control, en cada una de estas variables cualitativas.

En cuanto a la comparación de los grupos en función de variables cuantitativas, como la edad, los años trabajados, tiempo medio de tratamiento, años medios de tratamiento farmacológico, tiempo en el dispositivo, número de programas en los que participaban y número de actividades de ocio y tiempo libre, se utilizaron pruebas *t* de comparación de medias independientes para comparar los valores de los sujetos de ambos grupos.

Finalmente, en el caso de la variable semicuantitativa número de hospitalizaciones, se calculó una U de Mann-Whitney para comparar las puntuaciones de los grupos.

Los resultados de estos análisis pueden consultarse en el apartado 14.1. del Capítulo 14.

Una vez establecida la comparabilidad de los grupos, se llevaron a cabo distintos análisis para estudiar las diferencias entre grupos en las variables objeto de estudio: *insight* cognitivo, la autoevaluación ocupacional y percepción subjetiva de recuperación. Dado que, tal y como se mostrará en el apartado 14.1, los grupos fueron equivalentes en las diferentes variables estudiadas, excepto por su media de edad y la media de actividades de ocio y tiempo libre que realizaban, los análisis incluyeron la edad y la media de actividades de ocio y tiempo libre como

covariables, para poder controlar por un posible efecto de estas sobre las dimensiones mencionadas.

En primer lugar, y para estudiar el efecto del grupo sobre las dimensiones del *insight* cognitivo, se llevaron a cabo dos análisis de covarianza (ANCOVAs).

El ANCOVA es un modelo lineal general con una variable cuantitativa y uno o más factores (cualitativos). El ANCOVA es una técnica de análisis estadístico que fusiona el ANOVA y la regresión lineal múltiple, pues permite eliminar la heterogeneidad causada en la variable dependiente (en este caso, una de las dimensiones del *insight* cognitivo) por la influencia de una o más variables cuantitativas o covariables (en este caso, la edad y las actividades de ocio y tiempo libre), de forma que se pueda estudiar el efecto del factor o factores (en este caso, el factor grupo).

En todos los casos, este tipo de análisis estadístico ofrece resultados estadísticos que siguen una distribución F. En el caso que nos ocupa, específicamente se dan valores y la significación estadística asociada a tres efectos: el del grupo (factor), el de la edad (covariable) y el de las actividades de ocio y tiempo libre (covariable). Sin embargo, de estos el que para nuestro menester resulta relevante es únicamente el primero, el asociado al grupo, dado que estudiar tal efecto es el objetivo de la investigación que nos ocupa.

Se calculó, junto el valor del estadístico F y la significación asociada, una estimación del tamaño del efecto, específicamente, la eta cuadrado parcial. La eta cuadrado parcial mide, grosso modo, la proporción de varianza explicada por una variable (en nuestro caso, grupo) de otra variable (la dependiente), dada de la varianza total restante después de tener en cuenta la varianza explicada por otras variables en el modelo (las covariables). Suele considerarse una eta cuadrado parcial de valores a en torno a 0,01 como indicadora de un efecto de pequeño tamaño, una de valores en torno a 0,06 indicadora de un efecto de tamaño medio,

y una eta cuadrado parcial de valores de 0,14 o superiores como un tamaño del efecto grande (Cohen, 1988).

Así pues, y para estudiar las diferencias en *insight* cognitivo entre grupos, un primer ANCOVA incluyó, como variable independiente, el grupo; como covariables, la edad y las actividades de ocio y tiempo libre que realizaban los participantes; y como variable dependiente, la auto-reflexión. Un segundo ANCOVA incluyó, como variable independiente, el grupo; como covariables, la edad y las actividades de ocio y tiempo libre que realizaban los participantes; y como variable dependiente, en este caso, la auto-certeza.

Estos análisis sirvieron para alcanzar el Objetivo 8 de la presente investigación *“Analizar el impacto de participar en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM sobre los niveles de insight cognitivo, comparando los niveles de insight entre los sujetos que participan en ella y aquellos que no”*, así como para poner a prueba la Hipótesis 1: *“Participar en la ocupación deportiva de futbol, específicamente en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM, influirá positivamente sobre los niveles de insight cognitivo de las personas con TMG. De manera que el grupo de participantes de la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM mostrará mayores niveles de insight cognitivo que el grupo de sujetos que no participan en ella”*. Los resultados de estos análisis estadísticos pueden consultarse en el apartado 14.2.1 del Capítulo 14.

9.9. Análisis de datos para estudiar el impacto de participar en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM sobre los niveles de autoevaluación ocupacional

Para estudiar las diferencias en autoevaluación ocupacional entre grupos se empleó la misma técnica de análisis. Se mantuvieron las mismas covariables y el mismo factor, cambiando en cada caso la variable dependiente. En lo que se refiere al estudio del impacto de la Liga sobre las dimensiones de la subescala de competencias, se llevaron a cabo tres ANCOVAs en los que las variables dependientes empleadas fueron el desempeño, la habituación y la volición de la

subescala de competencias. Para estudiar las diferencias entre grupos en las dimensiones de la subescala de valores de la MARS, de nuevo tres ANCOVAs fueron calculados, en cada uno de ellos siendo las variables dependientes el desempeño, la habituación y la volición de la subescala de valores, respectivamente.

Los valores de F se interpretaron de acuerdo a la distribución F, tomándose en cuenta la significación estadística asociada; y los valores de eta cuadrado parcial, con los puntos de corte propuestos por Cohen (1988), ya citados arriba.

Por su parte, estos análisis sirvieron para alcanzar el Objetivo 9 de la presente investigación *“Analizar el impacto de participar en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM sobre los niveles de autoevaluación ocupacional, comparando los niveles de autoevaluación ocupacional entre los sujetos que participan en la liga de aquellos que no participan”*, así como para poner a prueba la Hipótesis 2: *“Participar en la ocupación deportiva de futbol, específicamente en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM, influirá positivamente sobre los niveles de autoevaluación ocupacional de las personas con TMG. De manera que el grupo de participantes de la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM mostrará mayores niveles de autoevaluación ocupacional que el grupo de sujetos que no participan en ella”*. Los resultados de estos análisis estadísticos pueden consultarse en el apartado 14.2.2 del Capítulo 14.

9.10. Análisis de datos para estudiar el impacto de participar en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM sobre los niveles de recuperación

Finalmente, para estudiar las diferencias entre grupos en recuperación, y dada la estructura unidimensional de esta escala, se llevó a cabo un único ANCOVA en el que se estudió el efecto de un factor (grupo) sobre una variable dependiente (recuperación) controlando por el efecto de dos covariables cuantitativas (la edad y las actividades de ocio y tiempo).

Como en los casos anteriores, se puso de relieve la significación estadística asociada a los valores de F resultantes del ANCOVA, especialmente en lo relativo al efecto del grupo, y el tamaño del efecto asociado a este.

Este análisis sirvió para alcanzar el Objetivo 10 de la presente investigación *“Analizar el impacto de participar en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM sobre los niveles de recuperación, comparando los niveles de recuperación entre los sujetos que participan en ella y aquellos que no”*, así como para poner a prueba la Hipótesis 3: *“Participar en la ocupación deportiva de fútbol, específicamente en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM, influirá positivamente sobre los niveles de recuperación de las personas con TMG. De manera que el grupo de participantes de la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM mostrará mayores niveles de recuperación que el grupo de sujetos que no participan en ella”*. Los resultados a este respecto pueden consultarse en el apartado 14.2.3 del Capítulo 14.

Capítulo 10. Consideraciones éticas

La presente investigación sigue los Principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Mundial de Medicina para la investigación en humanos (World Medical Association, 2013), incluyendo el Principio de la proporcionalidad entre riesgos predecibles y beneficios posibles; el Respeto a los derechos del sujeto, prevaleciendo su interés por sobre los de la ciencia y la sociedad; o el Consentimiento informado y respeto por la libertad del individuo. Específicamente, y en lo que se refiere a Grupos y personas vulnerables, como los participantes de este estudio, se justificó la investigación, dado que la investigación responde a las necesidades o prioridades de este grupo, no pudiéndose realizar en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Además, se cumplió con el Convenio para la Protección de los Derechos del Hombre y de la Dignidad del Ser humano de cara a la aplicación de la Biología y de la Medicina, también conocido como Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, ratificado en España (Instrumento de Ratificación del Convenio

para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, 1997).

También se guardó en todo momento los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, siguiendo con escurpulosidad la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

El Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València informó favorablemente del estudio (véase Anexo IV).

En todo momento, la participación fue consentida, voluntaria y anónima. El consentimiento informado utilizado a tal fin puede consultarse en el Anexo I. Para la anonimización de los datos personales, se llevó a cabo un proceso de disociación de datos, asignándose un código numérico anónimo a cada usuario, de tal manera que no fuera posible conocer la identidad de los participantes por parte de terceros. El colaborador designado en cada centro fue el responsable de la disociación, de modo que la información recogida en la base de datos no pudo asociarse a persona identificada o identificable.

A cada usuario le correspondió un código numérico que estaba compuesto por dos dígitos iniciales que guardaban relación con la ciudad y o pueblo de recogida de datos, dos dígitos intermedios que hacían referencia al dispositivo específico y tres dígitos finales referidos a cada usuario y producto de un proceso de aleatorización consecutivo. Este código fue el que se recogió en el las encuestas de cada usuario que participó en el estudio.

El equipo investigador (doctorando y directoras) ha custodiado y custodia la información recogida.

PARTE IV. RESULTADOS

Capítulo 11. Resultados descriptivos

En este capítulo se describen las características de los grupos objeto de estudio, el grupo la Liga y el grupo control. Para ello, en primer lugar, se ofrecerán datos relativos a las características sociodemográficas de los grupos, que incluirán la distribución por género, nivel de estudios, tipos de trabajos, estado civil y tipo de convivencia, así como estadísticos de tendencia central y variabilidad relativos a la edad y los años trabajados por los participantes.

En segundo lugar, se describen los perfiles clínicos de los grupos, incluyendo: diagnóstico principal, años de tratamiento, tiempo de tratamiento farmacológico, número de hospitalizaciones, tipo de dispositivo al que acudían/en el que residían los participantes, y número de años en los distintos dispositivos (actual y previos). Como en el primer apartado, se utilizaron distribuciones de frecuencia, porcentajes, estadísticos de tendencia central y variabilidad.

Después, se incluyen estadísticos descriptivos relativos a los programas y actividades que llevan a cabo los participantes, tanto del grupo la Liga como del grupo control. Para ello, se han calculado el número de participantes y el

porcentaje correspondiente que realizaban los distintos programas de ocupación y las distintas actividades de ocio y tiempo libre, tanto para el grupo la Liga como para el grupo control. Adicionalmente, se calculó la media del número total de programas de ocupación y actividades de ocio y tiempo libre que realizaba cada uno de los grupos.

Finalmente, y tan solo en el grupo la Liga, se describirán algunas de las características de la práctica de esta actividad, que incluyen el número de años medio con que realizaban la actividad en el momento de la recogida de datos, la media de horas semanales que entrenaban, la distribución de los participantes y el porcentaje en función del lugar de entrenamiento, la forma de informarse sobre la hora, día de los partidos y clasificaciones, y la forma de informarse de las noticias o actualidad de la Liga.

11.1. Descripción sociodemográfica

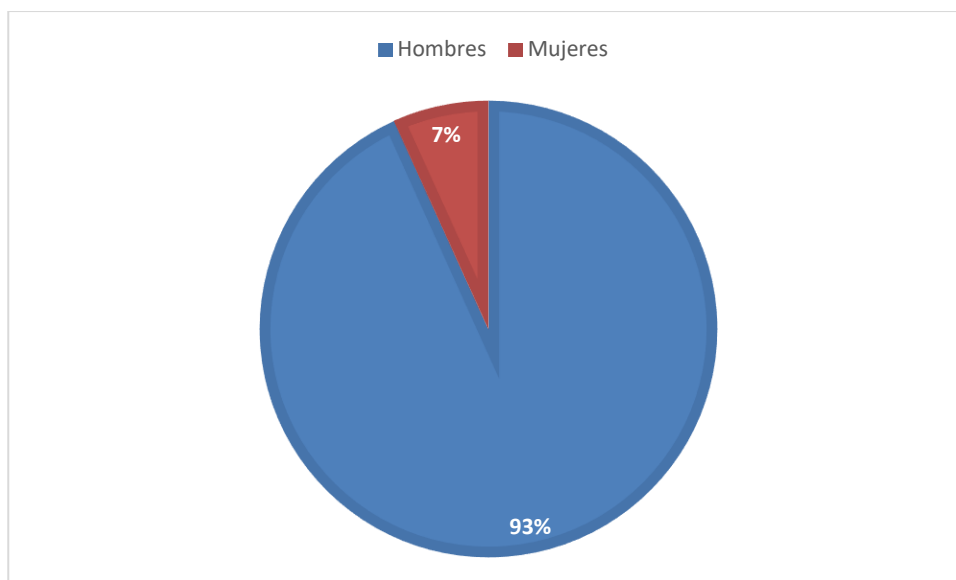
En primer lugar, se estudiaron las características sociodemográficas de los dos grupos objeto de estudio, el grupo experimental o grupo la Liga y el grupo control.

11.1.1. Descripción sociodemográfica del grupo la Liga

El grupo la Liga estuvo formado por un total de 104 sujetos, de los que el 93,3% fueron hombres ($n = 97$) y el 6,7% mujeres ($n = 7$) (véase Figura 3). La media de edad de los participantes fue de 40,85 años ($DT = 9,72$), con una edad mínima de 18 y una edad máxima de 62 años.

Figura 3

Distribución de los participantes en el grupo Liga en función del género



Fuente: Elaboración propia.

En lo que se refiere al tipo de estudios, el 8,7% de los participantes no tenía estudios ($n = 9$), el 37,5% tenían estudios primarios o equivalentes ($n = 39$), el 22,1% estudios secundarios de primer ciclo ($n = 23$), el 23,1% secundarios de segundo ciclo o estudios de enseñanzas profesionales ($n = 24$) y el 7,7% estudios profesionales superiores o universitarios ($n = 8$). Una persona no contestó a esta pregunta. En la Figura 4 puede verse esta información representada gráficamente.

Figura 4

Distribución de los participantes en el grupo Liga en función del tipo de estudios



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los años trabajados, la media fue de 8,63 (DT = 8,16), con un mínimo de 0 años y un máximo de 36. Los tipos de trabajos más habituales referidos por los participantes incluyeron ocupaciones elementales (n = 25), trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados (n = 20), oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios (n = 14) y agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros (n = 13). En la Tabla 3 puede observarse el detalle de la variable.

Tabla 3

Distribución de los participantes del grupo la Liga en función del tipo de trabajo

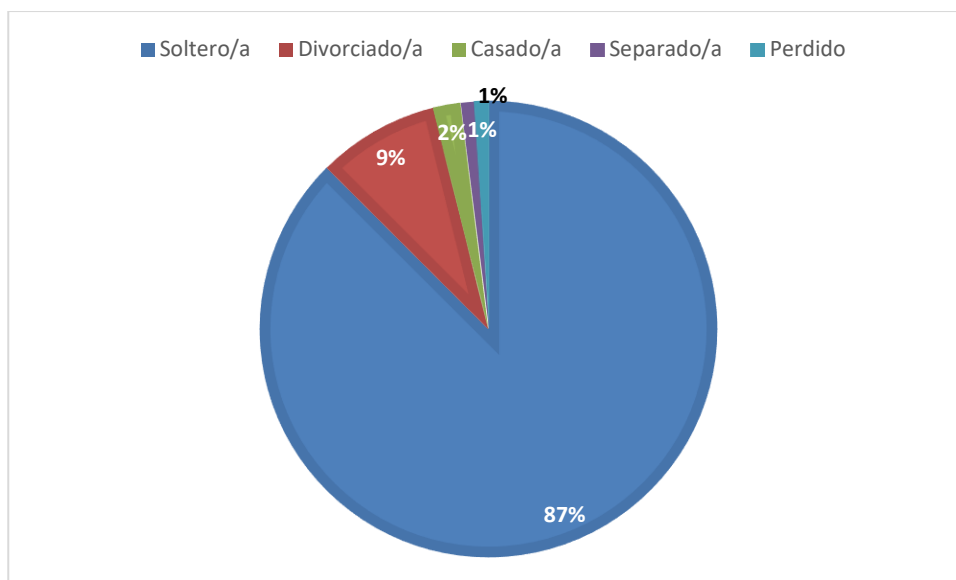
Tipo de trabajo	N	%
Directores y gerentes	1	1,0
Profesionales científicos e intelectuales	2	1,9
Técnicos y profesionales de nivel medio	4	3,8
Personal de apoyo administrativo	3	2,9
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	20	19,2
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros	13	12,5
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	14	13,5
Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	4	3,8
Ocupaciones elementales	25	24,0
Ocupaciones militares	2	1,9
Perdidos	16	15,4
Total	104	100%

Fuente: Elaboración propia.

En lo referente al estado civil, la mayoría (87,5%) estaban solteros (n = 91), un 8,7% divorciados (n = 9), el 1,9% estaban casadas (n = 2) y una persona estaba separada (1%). Hubo una persona que no respondió a la pregunta. La información se recoge en la Figura 5.

Figura 5

Distribución de los participantes en el grupo Liga en función del estado civil

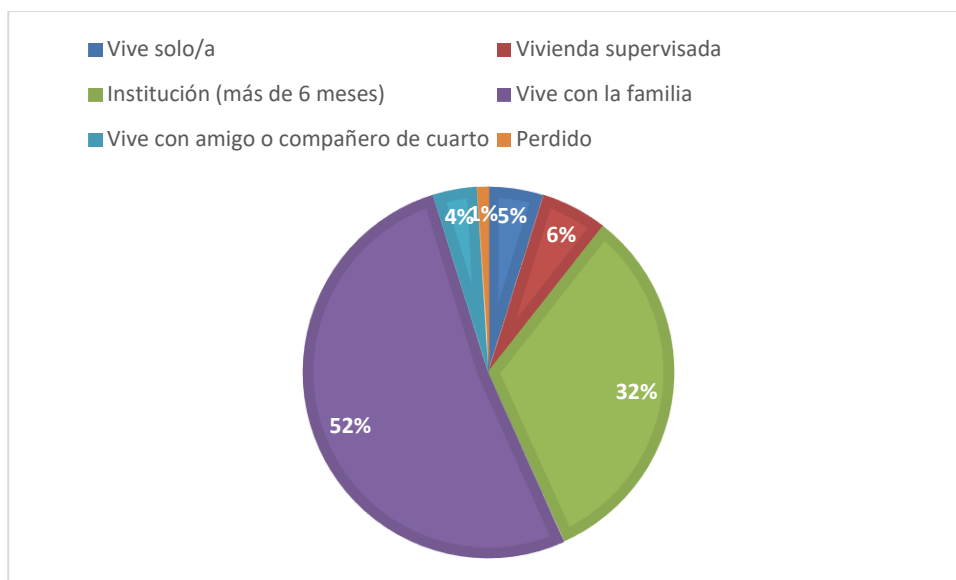


Fuente: Elaboración propia.

También se preguntó a los participantes por el tipo de convivencia. Los resultados apuntaron que el 51,9% vivía con la familia ($n = 54$), el 32,7% en institución (más de 6 meses) ($n = 34$), el 5,8% en vivienda supervisada ($n = 6$), el 4,8% solos ($n = 5$) y el 3,8% con amigos o compañeros de cuarto ($n = 4$). Una persona no respondió a la pregunta. Esta información se ha representado gráficamente en la Figura 6.

Figura 6

Distribución de los participantes en el grupo Liga en función del tipo de convivencia



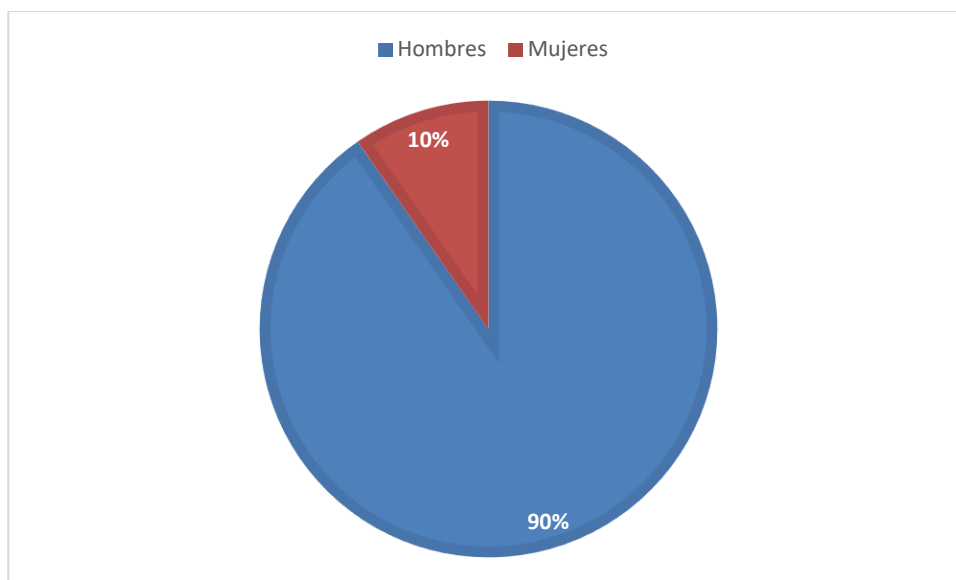
Fuente: Elaboración propia.

11.1.2. Descripción sociodemográfica del grupo control

El grupo control estuvo formado por un total de 93 sujetos, de los que el 90,3% fueron hombres ($n = 84$) y el 9,7% mujeres ($n = 9$) (véase Figura 7). La media de edad de los participantes fue de 46,10 años ($DT = 9,68$), con una edad mínima de 19 y una edad máxima de 70 años.

Figura 7

Distribución de los participantes en el grupo control en función del género

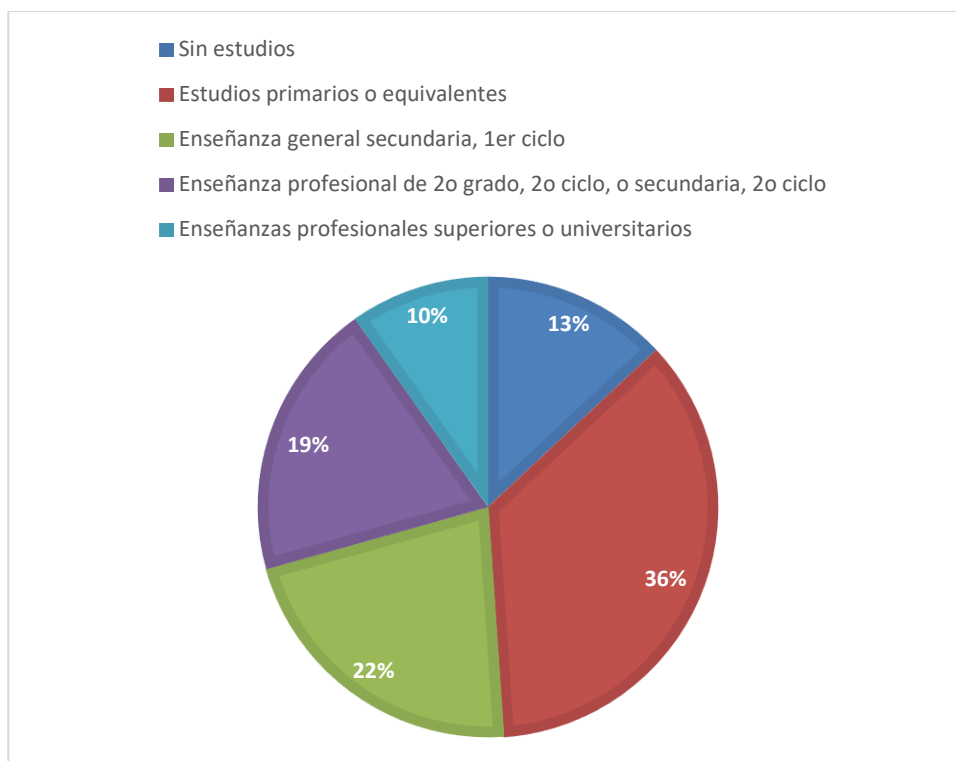


Fuente: Elaboración propia.

En lo que se refiere al tipo de estudios, el 12,9% de los participantes no tenía estudios ($n = 12$), el 35,5% tenían estudios primarios o equivalentes ($n = 33$), el 21,5% estudios secundarios de primer ciclo ($n = 20$), el 19,4% secundarios de segundo ciclo o estudios de enseñanzas profesionales ($n = 18$) y el 9,7% estudios profesionales superiores o universitarios ($n = 9$). Una persona no contestó a esta pregunta. La representación gráfica de la información puede verse en la Figura 8.

Figura 8

Distribución de los participantes en el grupo control en función del tipo de estudios



Fuente: Elaboración propia.

En lo que se refiere a los años trabajados, la media fue de 10,47 (DT = 8,71), con un mínimo de 0 años y un máximo de 35. Los tipos de trabajos más habituales referidos por los participantes incluyeron ocupaciones elementales (n = 21), oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios (n = 19), trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados (n = 15), agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros (n = 10) y técnicos y profesionales de nivel medio (n = 9). En la Tabla 4 puede observarse el detalle de la variable.

Tabla 4

Distribución de los participantes del grupo control en función del tipo de trabajo

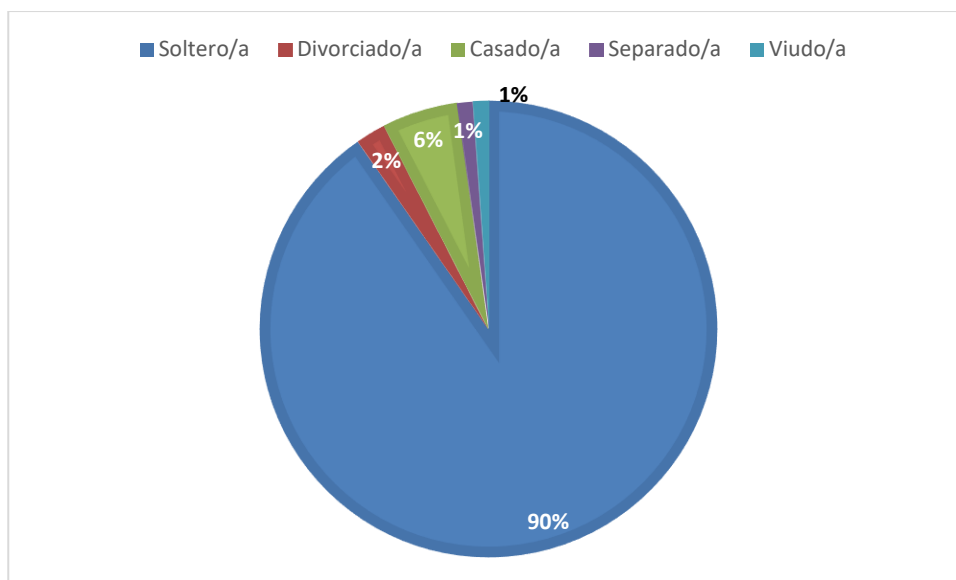
Tipo de trabajo	N	%
Directores y gerentes	1	1,1
Profesionales científicos e intelectuales	1	1,1
Técnicos y profesionales de nivel medio	9	9,7
Personal de apoyo administrativo	5	5,4
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	15	16,1
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros	10	10,8
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	19	20,4
Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	5	5,4
Ocupaciones elementales	21	22,6
Perdidos	7	7,5
Total	93	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al estado civil, el 90,3% estaba soltero (n = 84), el 5,4% divorciado (n = 5), el 2,2% casado (n = 2), una persona estaba separada y otra era viuda. La información puede verse graficada en la Figura 9.

Figura 9

Distribución de los participantes en el grupo control en función del estado civil

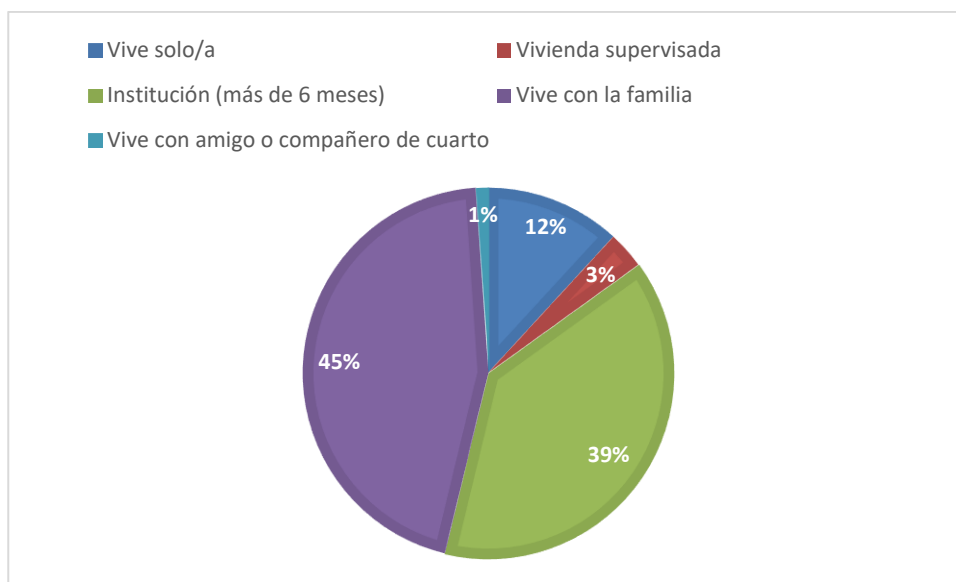


Fuente: Elaboración propia.

En función del tipo de convivencia, el 45,2% vivía con la familia ($n = 42$), el 38,7% en institución (más de 6 meses), el 11,8% solos ($n = 11$), el 3,2% en viviendas supervisadas ($n = 3$) y una persona vivía con un amigo o compañero de cuarto. Esta información puede verse representada gráficamente en la Figura 10.

Figura 10

Distribución de los participantes en el grupo control en función del tipo de convivencia



Fuente: Elaboración propia.

11.2. Descripción del perfil clínico

En primer lugar, se estudió el diagnóstico principal de los participantes en la Liga. Para ello, se utilizó el principal diagnóstico clínico que habían recibido los participantes, encontrándose hasta 28 diagnósticos distintos, que pueden consultarse en la Tabla 5.

Tabla 5

Distribución de los participantes del grupo la Liga en función del diagnóstico principal (recogido de la historia clínica de los participantes y realizados por los clínicos acreditados para ello)

Diagnóstico	N
Depresión	1
Depresión crónica	2
Discapacidad intelectual	1
Esquizofrenia	14
Esquizofrenia hebefrénica	2
Esquizofrenia indiferenciada	5
Esquizofrenia paranoide	35
Esquizofrenia residual	3
Patología dual	1
Psicosis	1
Psicosis tóxica	1
Retraso mental	1
Retraso mental leve	1
Retraso mental ligero	1
Retraso mental moderado	2
Síndrome de Williams	1
Trastorno bipolar	4
Trastorno bipolar de etiología no filiada	1
Trastorno bipolar I	1
Trastorno compulsivo y de personalidad	1
Trastorno de personalidad	3

Tabla 5

Distribución de los participantes del grupo la Liga en función del diagnóstico principal (recogido de la historia clínica de los participantes y realizados por los clínicos acreditados para ello) (continuación)

Diagnóstico	N
Trastorno de personalidad inespecífico	1
Trastorno esquizoafectivo	3
Trastorno límite de la personalidad	3
Trastorno mental por psicosis no filiada	1
Trastorno obsesivo compulsivo	2
Trastorno psicótico	1
Trastorno psicótico indiferenciado/sin especificar	2

Fuente: Elaboración propia.

De la misma manera, cuando se estudió la presencia de estos diagnósticos en el grupo control, también se encontró una amplia diversidad de diagnósticos, tal y como puede verse en la Tabla 6.

Tabla 6

Distribución de los participantes del grupo control en función del diagnóstico principal (recogido de la historia clínica de los participantes y realizados por los clínicos acreditados para ello)

Diagnóstico	N
Cuadro psicótico no específico	1
Esquizofrenia	16
Esquizofrenia desorganizada	2
Esquizofrenia indiferenciada	2
Esquizofrenia paranoide	33
Esquizofrenia paranoide no activa	1
Esquizofrenia residual	3
Esquizofrenia simple	3
Patología dual	1
Retraso mental	2
Retraso mental leve	1
Retraso mental moderado	1
Síndrome de Asperguer	1
Síndrome orgánico de personalidad	1
Trastorno del espectro autista	1
Trastorno bipolar	4
Trastorno bipolar esquizoafectivo	1
Trastorno de personalidad	2
Trastorno esquizoafectivo	1
Trastorno límite de la personalidad	4

Tabla 6

Distribución de los participantes del grupo control en función del diagnóstico principal (recogido de la historia clínica de los participantes y realizados por los clínicos acreditados para ello) (continuación)

Diagnóstico	N
Trastorno mental por psicosis	1
Trastorno obsesivo compulsivo	2
Trastorno psicótico	1

Fuente: Elaboración propia.

De esta forma, y para mayor facilidad en el tratamiento estadístico de las variables, se recodificó el diagnóstico principal en las siguientes categorías: trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo o de desregulación emocional, trastorno de personalidad y otros, en cuya categoría se incluyeron: el retraso mental (excepto el trastorno mental grave), síndrome de Williams y trastornos del espectro autista. Con esta recodificación, y tal y como puede verse en la Tabla 7, la mayoría de los participantes, tanto en el grupo la Liga como en el grupo control, tenían como principal diagnóstico un trastorno psicótico, seguidos por similar presencia de trastornos del estado de ánimo/de desregulación emocional, trastornos de personalidad y otros trastornos.

En cuanto a los años de tratamiento, el grupo la Liga llevaba en tratamiento una media de 18,17 años (DT = 9,26), siendo el mínimo de 2 años y el máximo de 39. El grupo control, por su parte, llevaba en tratamiento una media de 20,14 años (DT = 10,39), con un mínimo de 3 años y un máximo de 45.

De la misma forma, también se preguntó por el tiempo de tratamiento farmacológico que habían recibido los sujetos. El grupo la Liga llevaba en tratamiento farmacológico una media de 17,38 años (DT = 8,99), siendo el mínimo de 2 años y el máximo de 39. El grupo control, por su parte, llevaba en tratamiento una media de 19,98 años (DT = 10,38), con un mínimo de 3 años y un máximo de 45.

Tabla 7

Distribución de los participantes en función del grupo y el diagnóstico principal

		Diagnóstico principal				Total
		Trastorno psicótico	Trastorno del estado de ánimo/de desregulación emocional	Trastorno de personalidad	Otros	
Grupo	Control	66	6	7	6	85
	La Liga	70	11	8	6	95
Total		136	17	15	12	180

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al número de hospitalizaciones, en el grupo la Liga 25 personas habían sufrido entre dos y cinco hospitalizaciones, 22 solo una, 18 ninguna, y solo 13 habían sufrido 6 o más hospitalizaciones. En el grupo control, 24 habían sufrido entre 2 y 5 hospitalizaciones, 20 seis o más, 19 ninguna, y 18 solo una. El detalle puede verse en la Tabla 8.

Tabla 8

Distribución de los participantes en función del grupo y el número de hospitalizaciones

		Número de hospitalizaciones				Total
		Ninguna	Una	Entre dos y cinco	Seis o más	
Grupo	Control	19	18	24	20	81
	La Liga	18	22	25	13	78
Total		37	40	49	33	159

Fuente: Elaboración propia.

También se analizó el tipo de dispositivo al que acudían los participantes en el momento de la recogida de datos. El grupo la Liga acudía, en su mayoría, a un CEEM o vivienda supervisada (50%), así como también este fue el dispositivo mayoritario en el grupo control (44,6%). El resto de participantes se distribuyeron en ambos grupos de forma equitativa entre los dispositivos CRIS – USM y los dispositivos CD – Asociación – Otros. Más detalle puede verse en la Tabla 9.

Tabla 9

Distribución de los participantes en función del grupo y el tipo de dispositivo

		Tipo de dispositivo			Total
		CEEM – Vivienda supervisada	CRIS – USM	CD – Asociación – Otros	
Grupo	Control	37	23	23	83
	La Liga	47	23	24	94
Total		84	46	47	177

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al número de años en los distintos dispositivos (actual y previos), el grupo la Liga llevaba una media de 9,29 años (DT = 7,90) en distintos dispositivos, mientras que el grupo control llevaba una media de 9,97 años (DT = 7,13).

11.3. Descripción del perfil de ocupación, ocio y tiempo libre

En lo referente a la descripción del perfil de ocupación y de ocio y tiempo libre, se estudió la participación en otros programas y en otras actividades de los participantes de ambos grupos. En cuanto a la participación en otros programas, el grupo la Liga participaba en mayor medida en programas de promoción de la salud y deporte (76%), de ocio y tiempo libre (74%), de actividades de la vida diaria (64,4%), psicoeducación y conciencia de enfermedad (59,6%) y habilidades

sociales (54,8%). Los menos representativos fueron los de inserción laboral (18,3%) y ocupacional y pre-laboral (26%). El grupo control, por su parte, participaba en mayor medida en programas de ocio y tiempo libre (75,3%), habilidades sociales (68,8%), psicoeducación y conciencia de la enfermedad (67,7%), actividades de la vida diaria (66,7%) y promoción de la salud y deporte (63,4%). Y como ya ocurría con el grupo la Liga, los menos representativos fueron los de ocupacional y pre-laboral (30,1%) e inserción laboral (6,5%). De media, los participantes del grupo la Liga participaban en 3,95 programas, y los del grupo control, en 4,25. Más detalle puede verse en la Tabla 10.

Tabla 10

Distribución de los participantes y porcentajes en función de los programas en los que participan, y media del número de programas en los que participan

Programa	La Liga		Control	
	N	%	N	%
Actividades de la vida diaria	67	64,4	62	66,7
Inserción Laboral	19	18,3	6	6,5
Ocio y tiempo libre	77	74,0	70	75,3
Promoción de la salud y deporte	79	76,0	59	63,4
Psicoeducación y conciencia de enfermedad	62	59,6	63	67,7
Habilidades sociales	57	54,8	64	68,8
Ocupacional y pre-laboral	27	26,0	28	30,1
	M	DT	M	DT
Suma de participación en otros programas	3,95	2,08	4,25	1,91

Fuente: Elaboración propia.

Notas: M= media; DT= desviación típica.

En lo referente a las actividades de ocio y tiempo libre, en los dos grupos la actividad mayoritaria fue pasear, seguida de viajar, ir al cine y, finalmente, salir a

cenar. En los cuatro casos, hubo una proporción mayor de participantes del grupo control que realizaban estas actividades. De media, los participantes del grupo control realizaban 1,78 actividades, y los del grupo la Liga, 1,26. Para más detalle, puede verse la Tabla 11.

Tabla 11

Distribución de los participantes y porcentajes en función de las actividades de ocio y tiempo libre que realizan, y media del número de actividades de ocio y tiempo libre que realizan

Actividades de ocio y tiempo libre	La Liga		Control	
	N	%	N	%
Pasear	64	61,5	73	78,5
Salir a cenar	15	14,4	22	23,7
Ir al cine	19	18,3	29	31,2
Viajar	28	26,9	31	33,3
	M	DT	M	DT
Suma de actividades de ocio y tiempo libre	1,26	0,95	1,78	1,11

Fuente: Elaboración propia.

Notas: M= media; DT= desviación típica.

11.4. Descripción del perfil la Liga

Además de las variables relativas a los datos sociodemográficos, clínicos y de ocupación y ocio y tiempo libre, exclusivamente en el grupo la Liga se recogió información sobre su participación en esta actividad.

Los participantes llevaban participando en la Liga, de media, 3,15 años (DT = 2,55), siendo el mínimo de participación un trimestre y el máximo 12 años. Además, entrenaban una media de 1,57 horas semanales (DT = 0,96), con sujetos

que no llegaban a entrenar una hora a la semana, y otros que alcanzaban hasta las cuatro horas.

Además, el 23,1% de los sujetos entrenaba en su centro o dispositivo, un 64,4% en el polideportivo del municipio, y el resto lo hacían en otros lugares, como por ejemplo el parque o el campo de fútbol.

En cuanto a la forma de informarse sobre la hora, día de los partidos y clasificaciones, 6 personas (5,8%) se informaban ellos mismos, 19 (18,27%) eran informadas por sus compañeros, y 91 eran informadas por el monitor (87,5%) (nótese que estas categorías no son excluyentes). En general, podría decirse que un 22,1% se informaba de forma autónoma, mientras que un 77,9% necesitaba del monitor o la monitora para informarse.

Por último, y en lo relativo a la forma de informarse de las noticias o actualidad de la Liga, 22 (21,2%) personas se informaban mediante la página web de la Liga, 31 (29,8%) lo hacían mediante las redes sociales, y 56 (53,8%) lo hacían mediante el tablón de anuncios del centro. Una persona no contestó a la pregunta.

Capítulo 12. Propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados

En este capítulo se presentan análisis relativos a la estructura interna de los instrumentos de medida utilizados, así como diversas estimaciones de fiabilidad o consistencia interna. En primer lugar, se describen los resultados para la Escala de *Insight* Cognitivo de Beck (EICB; Beck et al., 2004), después para la Escala de Autoevaluación Ocupacional (OSA) versión 2.2 (Baron et al., 1998), y finalmente para la Escala de Evaluación de la Recuperación de Maryland (Drapalski et al., 2012).

Dado el limitado tamaño muestral de cada uno de los grupos en lo que se refiere a la aplicación de modelos de ecuaciones estructurales, la evaluación de la estructura interna de las escalas de medida utilizadas se realizó utilizando el total de la muestra en su conjunto. Igualmente, las estimaciones de fiabilidad se ofrecieron para la totalidad de la muestra, estimándose tanto el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach como el omega.

En lo que respecta a la estructura factorial de las escalas, los resultados mostraron que, en su mayoría, las estructuras propuestas por los autores de las escalas eran una representación adecuada de los datos.

12.1. Escala de *Insight* Cognitivo de Beck (EICB; Beck et al., 2004)

Para evaluar las propiedades psicométricas de la escala EICB, en su versión española (Gutiérrez-Zotes et al., 2012), se puso a prueba un análisis factorial confirmatorio, en el que se hipotetizó una estructura de dos factores correlacionados: auto-reflexión, que explicaba los ítems 1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14 y 15, y auto-certeza, que explicaba los ítems 2, 7, 9, 10 y 11.

El AFC obtuvo un análisis general inadecuado: $\chi^2(90) = 312,692$ ($p < ,001$), CFI = ,736, SRMR = ,092 y RMSEA = ,112 (intervalo de confianza al 90% = [,099 ,126]). A nivel de ajuste analítico, se observaron saturaciones muy bajas en los ítems 7, 12 y 13. Así pues, el modelo no ajustó a los datos de este estudio, por lo que se procedió a estimar un segundo modelo, con la misma estructura teórica, pero eliminando los ítems que no habían mostrado un buen funcionamiento.

Este segundo modelo mostró un ajuste general adecuado: $\chi^2(53) = 115,513$ ($p < ,001$), CFI = ,907, SRMR = ,062 y RMSEA = ,077 (intervalo de confianza al 90% = [,058 ,097]). El ajuste analítico también resultó adecuado, con una correlación entre los factores de auto-reflexión y auto-certeza de $r = ,468$ ($p < ,001$) y todas las saturaciones factoriales estadísticamente significativas ($p < ,001$), que oscilaron, en el caso de la auto-reflexión entre ,442 para el ítem 14 (*"Suele haber más de una explicación posible sobre por qué la gente actúa de la manera en que lo hace"*) y ,695 para el ítem 6 (*"Algunas de las ideas que tenía como ciertas acabaron siendo falsas"*), y en el caso de auto-certeza, entre ,351 para el ítem 3 (*"Otras personas pueden entender mejor que yo la causa de mis experiencias raras"*) y ,767 para el ítem 11 (*"No puedo fiarme de lo que opinan los demás sobre mis experiencias"*). El detalle puede verse en la Tabla 12.

Tabla 12

Saturaciones factoriales estandarizadas del análisis factorial confirmatorio de la Escala de Insight Cognitivo de Beck, sin los ítems 7, 12 y 13

Auto-reflexión				Auto-certeza	
Ítem	λ	Ítem	λ	Ítem	λ
1	,613	6	,695	2	,351
3	,507	8	,614	9	,417
4	,587	14	,442	10	,669
5	,575	15	,647	11	,767

Fuente: Elaboración propia.

En lo que a la fiabilidad de la escala se refiere, el factor de auto-reflexión obtuvo una fiabilidad adecuada, con un valor de alfa de Cronbach = ,760 y un omega = ,808. La fiabilidad del factor de auto-certeza, por su parte, obtuvo un alfa de Cronbach = ,600 y un omega = ,646.

12.2. Escala de Autoevaluación Ocupacional (OSA) versión 2.2 (Baron et al., 1998)

Para estudiar la evidencia de validez basada en la estructura interna de la escala OSA, en su versión 2.2 en español (Baron et al., 1998), se pusieron a prueba dos análisis factoriales confirmatorios, uno para los 21 ítems de la primera sección de “Mí mismo”, en su paso 1, sobre las competencias de los participantes; y otro para los 21 ítems de la primera sección de “Mí mismo”, en su paso 2, sobre los valores de los participantes. Estos mismos ítems, después se recogen en un tercer paso, en los que se procede a escoger las áreas que más le gustaría cambiar. Sin embargo, esta última estructura, dado sus características de respuesta (sí vs. faltante), no pudo ponerse a prueba en el contexto del análisis factorial.

Se hipotetizaron, estimaron y evaluaron dos análisis factoriales confirmatorios, con una misma estructura de tres factores correlacionados: 1) habilidades/desempeño

ocupacional, que explicaba los ítems del 1 al 11; 2) habituación, que explicaba los ítems del 12 al 16; y 3) volición, que explicaba los ítems 17 a 21.

El primero de ellos, probado en los ítems de competencia, mostró un ajuste general adecuado: $\chi^2(186) = 477,325$ ($p < ,001$), CFI = ,941, SRMR = ,057 y RMSEA = ,089 (intervalo de confianza al 90% = [,079 ,099]). El ajuste analítico también resultó adecuado, con una correlación entre los factores desempeño y habituación de $r = ,910$ ($p < ,001$), entre desempeño y volición de $r = ,880$ ($p < ,001$), y entre habituación y volición de $r = ,944$ ($p < ,001$). En lo que se refiere a las saturaciones factoriales, todas resultaron estadísticamente significativas ($p < ,001$), y oscilaron, en el caso del desempeño, entre ,626 para el ítem 6 (“Llegar donde necesito ir”) y ,778 para el ítem 4 (“Cuidar de mí mismo”); en el caso de la habituación, entre ,626 para el ítem 16 (“Participar como estudiante, trabajador, voluntario, miembro de familia, otros”) y ,810 para el ítem 13 (“Completar lo que necesito hacer”); y en el caso del factor de volición, entre ,730 para el ítem 17 (“Hacer las actividades que me gustan”) y ,833 para el ítem 18 (“Trabajar con respecto a mis objetivos”). El detalle puede verse en la Tabla 13.

Tabla 13

Saturaciones factoriales estandarizadas del análisis factorial confirmatorio de la subescala de competencias, de la Escala de Autoevaluación Ocupacional

Desempeño				Habituación		Volición	
Ítem	λ	Ítem	λ	Ítem	λ	Ítem	λ
1	,730	7	,669	12	,659	17	,730
2	,653	8	,642	13	,810	18	,833
3	,680	9	,732	14	,767	19	,821
4	,778	10	,639	15	,687	20	,804
5	,686	11	,758	16	,626	21	,825
6	,626						

Fuente: Elaboración propia.

El segundo análisis factorial confirmatorio, probado en los ítems de valores, obtuvo los siguientes resultados: $\chi^2(186) = 557,562$ ($p < ,001$), CFI = ,948, SRMR = ,060 y RMSEA = ,101 (intervalo de confianza al 90% = [.091 ,110]). El ajuste general fue, por tanto, adecuado, excepto por el RMSEA. Sin embargo, este índice ha mostrado un mal funcionamiento en muestras pequeñas, como es el caso (Kenny et al., 2015), por lo que, teniendo en cuenta que el valor del SRMR se sitúa dentro del rango de valores recomendados, se valoró que el modelo hipotetizado ajustaba a la estructura de los datos. El ajuste analítico, por su parte, también resultó adecuado, con una correlación entre los factores desempeño y habituación de $r = ,808$ ($p < ,001$), entre desempeño y volición de $r = ,756$ ($p < ,001$), y entre habituación y volición de $r = ,911$ ($p < ,001$). En lo que se refiere a las saturaciones factoriales, todas resultaron estadísticamente significativas ($p < ,001$), y oscilaron, en el caso del desempeño, entre ,706 para el ítem 6 (*“Llegar donde necesito ir”*) y ,815 para el ítem 8 (*“Manejar mis necesidades básicas (alimentación, medicamentos)”*); en el caso de la habituación, entre ,693 para el ítem 16 (*“Participar como estudiante, trabajador, voluntario, miembro de familia, otros”*) y ,828 para el ítem 13 (*“Completar lo que necesito hacer”*); y en el caso del factor de volición, entre ,737 para el ítem 19 (*“Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante”*) y ,886 para el ítem 20 (*“Llevar a cabo lo que planifico hacer”*). El detalle puede verse en la Tabla 14.

En lo que a la fiabilidad de las subescalas se refiere, la evidencia también fue adecuada para los tres factores de las dos subescalas. Los estimadores obtenidos pueden consultarse en la Tabla 15.

Tabla 14

Saturaciones factoriales estandarizadas del análisis factorial confirmatorio de la subescala de valores, de la Escala de Autoevaluación Ocupacional

Desempeño				Habitación		Volición	
Ítem	λ	Ítem	λ	Ítem	λ	Ítem	λ
1	,785	7	,800	12	,746	17	,861
2	,738	8	,815	13	,828	18	,869
3	,725	9	,719	14	,790	19	,737
4	,797	10	,750	15	,810	20	,886
5	,707	11	,804	16	,693	21	,871
6	,706						

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15

Saturaciones factoriales estandarizadas del análisis factorial confirmatorio de la subescala de valores, de la Escala de Autoevaluación Ocupacional

	Competencias			Valores		
	Desempeño	Habitación	Volición	Desempeño	Habitación	Volición
α	,878	,778	,860	,912	,856	,771
ω	,910	,837	,901	,937	,882	,926

Fuente: Elaboración propia.

12.3. Escala de Evaluación de la Recuperación de Maryland (Drapalski et al., 2012)

Finalmente, la percepción subjetiva de recuperación se realizó mediante la Escala de Evaluación de la Recuperación de Maryland (Drapalski et al., 2012), utilizándose la versión traducida al español.

Para evaluar las propiedades psicométricas de la escala MARS, se puso a prueba un análisis factorial confirmatorio, en el que se hipotetizó una estructura de un único factor que explicaba los 25 ítems de la escala, basándonos en los resultados de investigaciones previas (Drapalski et al., 2012, 2016).

El AFC obtuvo un análisis general adecuado: $\chi^2(275) = 663,673$ ($p < ,001$), CFI = ,927, SRMR = ,053 y RMSEA = ,085 (intervalo de confianza al 90% = [,076 ,093]. A nivel de ajuste analítico, el ajuste también fue muy adecuado, con todos los ítems con saturaciones factoriales estadísticamente significativas ($p < ,001$), que oscilaron entre ,439 para el ítem 3 (“*Creo que es posible mejorar*”) y ,848 para el ítem 22 (“*Soy optimista acerca de poder resolver los problemas que afronte en el futuro*”). El detalle puede verse en la Tabla 16.

Tabla 16

Saturaciones factoriales estandarizadas del análisis factorial confirmatorio de la Escala de Evaluación de la Recuperación de Maryland

Ítem	λ	Ítem	λ	Ítem	λ	Ítem	λ	Ítem	λ
1	,570	6	,600	11	,685	16	,732	21	,827
2	,692	7	,655	12	,583	17	,742	22	,848
3	,439	8	,742	13	,783	18	,634	23	,794
4	,624	9	,745	14	,712	19	,765	24	,729
5	,642	10	,724	15	,737	20	,791	25	,598

Fuente: Elaboración propia.

En lo que a la fiabilidad de la escala se refiere, la evidencia fue excelente, tanto cuando se estimó mediante alfa de Cronbach, cuyo valor fue de ,924, como mediante omega, con valor de ,960.

Capítulo 13. Resultados descriptivos de las variables objeto de estudio

En el presente capítulo se describirán los resultados en las variables de estudio, tanto en el total de la muestra, como en los distintos grupos. Estas variables incluyen, por orden: las variables de *insight* cognitivo, auto-reflexión y auto-certeza; las variables de autoevaluación ocupacional, tanto las dimensiones de desempeño, habituación y volición de la subescala de competencias como las de la subescala de valores, así como la distribución de los participantes en función de las áreas que les gustaría cambiar; y, finalmente, los descriptivos relativos a la percepción subjetiva de recuperación.

13.1. Estadísticos descriptivos de *insight* cognitivo

En primer lugar, se calcularon medias, desviaciones típicas, puntuaciones mínimas y máximas, asimetría y curtosis, para las dimensiones de auto-reflexión y auto-certeza de la Escala de *Insight* Cognitivo de Beck, sin los ítems 7, 12 y 13, tanto para la muestra en general, como para el grupo la Liga y el grupo control, por separado. Tal y como se muestra en la Tabla 17, la media del total de

participantes en auto-reflexión, teniendo en cuenta que la variable fue medida mediante 8 ítems y, por tanto, oscilaba de 0 a 24, pueden considerarse niveles moderados, que apenas superan el punto medio de la escala, de 12 puntos. En cuanto a la auto-certeza, y siendo esta medida con 4 ítems y, por tanto, con una puntuación que oscila entre 0 y 12, de nuevo los valores se situaron en el punto medio de la escala, siendo escasamente superiores a 6, por lo que también en esta dimensión del *insight* cognitivo la puntuación del total de los participantes fue moderada.

Tabla 17

Estadísticos descriptivos para las variables de insight cognitivo

Dimensión	Grupo	M	DT	Mín	Máx	As	Cur
Auto-reflexión	Total muestra	13,49	4,92	1,00	24,00	-,064	-,417
	La Liga	13,46	4,97	2,00	24,00	,053	-,535
	Control	13,53	4,88	1,00	24,00	-,204	-,222
Auto-certeza	Total muestra	6,46	2,68	0,00	12,00	,102	-,487
	La Liga	6,56	2,64	1,00	12,00	,260	-,576
	Control	6,35	2,75	0,00	12,00	-,046	-,421

Fuente: Elaboración propia.

Notas: M= media; DT= desviación típica; Mín= puntuación mínima; Máx= puntuación máxima; As= asimetría; Cur= curtosis.

13.2. Estadísticos descriptivos de autoevaluación ocupacional

En cuanto a las dimensiones de las subescalas de autoevaluación ocupacional, se calcularon los estadísticos descriptivos de medias, desviaciones típicas, puntuaciones mínimas y máximas, asimetría y curtosis, tanto para las dimensiones de la subescala de competencias como para la de valores, para el total de la muestra, el grupo la Liga y el grupo control. Tal y como se muestra en la Tabla 18,

los participantes mostraron unos niveles medio-altos en la dimensión de desempeño de la subescala de competencias, teniendo en cuenta que la escala de medida de los ítems oscila de 1 a 4, y que la dimensión está formada por 11 ítems, por lo que la puntuación mínima de la escala es un 11, la máxima un 44, y por tanto la puntuación intermedia en la escala sería de 27,5 puntos (la media observada en el total de la muestra fue de 30,563 puntos). En las dimensiones de habituación y volición, los niveles también fueron medio-altos, teniendo en cuenta que, en ambos casos, la escala de medida de los ítems oscila de 1 a 4, y las dimensiones están formadas por 5 ítems, por lo que la puntuación mínima de las dimensiones es un 5, la máxima un 20, y por tanto la puntuación intermedia en las escalas sería de 12,5 puntos (la media observada en el total de la muestra fue de 13,533 puntos para habituación y de 13,583 para volición).

En el caso de la subescala de valores, y teniendo en cuenta que los rangos de puntuación oscilan de la misma forma en que lo hacían en la subescala de competencias, los participantes mostraron unos niveles medio-altos en la dimensión de desempeño de la subescala de valores (la media observada en el total de la muestra fue de 31,020 puntos), en la de habituación (la media observada en el total de la muestra fue de 13,741 puntos) y en la de volición (la media observada en el total de la muestra fue de 13,832 puntos). Más detalles de los estadísticos descriptivos pueden verse en la Tabla 18.

Tabla 18

Estadísticos descriptivos para las variables de autoevaluación ocupacional

Subescala de competencias							
Dimensión	Grupo	M	DT	Mín	Máx	As	Cur
Desempeño	Total muestra	30,56	6,44	11,00	44,00	-,110	-,049
	La Liga	31,53	5,97	20,00	44,00	,238	-,632
	Control	29,48	6,79	11,00	44,00	-,273	,016
Habituaación	Total muestra	13,53	3,12	5,00	20,00	,109	-,131
	La Liga	13,98	3,08	7,00	20,00	,126	-,214
	Control	13,03	3,12	5,00	20,00	,113	-,006
Volición	Total muestra	13,58	3,45	5,00	20,00	,054	-,446
	La Liga	13,97	3,33	6,00	20,00	,180	-,470
	Control	13,15	3,55	5,00	20,00	-,016	-,517
Subescala de valores							
Dimensión	Grupo	M	DT	Mín	Máx	As	Cur
Desempeño	Total muestra	31,02	7,11	11,00	44,00	,040	-,466
	La Liga	30,96	7,11	11,00	44,00	,069	-,376
	Control	31,09	7,15	11,00	44,00	,009	-,522
Habituaación	Total muestra	13,74	3,55	7,00	20,00	,400	-1,100
	La Liga	13,56	3,53	7,00	20,00	,435	-1,103
	Control	13,95	3,59	9,00	20,00	,367	-1,097
Volición	Total muestra	13,83	3,78	6,00	30,00	,656	,415
	La Liga	13,84	3,93	6,00	30,00	,864	1,318
	Control	13,83	3,61	7,00	20,00	,362	-,982

Fuente: Elaboración propia.

Notas: M= media; DT= desviación típica; Mín= puntuación mínima; Máx= puntuación máxima; As= asimetría; Cur= curtosis.

En lo que se refiere a las áreas que a los participantes les gustaría cambiar, se calcularon distribuciones de frecuencias y porcentajes para el número de participantes que había identificado cada uno de los ítems de cada dimensión como área que le gustaría cambiar. En los ítems de desempeño, y tal y como puede verse en la Tabla 19, las áreas más recurrentes identificadas por los participantes fueron “Identificar y resolver problemas”, seleccionada por un 58,9%, “Concentrarme en mis tareas”, seleccionada por un 56,9%, y “Cuidar de mí mismo”, seleccionada por el 55,8%. Las menos seleccionadas, “Llegar donde quiero ir”, seleccionada por el 28,9%, “Expresarme con otros”, seleccionada por el 29,4%, y “Llevarme bien con otros”, seleccionada por el 30,5%. En los ítems de habituación, el más seleccionado fue “Relajarme y disfrutar”, escogido por el 52,3% de los participantes, frente a “Participar como estudiante, trabajador, voluntario y/o miembro de familia, otros”, que fue el menos seleccionado, con tan solo un 26,4%. Finalmente, las áreas de volición fueron las menos seleccionadas, y dentro de este grupo, la de mayor interés fue “Trabajar con respecto a mis objetivos”, seleccionada por un 32,0%, y la menos seleccionada fue “Llevar a cabo lo que planifico hacer”, seleccionada por el 23,9%. Más detalles pueden verse en la Tabla 19.

Tabla 19

Distribución de los participantes y porcentajes en función de las áreas de autoevaluación ocupacional que les gustaría cambiar

Dim	Ítem	Total muestra		La Liga		Control	
		N	%	N	%	N	%
D	Concentrarme en mis tareas	112	56,9	56	53,8	56	60,2
D	Hacer físicamente lo que necesito hacer	91	46,2	46	44,2	45	48,4
D	Cuidar el lugar donde vivo	80	40,6	46	44,2	34	36,6
D	Cuidar de mí mismo	110	55,8	58	55,8	52	55,9
D	Cuidar de otros de quienes soy responsable	60	30,5	33	31,7	27	29,0
D	Llegar donde quiero ir	57	28,9	23	22,1	34	36,6
D	Manejar mis finanzas	70	35,5	38	26,5	32	34,4
D	Manejar mis necesidades básicas (comida, medicamentos)	76	38,6	43	41,3	33	35,5
D	Expresarme con otros	58	29,4	32	30,8	26	28,0
D	Llevarme bien con otros	60	30,5	36	34,6	24	25,8
D	Identificar y resolver problemas	116	58,9	60	57,7	56	60,2
H	Relajarme y disfrutar	103	52,3	51	49,0	52	55,9
H	Completar lo que necesito hacer	69	35,0	44	42,3	25	26,9
H	Tener una rutina satisfactoria	89	45,2	51	49,0	38	40,9
H	Manejar mis responsabilidades	79	40,1	46	44,2	33	35,5
H	Participar como estudiante, trabajador, voluntario y/o miembro de familia, otros	52	26,4	27	26,0	25	26,9

Tabla 19

Distribución de los participantes y porcentajes en función de las áreas de autoevaluación ocupacional que les gustaría cambiar (continuación)

Dim	Ítem	Total muestra		La Liga		Control	
		N	%	N	%	N	%
V	Hacer las actividades que me gustan	62	31,5	35	33,7	27	29,0
V	Trabajar con respecto a mis objetivos	63	32,0	34	32,7	29	31,2
V	Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante	51	25,9	22	21,2	29	31,2
V	Llevar a cabo lo que planifico hacer	47	23,9	23	22,1	24	25,8
V	Usar con eficacia mis habilidades	55	27,9	25	24,0	30	32,3

Fuente: Elaboración propia.

Notas: Dim= Dimensión; D = Desempeño; H = Habitación; V = Volición.

13.3. Estadísticos descriptivos de percepción subjetiva de recuperación

Finalmente, y con la misma lógica que en los casos anteriores, se calcularon medias, desviaciones típicas, puntuaciones mínimas y máximas, asimetría y curtosis, para percepción subjetiva de recuperación, tanto para la muestra en general, como para el grupo la Liga y el grupo control, por separado. Tal y como se muestra en la Tabla 20, la media del total de participantes en percepción subjetiva de recuperación, teniendo en cuenta que la variable oscila de 1 a 5, puede considerarse un nivel moderado-alto, pues el punto de la escala se sitúa en 3 puntos y la media fue casi de 4 puntos.

Tabla 20

Estadísticos descriptivos para la variable de percepción subjetiva de recuperación (a partir de la media de los ítems)

Dimensión	Grupo	M	DT	Mín	Máx	As	Cur
Percepción subjetiva de recuperación	Total muestra	3,744	0,706	1,00	5,00	-,701	,797
	La Liga	3,912	0,608	1,96	5,00	-,294	-,053
	Control	3,668	0,798	1,00	5,00	-,777	,589

Fuente: Elaboración propia.

Notas: M= media; DT= desviación típica; Mín= puntuación mínima; Máx= puntuación máxima; As= asimetría; Cur= curtosis.

Cuando se calcularon estos mismos estadísticos con la puntuación total a partir de la suma de los 25 ítems, que oscilaba de 25 a 100, de nuevo las puntuaciones observadas fueron moderadas-altas, tal y como puede verse en la Tabla 21.

Tabla 21

Estadísticos descriptivos para la variable de percepción subjetiva de recuperación (a partir de la suma de los ítems)

Dimensión	Grupo	M	DT	Mín	Máx	As	Cur
Percepción subjetiva de recuperación	Total muestra	93,538	17,619	25,00	125,00	-,701	,805
	La Liga	95,260	15,188	49,00	125,00	-,287	-,050
	Control	91,613	19,899	25,00	125,00	-,781	,602

Fuente: Elaboración propia.

Notas: M= media; DT= desviación típica; Mín= puntuación mínima; Máx= puntuación máxima; As= asimetría; Cur= curtosis.

Capítulo 14. Resultados de comparación por grupos

En el presente capítulo se describirán los resultados relativos a la comparación de los grupos en función de las variables objeto de estudio. Para ello, y en primer lugar, se compararán los grupos en términos de distribución por género, edad, nivel de estudios, años trabajados, estado civil, tipo de convivencia, perfil clínico, tiempo medio de tratamiento, media de años de tratamiento, número de hospitalizaciones, distribución en los distintos dispositivos, tiempo en el dispositivo y perfil de ocupación y de ocio y tiempo libre.

Posteriormente, se estudiarán las diferencias entre grupos en los niveles de *insight* cognitivo, la autoevaluación ocupacional y percepción subjetiva de recuperación, lo que dará respuesta a las hipótesis planteadas.

14.1. Equivalencia de los grupos

Previo a la comparación de los grupos en las distintas variables objeto de estudio, se realizaron diversas pruebas estadísticas en aras a comprobar la equivalencia o similitud de dichos grupos. En primer lugar, se realizó una prueba chi cuadrado en la que se compararon las distribuciones de los participantes en ambos grupos, la Liga y el grupo control, en función del género. El resultado apuntó que no existían diferencias estadísticamente significativas: $\chi^2(1) = -0,051$; $p = ,450$; V de Cramer = ,054 y, por tanto, se asume la equivalencia con respecto a la distribución por géneros entre ambos grupos. El detalle de estas distribuciones puede consultarse en la Tabla 22.

Tabla 22

Distribución de los participantes en función del grupo y el género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Grupo	Control	84	9	93
	La Liga	97	7	104
Total		181	16	197

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la comparación de los grupos en función de la edad, el resultado de la prueba t para muestras independientes arrojó diferencias estadísticamente significativas en esta variables en función del grupo: $t(187) = 3,713$; $p < ,001$; d de Cohen = 0,541. El grupo control tuvo una media de edad mayor a la del grupo la Liga.

En lo que se refiere al tipo de estudios, se realizó una prueba chi cuadrado en la que se compararon las distribuciones de los participantes en ambos grupos, la Liga y el grupo control, en función del tipo de estudios. El resultado apuntó que no existían diferencias estadísticamente significativas: $\chi^2(4) = 1,438$; $p = ,838$; V de Cramer = ,086 y, por tanto, se asume la equivalencia con respecto a la distribución

por tipo de estudios entre ambos grupos. El detalle de estas distribuciones puede consultarse en la Tabla 23.

Tabla 23

Distribución de los participantes en función del grupo y el nivel de estudios

		Nivel de estudios					Total
		SE	EP	ES1	ES2/EPr	EPrS/EU	
Grupo	Control	12	33	20	18	9	92
	La Liga	9	39	23	24	8	103
Total		21	72	43	42	17	195

Fuente: Elaboración propia.

Notas: SE= sin estudios; EP= estudios primarios; ES1= estudios secundarios de primer ciclo; ES2/EPr= estudios secundarios de segundo ciclo o estudios de enseñanza profesional; EPrS/EU= estudios profesionales superiores o universitarios.

Cuando se compararon los grupos en función de los años trabajados, tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas: $t(172) = 1,439$; $p = ,152$; d de Cohen = 0,218.

Para comparar los grupos por estado civil, y dado que en ambos casos la mayoría estaban solteros y los restantes grupos eran muy escasos, se recodificó la variable en dos categorías: solteros frente a otros. Ambos grupos se compararon en su distribución por estado civil mediante una prueba chi cuadrado, que apuntó que las distribuciones no diferían en estado civil: $\chi^2(1) = 0,461$; $p = ,497$; V de Cramer = 0,049. El detalle de la distribución de los grupos puede verse en la Tabla 24.

Tabla 24

Distribución de los participantes en función del grupo y el estado civil

		Estado civil		Total
		Soltero/a	Otros	
Grupo	Control	84	8	92
	La Liga	91	12	103
Total		175	20	195

Fuente: Elaboración propia

También se comparó a los grupos en función del grupo de convivencia. Para ello, y tal y como ocurría en el caso anterior, las categorías fueron recodificadas en: vivienda autónoma (solo/a - supervisada - con amigos/as), institución y familia. De nuevo, no se encontraron diferencias en función del tipo de convivencia: $\chi^2(2)=1,050$; $p = ,592$; V de Cramer = ,073. El detalle de la distribución de los grupos puede verse en la Tabla 25.

Tabla 25

Distribución de los participantes en función del grupo y el tipo de convivencia

		Tipo de convivencia			Total
		Vivienda autónoma	Institución	Familia	
Grupo	Control	15	36	42	93
	La Liga	15	34	54	103
Total		30	70	96	196

Fuente: Elaboración propia

En lo referente a la comparación de los grupos en función del perfil clínico, se estudió en primer lugar la equivalencia de los grupos en función de la presencia

de los diferentes diagnósticos principales. Tal y como se comentó previamente, los diagnósticos se agruparon en cuatro grupos, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo o de desregulación emocional, trastorno de personalidad y otros, en cuya categoría se incluyeron: discapacidad intelectual, síndrome de Williams y trastornos del espectro autista. La distribución de los participantes función del diagnóstico, que se ha mostrado previamente en la Tabla 7, no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos: $\chi^2(3) = 1,103$; $p = ,776$; V de Cramer = ,078.

En lo que se refiere al tiempo medio de tratamiento, se calculó una prueba t de comparación de medias de grupos independientes, que apuntó diferencias estadísticamente no significativas: $t(159) = 1,273$; $p = ,205$; d de Cohen = 0,200. Por tanto, los grupos fueron también equivalentes en tiempo de tratamiento de la enfermedad. Para ver el detalle de los descriptivos, se puede consultar la el apartado 11.2 del Capítulo 11.

De la misma manera, tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos cuando se compararon sus medias en años de tratamiento farmacológico: $t(158) = 1,407$; $p = ,161$; d de Cohen = 0,268. Para ver el detalle de los descriptivos, se puede consultar la el apartado 11.2 del Capítulo 11.

Los grupos también se compararon en número de hospitalizaciones. Al ser esta una variable ordinal, se utilizó una prueba de comparación de medianas, la U de Mann-Whitney, el equivalente no paramétrico a la prueba t de comparación de medias de grupos independientes. En este caso, tampoco se encontraron diferencias en el número de hospitalizaciones entre grupos: U de Mann-Whitney = 2935; $z = -0,799$; $p = ,424$. Para ver el detalle de los estadísticos descriptivos, consúltese Tabla 8.

De la misma manera, los participantes se distribuyeron en los distintos dispositivos de forma equivalente en el grupo la Liga y el grupo control: $\chi^2(2) = 0,530$; $p = ,767$; V de Cramer = ,056. Para más información, véase Tabla 9, del apartado 11.2 del Capítulo 11.

En cuanto al tiempo en el dispositivo, como ya se pudo ver en el apartado 11.2 del Capítulo 11, la media de años oscilaba en ambos grupos alrededor de los nueve. Estas medias se sometieron a una prueba *t* de contraste de medias de grupos independientes, y tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta variable: $t(154) = 0,577$; $p = ,538$; d de Cohen = 0,090.

Por último, se compararon los grupos en función de la información recogida sobre el perfil de ocupación y de ocio y tiempo libre. En lo referente a la ocupación, se comparó el número de programas en los que, de media, participaban los integrantes de los dos grupos de estudio. La prueba *t* de contraste de medias independientes mostró que no había diferencias estadísticamente significativas entre grupos: $t(190) = 1,024$; $p = ,307$; d de Cohen = 0,150 (las medias objeto de contraste pueden verse en la Tabla 10 del apartado 11.3 del Capítulo 11. Sin embargo, sí se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el número de actividades de ocio y tiempo libre que, de media, realizaban los participantes de cada grupo: $t(185) = 3,456$; $p = ,001$; d de Cohen = 0,503. Como se puede ver en la Tabla 11 del apartado 11.3 del Capítulo 11, el número de actividades realizadas por el grupo control fue mayor.

En resumen, en la comparación de los grupos en las distintas variables objeto de estudio con el interés de comprobar la equivalencia o similitud de dichos grupos, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable edad, con el grupo control mostrando una media de edad mayor a la del grupo la Liga, y en la variable número de actividades de ocio y tiempo libre, siendo mayor el número de actividades realizadas por el grupo control.

14.2. Diferencias entre grupos

Una vez estudiada la equivalencia entre los grupos, se llevaron a cabo comparaciones para analizar posibles diferencias entre estos en las distintas variables de recuperación incluidas en el estudio: *insight* cognitivo, la autoevaluación ocupacional y percepción subjetiva de recuperación. Dado que, tal y como se ha apuntado en el apartado anterior, los grupos fueron equivalentes en

las diferentes variables estudiadas, excepto por su media de edad y la media de actividades de ocio y tiempo libre que realizaban, los análisis incluyeron la edad y la media de actividades de ocio y tiempo libre como covariables, para poder controlar por un posible efecto de estas sobre las dimensiones mencionadas.

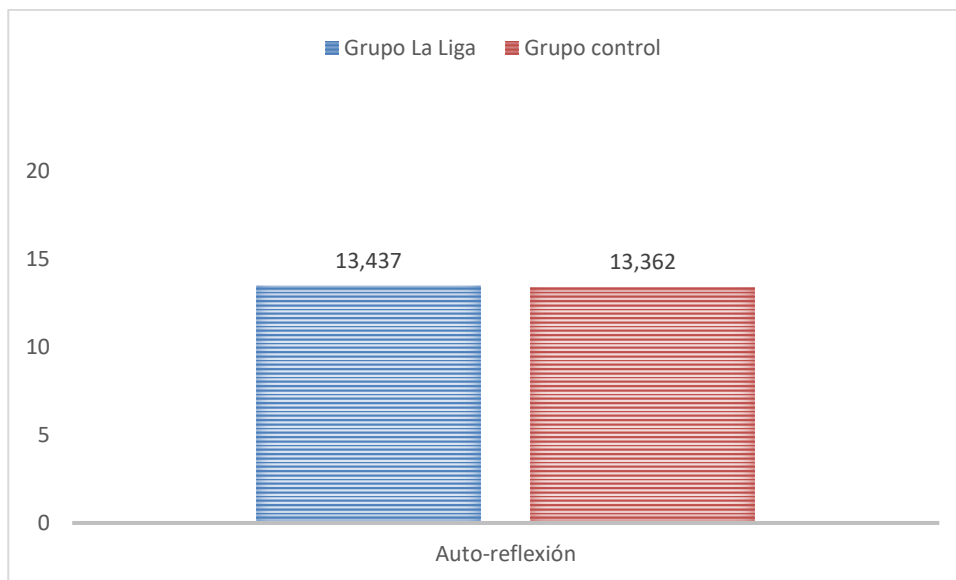
14.2.1. Diferencias entre grupos en la Escala de Insight Cognitivo de Beck

En primer lugar, y para estudiar el efecto del grupo sobre la dimensión de auto-reflexión del *insight* cognitivo, se llevó a cabo un análisis de covarianza (ANCOVA). Este ANCOVA incluyó, como variable independiente, el grupo; como covariables, la edad y la media de actividades de ocio y tiempo libre que realizaban los participantes; y como variable dependiente, la auto-reflexión. Los resultados apuntaron un efecto estadísticamente no significativo del grupo ($F(1, 175) = 0,010$; $p = ,922$; $\eta^2 < ,001$), de la covariable edad ($F(1, 175) = 0,112$; $p = ,739$; $\eta^2 = ,001$) y de la covariable actividades de ocio y tiempo libre ($F(1, 175) = 0,794$; $p = ,374$; $\eta^2 = ,005$).

De esta forma, las medias en auto-reflexión de aquellos participantes que participaban en la Liga, como de aquellos participantes que no lo hacían, pueden considerarse equivalentes a nivel poblacional. De hecho, un análisis detallado de dichas medias, que se habían proporcionado previamente en la Tabla 17 (apartado 13.1 del Capítulo 13), y el análisis gráfico de las medias marginales estimadas en el ANCOVA, que se muestra en la Figura 11, muestra cómo las medias de ambos grupos son muy similares.

Figura 11

Representación gráfica de las medias marginales estandarizadas del ANCOVA en auto-reflexión de los grupos la Liga y control



Fuente: Elaboración propia.

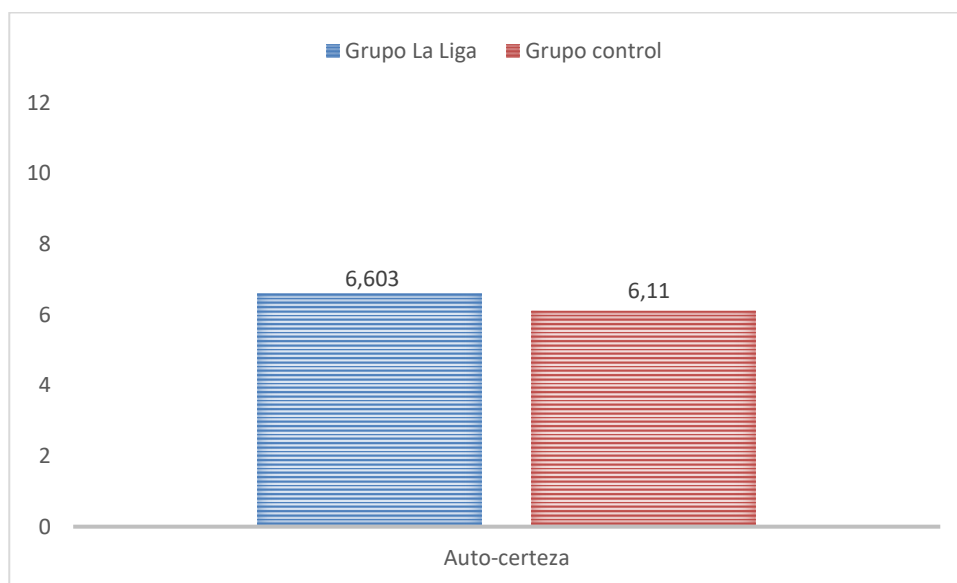
En lo que se refiere al estudio de las diferencias en la dimensión de auto-certeza del *insight* cognitivo, se siguió el mismo procedimiento y se realizó el mismo tipo de análisis que el comentado anteriormente. En este caso, ANCOVA incluyó, como variable independiente, el grupo; como covariables, la edad y la media de actividades de ocio y tiempo libre que realizaban los participantes; y como variable dependiente, la auto-certeza. Los resultados apuntaron un efecto estadísticamente no significativo del grupo ($F(1, 175) = 1,409$; $p = ,237$; $\eta^2 = ,008$), de la covariable edad ($F(1, 175) = 0,986$; $p = ,322$; $\eta^2 = ,006$) y de la covariable actividades de ocio y tiempo libre ($F(1, 175) = 3,764$; $p = ,054$; $\eta^2 = ,021$).

Así pues, y como ya ocurría con la dimensión de auto-reflexión, las medias en auto-certeza de aquellos participantes que participaban en la Liga, como de aquellos participantes que no lo hacían, pueden considerarse equivalentes a nivel

poblacional. De hecho, un análisis detallado de dichas medias, que se habían proporcionado previamente en la Tabla 17 (apartado 13.1 del Capítulo 13), y el análisis gráfico de las medias marginales estimadas en el modelo, que se muestra en la Figura 12, muestra cómo, de nuevo, las medias de ambos grupos son muy similares.

Figura 12

Representación gráfica de las medias marginales estandarizadas del ANCOVA en auto-certeza de los grupos la Liga y control



Fuente: Elaboración propia.

14.2.2. Diferencias entre grupos en la Escala de Autoevaluación Ocupacional

En lo que se refiere al estudio del impacto de la Liga sobre la autoevaluación ocupacional, se estudiaron primero las diferencias entre grupos en las dimensiones de la subescala de competencias. Para ello, se llevaron a cabo tres ANCOVAS, que tenían como variable independiente, el grupo; como covariables, la edad y la media de actividades de ocio y tiempo libre que realizaban los

participantes; y como variables dependientes, el desempeño, la habituación y la volición de la subescala de competencias, respectivamente. El primero, con desempeño como variable dependiente, apuntó un efecto estadísticamente significativo del grupo ($F(1, 175) = 6,898$; $p = ,009$; $\eta^2 = ,038$), pero no de las covariables edad ($F(1, 175) = 3,636$; $p = ,058$; $\eta^2 = ,018$) ni actividades de ocio y tiempo libre ($F(1, 175) = 3,181$; $p = ,076$; $\eta^2 = ,018$). El estudio de las medias de ambos grupos (ver Tabla 17 (apartado 13.2 del Capítulo 13) y de las medias marginales estandarizadas del modelo, que se muestran en la Figura 13, apunta mayores niveles de desempeño en los participantes del grupo la Liga frente a los del grupo control.

Figura 13

Representación gráfica de las medias marginales estandarizadas del ANCOVA en desempeño (subescala de competencias) de los grupos la Liga y control



Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión de habituación de la subescala de competencias, los resultados del ANCOVA fueron similares, con un efecto estadísticamente significativo para la

variable grupo ($F(1, 175) = 6,725$; $p = ,010$; $\eta^2 = ,037$), también para la covariable actividades de ocio y tiempo libre ($F(1, 175) = 4,999$; $p = ,027$; $\eta^2 = ,028$) y marginalmente significativo para la covariable edad ($F(1, 175) = 3,815$; $p = ,052$; $\eta^2 = ,021$). De nuevo, las medias fueron mayores para el grupo la Liga, quienes mostraron mayores niveles en habituación (ver Tabla 18 del apartado 13.2 del Capítulo 13, y Figura 14).

Figura 14

Representación gráfica de las medias marginales estandarizadas del ANCOVA en habituación (subescala de competencias) de los grupos la Liga y control



Fuente: Elaboración propia.

En la última dimensión de la subescala de competencias, volición, se volvieron a observar efectos estadísticamente significativos de la variable independiente grupo ($F(1, 175) = 5,003$; $p = ,027$; $\eta^2 = ,028$). En este caso, la covariable edad mostró un efecto estadísticamente significativo ($F(1, 175) = 4,478$; $p = ,036$; $\eta^2 = ,025$), mientras que no lo hizo la covariable actividades de ocio y tiempo libre ($F(1, 175) = 2,638$; $p = ,106$; $\eta^2 = ,015$). Como en los casos, las medias fueron mayores

para el grupo la Liga, quienes mostraron mayores niveles en volición (ver Tabla 18 del apartado 13.2 del Capítulo 13, y Figura 15).

Figura 15

Representación gráfica de las medias marginales estandarizadas del ANCOVA en volición (subescala de competencias) de los grupos la Liga y control



Fuente: Elaboración propia.

Para estudiar las diferencias entre el grupo la Liga y el grupo control en la subescala de valores de autoevaluación ocupacional, se realizaron los mismos tipos de análisis, ANCOVAS, que en este caso tenían como variable independiente, el grupo; como covariables, la edad y la media de actividades de ocio y tiempo libre que realizaban los participantes; y como variables dependientes, el desempeño, la habituación y la volición de la subescala de valores, respectivamente. En ningún caso se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables dependientes debidas al grupo.

El primer ANCOVA, con desempeño como variable dependiente, apuntó efectos estadísticamente no significativos del grupo ($F(1, 175) = 0,467$; $p = ,495$; $\eta^2 = ,003$), la covariable edad ($F(1, 175) = 0,816$; $p = ,368$; $\eta^2 = ,005$) y la covariable actividades de ocio y tiempo libre ($F(1, 175) = 0,752$; $p = ,387$; $\eta^2 = ,004$). Las medias de ambos grupos pueden consultarse en la Tabla 18 (apartado 13.2 del Capítulo 13) y las medias marginales estandarizadas del modelo, en la Figura 16.

Figura 16

Representación gráfica de las medias marginales estandarizadas del ANCOVA en desempeño (subescala de valores) de los grupos la Liga y control



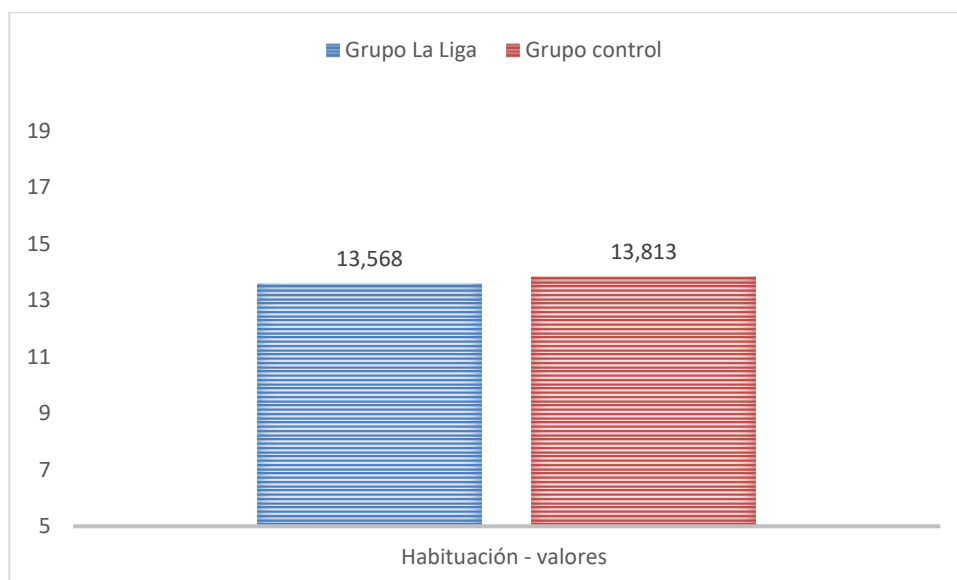
Fuente: Elaboración propia.

El ANCOVA que tenía como variable dependiente la dimensión de habituación de la subescala de valores, apuntó efectos estadísticamente no significativos del grupo ($F(1, 175) = 0,192$; $p = ,661$; $\eta^2 = ,001$) y de la covariable edad ($F(1, 175) = 0,003$; $p = ,960$; $\eta^2 < ,001$), y estadísticamente significativos para la covariable actividades de ocio y tiempo libre ($F(1, 175) = 8,222$; $p = ,005$; $\eta^2 = ,045$). Las

medias de ambos grupos pueden consultarse en la Tabla 18 (apartado 13.2 del Capítulo 13) y las medias marginales estandarizadas del modelo, en la Figura 17.

Figura 17

Representación gráfica de las medias marginales estandarizadas del ANCOVA en habituación (subescala de valores) de los grupos la Liga y control

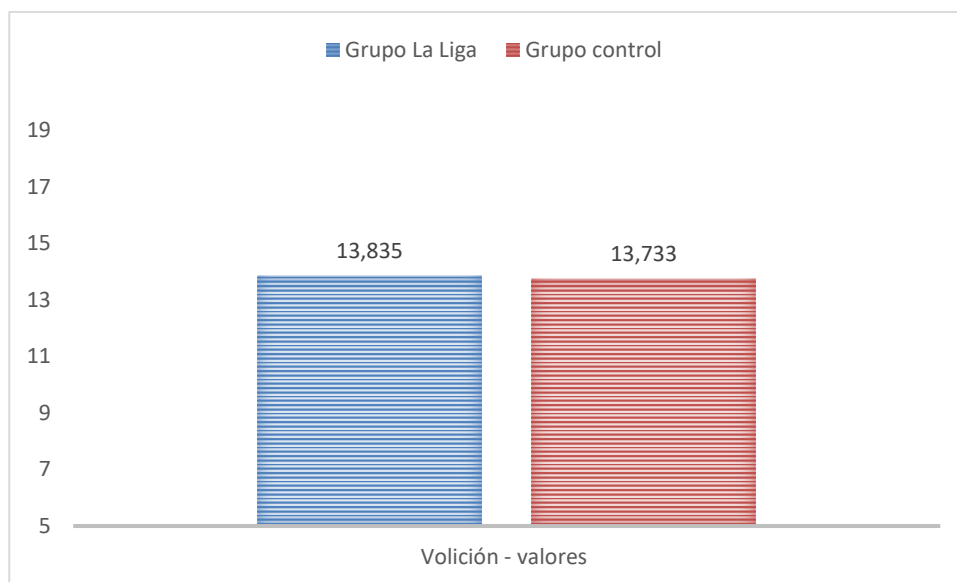


Fuente: Elaboración propia.

El último ANCOVA desarrollado para estudiar las diferencias en autoevaluación ocupacional, en este caso con la dimensión de volición de la subescala de valores como variable dependiente, apuntó efectos estadísticamente no significativos del grupo ($F(1, 175) = 0,029$; $p = ,865$; $\eta^2 < ,001$), la covariable edad ($F(1, 175) = 0,008$; $p = ,928$; $\eta^2 < ,001$) y la covariable actividades de ocio y tiempo libre ($F(1, 175) = 2,179$; $p = ,142$; $\eta^2 = ,012$). Las medias de ambos grupos pueden consultarse en la Tabla 18 (apartado 13.2 del Capítulo 13) y las medias marginales estandarizadas del modelo, en la Figura 18.

Figura 18

Representación gráfica de las medias marginales estandarizadas del ANCOVA en volición (subescala de valores) de los grupos la Liga y control



Fuente: Elaboración propia.

14.2.3. Diferencias entre grupos en la Escala de Evaluación de la Recuperación de Maryland

Finalmente, se llevó a cabo un último ANCOVA para estudiar los efectos del grupo sobre la percepción subjetiva de recuperación. Como en los casos anteriores, se utilizaron las variables edad y la media de actividades de ocio y tiempo libre como covariables. Así pues, el ANCOVA incluyó, como variable independiente, el grupo; como covariables, la edad y la media de actividades de ocio y tiempo libre; y como variable dependiente, la percepción subjetiva de recuperación. Los resultados apuntaron un efecto estadísticamente significativo del grupo ($F(1, 175) = 4,501$; $p = ,035$; $\eta^2 = ,025$) y de la covariable de actividades de ocio y tiempo libre ($F(1, 175) = 9,171$; $p = ,003$; $\eta^2 = ,050$), pero un efecto estadísticamente no significativo de la covariable edad ($F(1, 175) = 1,507$; $p = ,221$; $\eta^2 = ,009$).

Un análisis detallado de las medias en percepción subjetiva de recuperación el grupo la Liga y el grupo control, que se habían proporcionado previamente en la Tabla 20 (apartado 13.3 del Capítulo 13), y el análisis de las medias marginales estimadas en el modelo, que se muestra en la Figura 19, ofrece evidencia de cómo la media en percepción subjetiva de recuperación fue superior en el grupo la Liga.

Figura 19

Representación gráfica de las medias marginales estandarizadas del ANCOVA en percepción subjetiva de recuperación de los grupos la Liga y control



Fuente: Elaboración propia.

PARTE V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Capítulo 15. Discusión, limitaciones, futuras líneas e implicaciones prácticas de los resultados

En este capítulo se recoge la discusión de los resultados de investigación, poniéndolos en relación con la literatura revisada, así como las limitaciones observadas, propuestas sobre futuras líneas de investigación e implicaciones de los resultados para la práctica clínica.

15.1. Discusión de los resultados

El objetivo general de esta investigación era analizar los efectos de una ocupación deportiva, específicamente, la actividad de la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM, sobre el *insight* cognitivo, la autoevaluación ocupacional y los procesos de recuperación en personas con enfermedad mental grave. Esta liga de fútbol sala está formada por 22 equipos de fútbol pertenecientes a distintos recursos que atienden a personas con enfermedad mental de la provincia de Valencia y dan cobertura a más de 220 usuarios y usuarias. Para ello, se

compararon dos grupos: usuarios de la Liga y usuarios de los mismos recursos, con características similares en variables como el sexo, la edad o el diagnóstico.

Así pues, y dada la literatura revisada, se hipotetizó un impacto positivo de la Liga sobre el *insight* cognitivo, la autoevaluación ocupacional y los procesos de recuperación, esperándose mayores puntuaciones de los participantes en la Liga frente al grupo control. A continuación, se discuten los principales resultados encontrados, a partir de los diferentes objetivos específicos y las hipótesis planteadas en el estudio.

En primer lugar, el estudio tuvo por objetivo conocer las características sociodemográficas de las personas con TMG que participaron en el estudio. Para ello, se estudiaron, por separado, las características relativas al género, la edad, el nivel de estudios, los años trabajados y los tipos de trabajo, el estado civil y el tipo de convivencia de los participantes. Tal y como se puede ver en el Capítulo 11, en ambos grupos, la mayoría fueron hombres con una edad media alrededor de los 40 años, con estudios primarios, alrededor de 9 años de experiencia laboral en ocupaciones elementales, en su mayoría solteros y residían con su familia o en una institución.

La edad media de los participantes en el estudio coincide con los datos de otros estudios similares realizados con personas con TMG (Garay et al., 2014; López et al., 2005; Saiz-Ruiz et al., 2010). En relación al estado civil, la mayoría de los participantes en la Liga eran solteros con un nivel educativo bajo, resultados muy similares a los obtenidos por Leisse y Kallert (2000). Este nivel educativo bajo puede deberse a que los primeros síntomas en personas con TMG, como en las personas con esquizofrenia, cuya aparición suele darse al inicio de la edad adulta, aunque tras la aparición de la enfermedad suelen identificarse síntomas premórbidos, o en el caso de las discapacidades intelectuales (anteriormente retraso mental) o trastornos del espectro autista, actualmente considerados como trastornos del neurodesarrollo que se inician en la infancia.

En cuanto al trabajo, los participantes habían trabajado de media entre ocho (grupo la Liga) y diez años (grupo control), teniendo en su mayoría ocupaciones elementales, oficios o del sector servicios. En este sentido, la información es

congruente con investigaciones previas, que apuntan que el colectivo de personas con discapacidad tiene tasas de empleo más bajas (Laviana, 2006).

También es importante señalar que la mayoría de las personas que participaron en el estudio vivían con su familia o en una institución. En ambos casos, este dato hace referencia a que las personas con trastorno mental grave tienen una evolución crónica, que junto con la edad de inicio temprana, conlleva muchas limitaciones que les impide conseguir la autonomía e independencia necesarias para llevar una vida independiente, lo cual provoca importantes barreras psicosociales de diversos tipos: realizar estudios, encontrar empleo o mantener una red social y de apoyo, lo que comporta la necesidad de ayudas económicas, la dependencia de las familias y de distintas instituciones sociosanitarias (Goldman et al., 1981; Laviana, 2006).

El segundo objetivo de la investigación fue conocer el perfil clínico de las participantes del estudio. De nuevo, la descripción se realizó teniendo en cuenta los grupos a los que pertenecía cada participante. En primer lugar, se recogió el diagnóstico principal que habían recibido los participantes por parte de los profesionales acreditados para tal fin (médicos psiquiatras o psicólogos especialistas en psicología clínica). Dada la diversidad de diagnósticos observados en esta variable, se decidió recodificar los diagnósticos en cuatro categorías principales: trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo o de desregulación emocional, trastorno de personalidad y una última categoría de otros trastornos, en la que se incluyeron la discapacidad intelectual, el síndrome de Williams y los trastornos del espectro autista. La mayoría de los participantes, tanto en el grupo la Liga como en el grupo control, tenían como principal diagnóstico un trastorno psicótico, seguidos por similar presencia de trastornos del estado de ánimo/de desregulación emocional, trastornos de personalidad y otros trastornos. Así pues, el diagnóstico de esquizofrenia es el que predomina en estudio, dato que coincide con estudios con esta misma población (Enguita-Flórez, 2014; Mullor, 2016). De tal manera que, la distribución por tipo de trastorno de nuestro estudio es similar al de otros estudios, como el estudio realizado por Enguita-Flórez (2014) sobre la eficacia de un programa de actividad física y deporte, el 55,6% de los participantes padecían un trastorno psicótico, el 14,80%

un trastorno esquizoafectivo y un 18,50% trastorno de la personalidad. De igual forma, Mullor (2016) estudió el impacto de un programa de deportes inclusivo y actividad física, en el que se estudiaban variables sobre la salud física, psicológica y social y en el que participaban personas con TMG y estudiantes. En este estudio, los participantes con TMG, el 73,33%, presentaba esquizofrenia, un 3,33% trastorno esquizoafectivo, un 13,33% trastorno bipolar y 10% trastorno límite de la personalidad (Mullor, 2016).

En cuanto a las particularidades del diagnóstico y su tratamiento, los participantes llevaban aproximadamente unos 19 años en tratamiento (18 en el grupo la Liga y 20 en el grupo control), duración del tratamiento farmacológico que se puede considerar similar en ambos grupos. Asimismo, todos los participantes habían tenido alguna hospitalización en unidades de agudos (la mitad de ellos oscilaban entre 1 y 5 hospitalizaciones) Incluso, aproximadamente un 20% de los participantes habían tenido más de seis hospitalizaciones en unidades de agudos, Estos datos son congruentes con la literatura científica, que apunta que la mayoría de personas con TMG suelen abandonar los tratamientos farmacológicos y, que junto al fenómeno de 'la puerta giratoria' que se produce en la unidades de agudos, es frecuente que los pacientes con diagnóstico de TMG presentan recaídas en un porcentaje superior al 70% (Rubio Valladolid et al., 2014). Muchas de estas recaídas acaban en ingresos hospitalarios que podrían verse reducidos mediante programas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario (López y Laviana, 2007).

Además, también se analizó el tipo de dispositivo al que acudían los participantes, siendo en su mayoría los que acudían a un CEEM o vivienda supervisada, con una media de siete años en los distintos dispositivos. Así pues, durante la investigación se observó que muchas de las personas que participaron en el estudio tienen dificultades para cubrir sus necesidades de alojamiento, lo que afecta directamente a sus oportunidades de recuperación e inclusión, aumentando el uso inadecuado de la atención hospitalaria, de los ingresos, de la sobrecarga familiar e incluso provocando situaciones de marginación al encontrar sin hogar (Lascorz et al., 2014).

Los dispositivos residenciales CEEM o vivienda supervisada descritos en el marco teórico (véase apartado 1.5 del Capítulo 1) posibilitan la participación y permanencia de las personas con TMG en la vida social y su entorno a través de un conjunto de programas destinados a dar cobertura a una serie de cuestiones básicas como son la vivienda, la manutención, la higiene personal, los autocuidados, la toma de la medicación y en general la organización de su vida cotidiana (Lascorz, et al., 2014; López y Laviana, 2007). En lo que respecta a la clínica, los estudios más fiables destacan que dispositivos residenciales como los CEEM y viviendas supervisadas mejoran la adherencia a los tratamientos, estabilizan la sintomatología positiva y mejora la sintomatología negativa en personas con esquizofrenia (Laviana, 2006).

Continuando con los objetivos, nuestro tercer propósito fue describir las actividades de ocupación, ocio y tiempo libre que desarrollan las personas con TMG participantes en el estudio. Tal y como se ha comentado en el Capítulo 2, el modelo *recovery* propone superar el modelo tradicional de atención paternalista y estigmatizante, cambiándolo por un modelo de atención basado en la recuperación, la esperanza, el respeto y el control sobre sus propias vidas (Bellack y Drapalski, 2012). Para ello, resultan determinantes tanto el funcionamiento ocupacional, entendido como el desempeño de una actividad laboral satisfactoria de al menos media jornada durante dos años consecutivos, como la vida independiente, sin supervisión diaria para la realización de las actividades de la vida diaria (Liberman, 2002). En este sentido, pareció relevante conocer aquellas ocupaciones que realizaban los participantes, siendo aproximadamente tres cuartos de los participantes de ambos grupos los que realizaban programas de la salud y deporte y de ocio y tiempo libre. En cuanto a las actividades de ocio y tiempo libre, que implican vida independiente, fue habitual que los participantes realizaran paseos, pero muy pocos viajaban, iban al cine o salían a cenar. En este sentido, podríamos definir a los participantes como en “proceso de recuperación” mediante un cambio dirigidos a conducir sus vidas de forma autónoma y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial. Sin embargo, los resultados de nuestro estudio muestran poca implicación de las personas “en recuperación” en aquellas actividades que pueden implicar más autodeterminación (Davidson y González-Ibáñez, 2017).

El cuarto objetivo de la investigación tenía como finalidad describir el perfil de los participantes en el programa la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM. Desde el modelo de recuperación (*recovery*), la ocupación ocupacional, en este caso la Liga, se intenta legitimar a la persona con TMG como actor principal de su proceso de rehabilitación, de manera que la ocupación de la persona se considera un medio para que la persona desarrolle un funcionamiento ocupacional adaptativo, satisfactorio y significativo. Así pues, el ejercicio físico, como actividad física planificada y repetitiva, se considera una actividad ocupacional para los pacientes diagnosticados de TMG (Castellano Ramírez et al., 2014). Los participantes en la Liga llevaban participando en ella unos tres años, entrenaban una hora y media semanalmente y la mayoría se desplazaba a un recurso municipal (polideportivo) para hacerlo. La mayoría se informaban de los horarios de los partidos y la clasificación por un monitor y recurrían al tablón de anuncios del centro para estar informados de las noticias de la Liga. Así pues, los resultados muestran que efectivamente la participación en la Liga tiene las características de cualquier actividad deportiva, siempre y cuando sea una práctica habitual y prolongada en el tiempo. El escaso efecto encontrado en nuestros resultados, puede estar explicado por el poco tiempo semanal dedicado al entrenamiento y porque solo llevaban tres años de permanencia en la Liga). Sin embargo, nuestros resultados parecen indicar que la práctica de un deporte como el futbol favorece disponer de horarios fijos y estructurados para la actividad física, dato que ha sido señalados por los propios participantes de la Liga, y que son coincidentes con los datos obtenidos por Rastad et al. (2014) quien considera estos aspectos como claves para el mantenimiento de la práctica deportiva, aspecto esperable en nuestro grupo experimental si se dieran las condiciones de mayor número de horas de entrenamiento y mayor tiempo de permanencia en la Liga. Asimismo, nuestros resultados sobre el beneficio de planificar la actividad, estarían en la línea de los obtenidos por Rastad et al. (2014), en cuyo estudio se remarca que una de las tres estrategias fundamentales para mantener la actividad física en pacientes con esquizofrenia es planificar la actividad.

En cuanto al quinto objetivo de nuestra investigación: los niveles de *insight* cognitivo de los participantes. Al igual que se habían mostrado en investigaciones previas (Beck et al., 2004; Bora et al., 2007; Engh et al., 2007; Favrod et al., 2008;

Gutiérrez-Zotes et al., 2012; Kim et al., 2007; Mark y Wu, 2006), cuyos resultados apuntaban a una estructura de dos factores, se llevó a cabo el estudio de las propiedades psicométricas de la Escala de *Insight* Cognitivo de Beck (EICB; Beck et al., 2004), que pueden consultarse en el apartado 12.1 del Capítulo 12. Nuestros resultados también mostraron una estructura de dos factores al igual que en las investigaciones señaladas anteriormente. Sin embargo, para que el ajuste fuese adecuado, se tuvieron que eliminar los ítems 7, 12 y 13. Con la eliminación de estos ítems, se consiguió un ajuste adecuado, pero además estimaciones de consistencia interna mayores a las ofrecidas en la versión original (Beck et al., 2004) o en la validación española previa (Gutiérrez-Zotes et al., 2012), aunque la fiabilidad de la dimensión de auto-certeza se puede seguir considerando poco adecuada.

Una vez estudiadas las propiedades psicométricas, se calcularon estadísticos descriptivos (apartado 13.1 del Capítulo 13), que apuntaron valores medios tanto en la dimensión de auto-reflexión como en la de auto-certeza. Estos valores pueden considerarse elevados si se comparan con otros estudios con poblaciones similares, como en el reciente trabajo de Simón-Expósito y Felipe-Castaño (2022), donde las medias de auto-reflexión fueron prácticamente las mismas a las observadas en este estudio, en el cual se habían obtenido a partir de la escala en su totalidad (sin la eliminación de los ítems que se ha producido en este estudio), por lo que, en relativo, pueden considerarse inferiores a las observadas en esta investigación. Resultados similares fueron encontrados por Andreu et al. (2018).

El mismo procedimiento se siguió para dar respuesta al objetivo 6, en este caso con la Escala de Autoevaluación Ocupacional (OSA; Baron et al., 1998). Como puede verse en el apartado 12.2 del Capítulo 12, la estructura de tres factores correlacionados para cada subescala de la OSA ofreció un ajuste adecuado en los datos de esta investigación. Aunque en estudios previos se había propuesto la existencia de estos factores, la dimensionalidad se había probado por separado (Kielhofner et al., 2010). Así pues, esta es la primera vez que se ofrece evidencia de la existencia de los tres factores, desempeño, habituación y volición, tanto para la subescala de competencias como para la subescala de valores.

Con esta estructura, se estudiaron los estadísticos descriptivos para cada dimensión de cada subescala, encontrándose niveles medio-altos en la dimensión de desempeño de las subescalas de competencias y la de valores (véase apartado 13.2 del Capítulo 13). Aunque existen estudios previos de validación de la escala (i.e., Asgari y Kramer, 2008; Kielhofner et al., 2010; Pan et al., 2020; Stuber y Nelson, 2010), lo cierto es que muy pocos informan de las puntuaciones medias obtenidas por los participantes en las diferentes subescalas y dimensiones. Sí lo hacen Pekçetin et al. (2018), por ejemplo, quienes encontraron una media en la subescala de competencias (incluyendo en su caso las tres dimensiones de desempeño, habituación y volición) de 58,86 puntos. Esta puntuación media es prácticamente mimética a la del presente estudio, si se suman las puntuaciones en cada una de las dimensiones de la subescala de competencias (30,56 para desempeño, 13,53 para habituación y 13,58 en volición). En lo que se refiere a la subescala de valores, en el estudio de Pekçetin et al. (2018) la puntuación media esta fue de 53,04 puntos, en este caso inferior a la observada en el presente trabajo, en el que si se suman las puntuaciones en cada una de las dimensiones de la subescala de valores (31,02 para desempeño, 13,74 para habituación y 13,83 en volición) se obtiene una media de 58,59 puntos. En este sentido, estos datos pueden estar señalando un mayor grado de valores en los participantes de este estudio, pues sus puntuaciones son incluso superiores a las puntuaciones en competencias, lo que podría interpretarse como un factor motivador, al tratarse de la evaluación de aquellas competencias que son importantes y significativas para el paciente (Baron et al., 1998): mayor valor le dan los participantes a las competencias, más motivados están para conseguirlas.

Nuestro objetivo séptimo, describir los niveles en recuperación de los participantes, se consiguió, primero, con el estudio de las propiedades psicométricas de la Escala de Evaluación de la Recuperación de Maryland (Drapalski et al., 2012). Se trata del primer estudio que evalúa las propiedades psicométricas de esta escala en su adaptación española, y la evidencia encontrada fue en la misma línea que la presentada por los autores originales: un único factor representa adecuadamente a todos los ítems de la escala (Drapalski et al., 2012, 2016), tal y como se muestra en el apartado 12.3 del Capítulo 12.

En cuanto a los niveles de los participantes, la media en percepción subjetiva de recuperación mostró un nivel moderado-alto (apartado 13.3 del Capítulo 13). Para su comparación con otros participantes de la misma población, se procedió a revisar los estudios en los que se había aplicado la escala, pero, como ya ocurrió con la Escala de Autoevaluación Ocupacional, en su mayoría no ofrecieron datos sobre las puntuaciones medias obtenidas con el instrumento (i.e., Drapalski et al., 2012). Sin embargo, en los que sí lo hicieron, se observaron puntuaciones muy similares a las de este estudio, con medias alrededor de los 95 puntos (frente a la media de 93,54 puntos de esta investigación). Podría decirse, por tanto, que se trata de niveles habituales de recuperación en poblaciones de estas características.

Para dar respuesta a los objetivos octavo, noveno y décimo, se contrastaron las puntuaciones en *insight* cognitivo, autoevaluación ocupacional y recuperación de los dos grupos de participantes, el grupo la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM y el grupo control. Además, estos objetivos se corresponden con las tres hipótesis de investigación, que en conjunto apuntaban mayores niveles en estas variables para el grupo la Liga. Previa contrastación de estos objetivos, se puso a prueba la equivalencia de los dos grupos, en todas las variables descriptivas, observándose diferencias estadísticamente significativas en tan solo dos variables: la edad y la media de actividades de ocio y tiempo libre. Por ello, se controló por estas variables (se introdujeron como covariables) en los análisis de comparación (véase apartado 14.1 del Capítulo 14).

En el primer caso, *insight* cognitivo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de sus dimensiones, ni en auto-reflexión ni en auto-certeza (apartado 14.2.1 del Capítulo 14). Esta evidencia no apoya la primera hipótesis de investigación del estudio, *“Participar en la ocupación deportiva de futbol, específicamente en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM, influirá positivamente sobre los niveles de insight cognitivo de las personas con TMG. De manera que el grupo de participantes de la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM mostrará mayores niveles de insight cognitivo que el grupo de sujetos que no participan en ella”*. De hecho, los resultados son contraintuitivos y contradicen investigaciones previas, dado que

existe abundante literatura que ofrece evidencia de los beneficios de la actividad física en las personas con TMG (Battaglia et al., 2013; Firth et al., 2017; Heggelund et al., 2011; Scheewe et al., 2012). Por ejemplo, el estudio de Battaglia et al. (2013) apunta beneficios de la práctica de fútbol (entrenamiento durante doce semanas) para la calidad de vida de las personas con TMG.

Específicamente en lo que se refiere al *insight* cognitivo, no se han encontrado estudios previos que evaluaran el efecto de actividades deportivas en esta variable. No obstante, teniendo en cuenta que el ejercicio aeróbico conlleva efectos positivos para la atención, la memoria y la función ejecutiva, estimulando la neuroplasticidad; aumenta también el volumen del hipocampo y la integridad de la materia blanca; y una mejoría de las capacidades cognitivas, un aumento del volumen de la materia gris y de los factores neutrófilos del cerebro que le proporcionan una mejor plasticidad (Firth et al. 2017), lo esperable hubiese sido encontrar mayores puntuaciones en auto-reflexión y auto-certeza en el grupo de participantes de la Liga.

Esto podría estar explicado porque en el programa de la Liga no se incorporaron intervenciones específicas dirigidas a modificar los mecanismos de evaluación, corrección de interpretaciones inadecuadas o de las creencias distorsionadas, es decir, el programa de ocupación deportiva no contaba con otras intervenciones que facilitaran el cambio del *insight* cognitivo. Otra posible explicación de la ausencia de *insight* puede deberse a un fallo en la objetividad y una falta en la habilidad para poner esta en perspectiva, dado que el este estudio sugiere que la participación en el programa de la Liga sí aumenta competencia. También podría explicarse por un fallo de objetividad en la valoración individual de los participantes, en la pérdida de la habilidad para poner en perspectiva dicha objetividad, así como en la resistencia individual para corregir teorías implícitas previas a la participación en la Liga. Otra posible causa de estos resultados pudiera ser el hecho de que los sujetos (específicamente, aquellos participantes del grupo control), ya partían con niveles elevados de *insight*, si se comparan con otras investigaciones en la misma población (por ejemplo, véase el comentario realizado unas líneas más arriba sobre los resultados de Simón-Expósito y Felipe-

Castañó (2022) con respecto al *insight*). En este sentido, el margen para la mejoría es menor y, por tanto, puede haber habido un efecto techo.

Además, es cierto que, hasta donde sabemos, existen otras variables distintas al ejercicio físico y el deporte que pueden afectar a los niveles de *insight* en pacientes con TMG, como son la sintomatología depresiva (Andreu-Pascual et al., 2018), por lo que pudiera ser que dicha sintomatología fuera responsable de la ausencia del efecto de la participación en la Liga. En cualquier caso, se trata de una hipótesis tentativa. Futuros estudios deberían de evaluar el efecto de la participación en una ocupación deportiva, controlando por los niveles de depresión y ansiedad de los participantes en el momento de la evaluación.

En el caso de la segunda hipótesis, *“Participar en la ocupación deportiva de futbol, específicamente en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM, influirá positivamente sobre los niveles de autoevaluación ocupacional de las personas con TMG. De manera que el grupo de participantes de la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM mostrará mayores niveles de autoevaluación ocupacional que el grupo de sujetos que no participan en ella”*, la evidencia recogida en este estudio apoyó parcialmente la hipótesis. Por una parte, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en las dimensiones de desempeño, habituación y volición de la subescala de competencias, pero no en las de desempeño, habituación y volición de la subescala de valores. En los casos en que se encontraron diferencias (en todas las dimensiones de la escala de competencias), siempre los niveles fueron mayores en los participantes del grupo la Liga frente a los del grupo control.

Estos resultados son congruentes con la literatura, dado que para desempeñar la ocupación deportiva elegida muchas veces se debe cambiar los hábitos, pues las elecciones de ocupación demandan organizarse en rutinas para optimizar el tiempo y lograr cumplir con todas las actividades involucradas, rutinas que con el tiempo llegan a ser incluso automáticas. Así pues, en la medida en que la persona participe de sesiones estructuradas constantes en el tiempo que desarrollen un sentido de capacidad personal y autoeficacia, mejorará la apreciación de sí mismo y su capacidad de desempeño (Allan et al., 2021; Celis et al., 2014; Vásquez-

Duque, 2021). En este sentido, la investigación realizada por Galán-Casado et al. (2020) sobre el impacto de la denominada Ligasame, dirigida a personas con TMG integradas en diferentes recursos de rehabilitación psicosocial de la Red de Atención a Personas con Enfermedad Mental de la Comunidad de Madrid, identificó beneficios físicos (como la mejora de hábitos de higiene, de hábitos alimenticios o de los autocuidados), psicológicos (como mayor autocontrol y menor apatía) y sociales (incluyendo respeto a las normas, la puntualidad o la mejora de las habilidades sociales) en los participantes, lo que coincide con los contenidos en las competencias de desempeño, habituación y volición que recoge la Escala de Autoevaluación Ocupacional

Finalmente, y en el caso de la tercera hipótesis, *“Participar en la ocupación deportiva de futbol, específicamente en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM, influirá positivamente sobre los niveles de recuperación de las personas con TMG. De manera que el grupo de participantes de la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental Fundación SASM mostrará mayores niveles de recuperación que el grupo de sujetos que no participan en ella”*, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en recuperación entre grupos. Este resultado es congruente con la literatura previa, que apunta que las actividades de ejercicio físico en grupo brindan oportunidades para vivir una vida social positiva que algunos usuarios de servicios de salud mental valoran muy positivamente (Carless 2007; Carter-Morris y Faulkner, 2003). Como se comentó al inicio de este texto, la actividad física y una buena experiencia con el deporte pueden ayudar a aumentar la autoestima en personas con TMG, llegando a ser actividades con significado que proporcionan una razón para vivir para algunas personas con enfermedades mentales (Carless, 2007). De hecho, las investigaciones apuntan que la disposición de ocupaciones deportivas posibilita generar lugares para que las personas con TMG vuelvan a reorientar su propia existencia desde la transformación de estilos de vida, consiguiendo, además, mejorar el estado emocional y su calidad de vida en general (Castillo-Algarra et al., 2017). También otras investigaciones han apuntado que los programas de deporte favorecen la relación con personas de distintos ámbitos sociales, no afectados por la enfermedad mental, ayudando a posibilitar una relación normalizada donde el contacto directo es primordial (López-Pardo, 2014).

Teniendo en cuenta que la mejora de los síntomas, del funcionamiento ocupacional, la vida independiente y las relaciones con los compañeros son los pilares del modelo de recuperación (Lieberman, 2002), no es de extrañar que la intervención deportiva estudiada haya producido niveles más altos de recuperación en los participantes.

15.2. Limitaciones de la investigación

La presente investigación cuenta con una serie de limitaciones, que a continuación pasaremos a exponer.

En primer lugar, el diseño transversal utilizado no ha permitido observar los cambios producidos a lo largo del tiempo en los participantes de ambos grupos en las variables objeto de estudio. En este sentido, hubiese sido deseable monitorizar a los participantes desde el inicio de su participación en la Liga, para estudiar si efectivamente tal participación producía un incremento en los niveles de *insight* cognitivo, autoevaluación ocupacional y procesos de recuperación.

En esta misma línea, y siguiendo con las limitaciones intrínsecas al propio diseño de investigación, la falta de aleatorización en la selección de los participantes imposibilita también el control de variables externas, lo que puede haber afectado a las puntuaciones observadas en el *insight* cognitivo, autoevaluación ocupacional y procesos de recuperación. No obstante, y para paliar esta limitación, los grupos se compararon en un amplio listado de variables sociodemográficas, clínicas y ocupacionales, y aquellas en las que se observaron diferencias entre grupos fueron introducidas como covariables cuando se estudiaron las diferencias entre grupos.

Por otra parte, existen otras variables en personas con TMG que han sido mencionadas de forma recurrente a lo largo de este texto y que se han relacionado con el proceso de recuperación de las personas con TMG (síntomas del trastorno, autoestima, síntomas depresivos y ansiosos, autoeficacia, apoyo social, número de recaídas, etc.). Estas variables, que no se han podido considerar en esta

investigación, podrían estar relacionadas con el *insight* cognitivo, la autoevaluación ocupacional y el proceso de recuperación, y por tanto podrían estar afectando a los niveles observados.

Adicionalmente, no se incorporaron en la investigación programas específicos dirigidos a trabajar e implementar el *insight* cognitivo, que podrían haber mejorado los resultados en esta variable.

Finalmente, este estudio se basó en medidas de autoinforme, que son propensas a sesgos o errores en la recopilación de datos (errores individuales), especialmente con personas con TMG, dado que dicho diagnóstico implica una cronicidad, además de posibles recaídas, sin que se evaluara en el momento del estudio el estado clínico de los pacientes.

15.3. Futuras líneas de investigación

Teniendo en cuenta las limitaciones comentadas, futuras líneas de investigación podrían incluir diseños de medidas temporales, que siguiesen la evolución de los participantes en las ligas de deporte desde el inicio de su participación y a lo largo del tiempo.

Siguiendo con las futuras líneas derivadas de las propias limitaciones de este estudio, aunque la aleatorización de los sujetos parece imposible en este contexto, esta falta de experimentalidad podría suplirse con el estudio de un mayor número de variables extrañas, tanto para poder controlar el efecto de estas, como porque sustantivamente son relevantes para el proceso de recuperación. En este sentido, la literatura revisada ha puesto de manifiesto que, tanto por su relación con la práctica del deporte, como por su relación con el proceso de recuperación, serían principalmente relevantes variables como la depresión, la ansiedad, la autoestima, la autoeficacia y el apoyo social. Según la literatura revisada, estas variables bien podrían motivar o desmotivar la práctica del deporte, también serían consecuencias de esta (i.e., mayor práctica del deporte parece redundar en mayores niveles de autoestima), a la vez que dificultan (la depresión, la ansiedad)

o facilitan (la autoestima, el apoyo social) el proceso de recuperación de las personas con TMG.

Se necesitaría un futuro trabajo para traducir de manera integral los conceptos utilizados en ámbito de la rehabilitación psicosocial para comprender completamente la importancia de la ocupación de personas con TMG. Asimismo, se necesitaría trabajos futuros que mostrarán los resultados de la ocupación deportiva después de la participación en el programa, ver la generalización de los resultados a otros campos y comprobar la estabilidad de los resultados en los participantes en los programas de ocupación deportiva.

Finalmente, futuras investigaciones deberían incorporar programas específicos para implementar el *insight* cognitivo, que faciliten una nueva perspectiva para evaluar su propia recuperación desde modelo de recuperación utilizado.

15.4. Implicaciones para la práctica clínica

Los resultados observados apuntaron que el programa de intervención grupal en la Liga es un programa de intervención eficiente para aumentar la competencia de los usuarios en las tres dimensiones, desempeño, habituación y volición, y para mejorar su proceso de recuperación. Lo que implica que nuestros resultados se alinean con la literatura existente respecto al aumento de la competencia y la recuperación, lo que puede significar un nuevo método de intervención viable y fácil de implementar para ser utilizado en los dispositivos de rehabilitación psicosocial para personas con TMG.

Asimismo, al tener una estructura de trabajo en grupo, el programa también incluye y facilita las relaciones dentro del grupo, la división del trabajo, la habituación, el concepto del compañero de ocupación y la volición lo que se ha confirmado en la literatura científica como áreas orientadas a la rehabilitación de personas diagnosticadas con TMG. Todo ello permitiría implementar capacidades de desempeño ocupacional que permitan adquirir competencias relacionadas con las habilidades motoras, para ejecutar las tareas diarias; para cuidar la propia

residencia (hogar, cuarto, etc.), para cuidar del propio aseo personal y de la salud (la higiene personal, vestirse y arreglo personal), así como las habilidades para cuidar de otras personas de su entorno. De la misma manera, posibilitaría la adquisición de patrones dirigidos a la organización de una vida autónoma con rutinas que permitan reducir la ansiedad ante situaciones no planificadas, disfrutar de intereses y adquirir hábitos o cumplir con las expectativas que están asociadas a roles particulares. Por último, promovería que las personas conceptualizadas de TMG pudieran elegir actividades ocupacionales, que le permitieran encontrar placer y satisfacción en la ocupación o, incluso, plantearse objetivos realistas y ser capaz de lograrlos.

Estos resultados, referentes a las mejores resultados encontrados en el grupo experimental la Liga, aportan evidencia suficiente para promover este tipo de actividades en los programas de rehabilitación psicosocial, por lo que sería indicado fomentar la práctica de diversos deportes, no solo deportes como el futbol, sino de otros deportes más minoritarios, que puedan ser elegidos por las personas diagnosticadas de TMG, lo cual al ser una elección individual podría tener mayores efectos de los encontrados en este estudio.

La acumulación de evidencia empírica en esta línea, facilitaría la toma de decisiones por de los legisladores basadas en evidencia científica y no sujetas a decisiones políticas, incorporándose la implementación de estas actividades, con el fin de que las instituciones facilitaran la promoción del deporte como actividad ocupacional y facilitara disponer de espacios que permitan la ejecución de esta actividad.

Capítulo 16. Conclusiones

En este apartado se recogen las conclusiones derivadas de la presente investigación.

En primer lugar, y tras la revisión de la literatura, podemos concluir que la práctica de la actividad física, y específicamente, del deporte, resulta beneficiosa para las personas con trastorno mental grave, pues produce mejoras en la sintomatología de los trastornos, a nivel físico (con niveles más altos de actividad física o la pérdida de peso), psicológico (mejorando la autoconfianza, la autoeficacia, la autoestima, el compromiso, el bienestar psicológico, el sentido de identidad, o los niveles de estrés) y social (mejorando las habilidades para la interacción y la comunicación, y aumentando así la competencia social). Sin embargo, los estudios que hasta el momento han estudiado el impacto del futbol en personas con TMG siguen siendo limitados, tanto en número como en rigor metodológico; la mayoría de ellos son exclusivamente cualitativos, con muestras pequeñas y sin grupo control.

En segundo lugar, los resultados de esta investigación permiten concluir al respecto del perfil de persona con TMG que practica una actividad deportiva como el futbol como actividad ocupacional. En este sentido, la mayoría fueron hombres con una edad media alrededor de los 40 años, con estudios primarios, alrededor de 9 años de experiencia laboral en ocupaciones elementales, en su mayoría solteros y residían con su familia o en una institución (CEEM o vivienda supervisada, en su mayoría). Son personas que han trabajado aproximadamente unos nueve años, en ocupaciones elementales, oficios o del sector servicio, con principal diagnóstico de trastorno psicótico. Se trata de adultos que llevan casi 20 años de media en tratamiento, con varias hospitalizaciones. En cuanto a sus actividades de ocupación, tres cuartos de los participantes de ambos grupos los que realizaban programas de la salud y deporte y de ocio y tiempo libre; y en cuanto a las actividades de ocio y tiempo libre, que implican vida independiente, fue habitual que los participantes realizaran paseos, pero muy pocos viajaban, iban al cine o salían a cenar. En cuanto a la participación en la Liga, el grupo de participantes llevaba, de media, algo más de tres años participando en esta, siendo los entrenamientos fuera del centro de residencia o del dispositivo en la mayoría de los casos. En general, necesitaban del monitor, monitora o del tablón de anuncios del centro para estar informado de los partidos y la actualidad del torneo.

En tercer lugar, la Escala de *Insight* Cognitivo de Beck (Beck et al., 2004), la Escala de Autoevaluación Ocupacional versión 2.2 (Baron et al., 1998) y la Escala de Evaluación de la Recuperación de Maryland (Drapalski et al., 2012) ofrecieron evidencias de adecuadas propiedades psicométricas y son, por tanto, adecuadas cuando el objetivo es evaluar estos constructos en personas españolas con trastorno mental grave.

En cuarto lugar, los participantes con trastorno mental grave mostraron valores medios de *insight* cognitivo, tanto en la dimensión de auto-reflexión como en la de auto-certeza; niveles medio-altos en autoevaluación ocupacional, en sus diversas dimensiones; y un nivel moderado-alto de recuperación.

Por último, la participación en una liga de futbol como ocupación deportiva mejoró los niveles de los usuarios en todas las competencias, incluyendo las de

desempeño, habituación y volición, así como los niveles de recuperación. Sin embargo, no fue así en el caso del *insight* cognitivo, en ninguna de sus dimensiones.

La participación en una liga de futbol puede, por tanto, ser un instrumento útil para mejorar, no solo la salud física, mental y las habilidades sociales de las personas con trastorno mental grave, sino que, además, incide en su proceso de recuperación, específicamente a través de la mejora de sus competencias ocupacionales.

PARTE VI. REFERENCIAS

- Acil, A. A., Dogan, S., & Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(10), 808-815. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01317.x>
- Aderhold, V., Stastny, P., & Lehmann, P. (2007). Soteria. An alternative mental health reform movement. En P. Statsny & P. Lehmann (Eds.), *Alternatives Beyond Psychiatry*, (pp. 146-160). Peter Lehmann Publishing.
- AEDIR. (2014). *AEDIR. Memoria de actividades 2014*. Recuperado de http://www.aedir.es/descargas/category/8-memorias_anuales.html
- Aguirre, M. V. F., Cases, J. C. G., & Merchán, M. G. (1990). La rehabilitación Psicosocial: Un modelo de intervención. *Análisis y modificación de conducta*, 16(50), 489-505.
- Allan, N., Wachholtz, D., & Valdés, A. (2021). Cambios en la Ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 22(2), 233-242. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2021.103>

- Álvarez, M. L., & Cuetos, M. L. (2016). La coordinación sociosanitaria en la atención a personas con trastornos mentales graves. *Enfermería Clínica*, 26(1), 61-67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.08.006>
- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 74, Artículo 7412410010p1-7412410010p87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Autor.
- American Psychiatric Association. (2004). *Quick Reference to the American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2004*. Autor.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Autor.
- Anderson, E., & Shivakumar, G. (2013). Effects of exercise and physical activity on anxiety. *Frontiers in Psychiatry*, 4, Artículo 27. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2013.00027>
- Andreu Pascual, M., Vilaplana Pérez, A., Pedrós Roselló, A., & Martínez Mollá, P. (2018). Insight, sintomatología y funcionamiento neurocognitivo en pacientes con psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 491-508. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000200008>
- Anthony, W. A. (1979). *The principles of psychiatric rehabilitation*. Human Resource Development Press.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

- Arfes. (2018). Área ocio, tiempo libre, deportes. Recuperado de: <http://www.arfes.org/centros/ocio.htm>
- Arnaiz, A., & Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6(26), 49-59.
- Asgari, A., & Kramer, J. M. (2008). Construct validity and factor structure of the Persian Occupational Self-Assessment (OSA) with Iranian students. *Occupational Therapy in Health Care*, 22(2-3), 187-200. <https://doi.org/10.1080/07380570801991826>
- Asmundson, G. J., Fetzner, M. G., DeBoer, L. B., Powers, M. B., Otto, M. W., & Smits, J. A. (2013). Let's get physical: a contemporary review of the anxiolytic effects of exercise for anxiety and its disorders. *Depression and anxiety*, 30(4), 362-373. <https://doi.org/10.1002/da.22043>
- Bailey, A. P., Hetrick, S. E., Rosenbaum, S., Purcell, R., & Parker, A. G. (2018). Treating depression with physical activity in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*, 48(7), 1068-1083. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002653>
- Bailey, L. B., Thigpen, C. A., Hawkins, R. J., Beattie, P. F., & Shanley, E. (2017). Effectiveness of manual therapy and stretching for baseball players with shoulder range of motion deficits. *Sports Health*, 9(3), 230-237. <https://doi.org/10.1177/1941738117702835>
- Baron, K., Kielhofner, G., Iyenger, A., Goldhammer, V., & Wolenski, J. (1998). *Manual del Usuario del Autoevaluación Ocupacional (OSA). Versión 2.2*. University of Illinois at Chicago.
- Barton, J., Griffin, M., & Pretty, J. (2012). Exercise-, nature-and socially interactive-based initiatives improve mood and self-esteem in the clinical population. *Perspectives in Public Health*, 132(2), 89-96. <https://doi.org/10.1177/1757913910393862>

- Battaglia, G., Alesi, M., Inguglia, M., Roccella, M., Caramazza, G., Bellafiore, M., & Palma, A. (2013). Soccer practice as an add-on treatment in the management of individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 595-603. <https://doi.org/10.2147/NDT.S44066>
- Bauer D. (1992) *Rehabilitación: enfoque integral*. Masson-Salvat.
- Bayón, D. N. (2011). Cómo Aplicar Intervenciones Basadas en la Evidencia en Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastorno Mental Grave. Problemas, Soluciones y Metaperspectiva. *Clínica contemporánea*, 2(3), 229-247. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n3a1>
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., y Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2-3), 319-329. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00189-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00189-0)
- Belcher, T. L. (1988). Behavioral reduction of overt hallucinatory behavior in a chronic schizophrenic. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19(1), 69-71.
- Bell, M. D., & Ryan, E. R. (1984). Integrating psychosocial rehabilitation into the hospital psychiatric service. *Psychiatric Services*, 35(10), 1017-1023.
- Bellack, A. S., & Drapalski, A. (2012). Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry*, 11(3), 156-160. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2012.tb00117.x>
- Belloch, A., & Baños, R. (1993). Estrés y esquizofrenia. En U. Buendía (Ed.), *Estrés y Psicopatología* (pp. 62-74). Pirámide.
- Bergman, R. L., & Goldstein, M. J. (1993). Short-Term Stability of Task-Generated, Interactional Patterns in Families of Schizophrenic Patients. *Family process*, 32(1), 105-115.

- Bergman, U., Hutzler, Y., Stein, D., Avidan, G., & Wozner, Y. (1993). Therapeutic physical activity for adolescents in a closed psychiatric ward. *Issues in Special Education and Rehabilitation*, 8(2), 41-54.
- Biondi, R. F. (2007). La importancia de la actividad física en el tratamiento de deshabituación a las drogas. *Alcmeón*, 14(2), 82-89.
- Bora, E., Erkan, A., Kayahan, B., & Veznedaroglu, B. (2007). Cognitive insight and acute psychosis in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(6), 634-639. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01731.x>
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Brawn, P., Combes, H., & Ellis, N. (2015). Football narratives: recovery and mental health. *The Journal of New Writing in Health and Social Care*, 2(1), 30-46. <https://doi.org/10.4236/health.2013.53A076>
- Brophy, L., & Harvey, C. (2011). Social isolation in people with mental illness. *Medicine Today*, 12(10), 73-78.
- Brown, C., Stoffel, V. C., & Munoz, J. (2019). *Occupational therapy in mental health: A vision for participation*. FA Davis.
- Buckley, P. (2009). Visión clínica en esquizofrenia: consideraciones sobre la comorbilidad médica en esquizofrenia. *RET: Revista de Toxicomanías*, 56, 3-9.
- Byrne, B. M. (2012). *Structural equation modeling with Mplus: Basic concepts, applications, and programming*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Cairney, J., Veldhuizen, S., Faulkner, G., Schaffer, A., & Rodriguez, M. C. (2009). Bipolar disorder and leisure-time physical activity: results from a national

- survey of Canadians. *Mental Health and Physical Activity*, 2(2), 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2009.09.003>
- Canadian Psychiatric Association. (2005). Clinical practice guidelines: treatment of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(13), 7S-57S.
- Cardemore, G., & Sisti, E. (1997). Trabajo y rehabilitación psicosocial: una perspectiva histórica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17(64), 663-677.
- Carless, D. (2007). Phases in physical activity initiation and maintenance among men with serious mental illness. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9(2), 17-27. <https://doi.org/10.1080/14623730.2007.9721835>
- Carless, D., & Douglas, K. (2008). The role of sport and exercise in recovery from serious mental illness: Two case studies. *International Journal of Men's Health*, 7(2), 137–156. <https://doi.org/10.3149/jmh.0702.137>
- Carless, D., & Sparkes, A. C. (2008). The physical activity experiences of men with serious me Carter-Morris, P., & Faulkner, G. (2003). A football project for service users: the role of football in reducing social exclusion. *Journal of Mental Health Promotion*, 2, 24-30.
- Carter-Morris, P., & Faulkner, G. (2003). A football project for service users: the role of football in reducing social exclusion. *Journal of Mental Health Promotion*, 2, 24-30.
- Castillo-Algarra, J., Galán-Casado, D., & García-Tardón, B. (2017). Deporte y Trastorno Mental Grave. El caso de LIGASAME y otras iniciativas en España. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 16(1), 54-65.
- Ceballos, I. & Casanovas, R. (2017). La función y el valor del deporte en AVIFES. *Educació Social: Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 65, 124-140.

- Celis, D. M., Montañez, G., & Jaimes, M. (2014). Factores personales que influyen en el comportamiento ocupacional de los estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad de Pamplona. *BISTUA Revista de la Facultad de Ciencias Básicas*, 11(1), 57-66.
- Chamberlin, J. (1978). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. McGraw-Hill.
- Chamove, A. S. (1986). Positive short-term effects of activity on behaviour in chronic schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 25(2), 125-133.
- Chan, J. S., Liu, G., Liang, D., Deng, K., Wu, J., & Yan, J. H. (2019). Special issue—therapeutic benefits of physical activity for mood: a systematic review on the effects of exercise intensity, duration, and modality. *The Journal of psychology*, 153(1), 102-125.
<https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1470487>
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(3), 464-504. <https://doi.org/10.1080/10705510701301834>
- Chwastiak, L. A., Rosenheck, R. A., & Kazis, L. E. (2011). Association of psychiatric illness and obesity, physical inactivity, and smoking among a national sample of veterans. *Psychosomatics*, 52(3), 230-236.
<https://doi.org/10.1016/j.psych.2010.12.009>
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>
- Clark, L. A., & Watson, D. (2016). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. En A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (pp. 187–203). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14805-012>

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Erlbaum.
- Commission of the European Communities. (2007). White Paper on Sport. Autor.
- Conejo, S., Moreno, P., Morales, J. M., Alot, A., García-Herrera, J. M., González, M. J., Quemada, C., Requena, J., & Moreno, B. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(2), 223-233. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000200005>
- Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía. (2007). *Plan Integral de Salud Mental de Andalucía*. Recuperado de: <https://www.1decada4.es/>
- Cooke, A. (2016). Changing society's whole approach to psychosis. *Journal of Mental Health*, 25(4), 287-290. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1167861>
- Corretti, G., Martini, C., Greco, P. L., & Marchetti, F. P. (2011). Sport in psychiatric rehabilitation: a tool in pre-acute, post-acute and chronic phase. *International Journal of Clinical Medicine*, 2, 568-569. <https://doi.org/10.4236/ijcm.2011.25093>
- Crone, D., Heaney, L., Herbert, R., Morgan, J., Johnston, L., & Macpherson, R. (2004). A comparison of lifestyle behaviour and health perceptions of people with severe mental illness and the general population. *Journal of Public Mental Health*, 3(4), 19-25. <https://doi.org/10.1108/17465729200400025>
- Crone, D., Heaney, L., y Owens, C. (2009). Physical activity and mental health. En L. Dugdill, D. Crone y R. Murphy (Eds.), *Physical activity and health promotion: Evidenced-based approaches to practice* (pp. 198-212). Blackwell.

- Cuairán, O., Laparra, I., Arnedo, A., & Loitegui, A. (2009). Terapia ocupacional en discapacidad intelectual. *TOG (A Coruña)*, 6, 391-409.
- Daley, A. J. (2002). Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy a worthwhile intervention?. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(4), 262-270. <https://doi.org/10.1192/apt.8.4.262>
- Darongkamas, J., Scott, H., & Taylor, E. (2011). Kick-starting men's mental health: An evaluation of the effect of playing football on mental health service users' well-being. *International Journal of Mental Health Promotion*, 13(3), 14-21. <https://doi.org/10.1080/14623730.2011.9715658>
- Davidson, L., & González-Ibáñez, À. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189-205. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100011>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory. En P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 416–436). Sage Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446249215.n21>
- Department of Health. (2006). *Choosing health: Supporting the health needs of people with severe mental illness*. Recuperado de: https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/choosing_mental_health.pdf
- Desviat, M. (2020). *La reforma psiquiátrica. Nueva edición revisada*. La Revolución Delirante.
- Dickerson, F. B., Brown, C. H., Daumit, G. L., Fang, L., Goldberg, R. W., Wohlheiter, K., & Dixon, L. B. (2006). Health status of individuals with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 584-589. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj048>

- Domínguez-Panchón, A. I. (2012). El Trastorno Mental Grave. En Instituto de Investigaciones Psiquiátricas (IIP) / Fundación M^a Josefa Recio (Eds.), EDUCA-ESQ: Programa psicoeducativo para el manejo de la sobrecarga en el cuidador del paciente con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (pp. 11-21). Fundación M^a Josefa Recio.
- Drapalski, A. L., Medoff, D., Dixon, L., & Bellack, A. (2016). The reliability and validity of the Maryland assessment of recovery in serious mental illness scale. *Psychiatry Research*, 239, 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.031>
- Drapalski, A. L., Medoff, D., Unick, G. J., Velligan, D. I., Dixon, L. B., & Bellack, A. S. (2012). Assessing recovery of people with serious mental illness: Development of a new scale. *Psychiatric Services*, 63(1), 48-53. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100109>
- Duraiswamy, G., Thirthalli, J., Nagendra, H. R., & Gangadhar, B. N. (2007). Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia—a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(3), 226-232. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01032.x>
- Durante-Molina, P., & Noya-Arnaiz, B. (1998). *Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica*. Masson.
- Dyer, L., & Mills, C. (2011). Service users are inspired to imagine their goals. *Mental Health Practice*, 14(5), 32-35.
- Ellis, N., Crone, D., Davey, R., & Grogan, S. (2007). Exercise interventions as an adjunct therapy for psychosis: a critical review. *British journal of Clinical Psychology*, 46(1), 95-111. <https://doi.org/10.1348/014466506X122995>
- Engh, J. A., Friis, S., Birkenaes, A. B., Jónsdóttir, H., Ringen, P. A., Ruud, T., Sundet, K. S., Opjordsmoen, S., & Andreassen, O. A. (2007). Measuring cognitive insight in schizophrenia and bipolar disorder: A comparative

- study. *BMC Psychiatry*, 7, Artículo 71. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-71>
- Enguita-Flórez, M. P. (2014). Efectos de un programa de actividad física en trastorno mental grave. *Rehabilitación psicosocial*, 11(1), 17-27.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (1995). *Public Welfare Services and Social Exclusion: The Development of Consumer Oriented Initiatives in the European Union*. Loughlinstown House, Shankill, Co.
- Fallon, I. R., & The Optimal Treatment Project Collaborators. (1999). Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. Optimal Treatment Project Collaborators. *Psychiatric Services*, 50, 615-618. <https://doi.org/10.1176/ps.50.5.615>
- Farholm, A., & Sørensen, M. (2016). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(3), 194-205. <https://doi.org/10.1111/inm.12214>
- Farkas, M., & Anthony, W. A. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions: a review. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 114-129. <https://doi.org/10.3109/09540261003730372>
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-158. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>
- Faulkner, G., & Sparkes, A. (1999). Exercise as therapy for schizophrenia: An ethnographic study. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21(1), 52-69. <https://doi.org/10.1123/jsep.21.1.52>
- Favrod, J., Zimmermann, G., Raffard, S., Pomini, V., & Khazaal, Y. (2008). The Beck Cognitive Insight Scale in outpatients with psychotic disorders: further

- evidence from a French-speaking sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(11), 783-787.
<https://doi.org/10.1177/070674370805301111>
- Fernández, J. A., Touriño, R., Benítez, N., & Abelleira, C. (2010). *Evaluación en rehabilitación psicosocial*. Federación Española De Asociaciones De Rehabilitación Psicosocial.
- Fernández-Catalina, P., & Ballesteros-Pérez, F. (2017). La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 15-36.
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Yung, A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 45(7), 1343-1361.
<https://doi.org/10.1017/S0033291714003110>
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(14), 2869-2881.
<https://doi.org/10.1017/S0033291716001732>
- Firth, J., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Malchow, B., Schuch, F., Elliott, R., Nuechterlein, K. H., & Yung, A. R. (2017). Aerobic exercise improves cognitive functioning in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3), 546-556.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbw115>
- Frederiksen, K. P., Stavestrand, S. H., Venemyr, S. K., Sirevåg, K., & Hovland, A. (2021). Physical exercise as an add-on treatment to cognitive behavioural therapy for anxiety: A systematic review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(5), 626-640.
<https://doi.org/10.1017/S1352465821000126>

- Friedrich, B., & Mason, O. J. (2017). "What is the score?" A review of football-based public mental health interventions. *Journal of Public Mental Health*, 16(4), 144-158. <https://doi.org/10.1108/JPMH-03-2017-0011>
- Fundación Intrás. (2018). *Conócenos*. Recuperado de: <https://www.intras.es/conoceno>
- Fundación SASM. (2018). Liga FUNSASM. Recuperado de: <http://fundacionsasm.org/liga-funsasm/>
- Galán-Casado, D., Castillo-Algarra, J., & García-Tardón, B. (2020). Deporte e inclusión social en personas con trastorno mental grave (TMG). *Psychology, Society & Education*, 12(1), 71-83. <https://doi.org/10.25115/psye.v0i0.2343>
- Garay, M., Pousa, V., & Pérez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 459-475.
- Gisbert, C., Arias, P., Camps, C., Cifre, A., Chicharro, F., & Fernández, J. (2002). *Rehabilitación Psicosocial del Trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Goffman, E. (1956). Embarrassment and social organization. *American Journal of Sociology*, 62(3), 264-271.
- Goldman, H. H., Gattozzi, A. A., & Taube, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mentally III. *Psychiatric Services*, 32(1), 21-27.
- Goldstein, M. J., Rodnick, E. H., Evans, J. R., May, P. R., & Steinberg, M. R. (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 35(10), 1169-1177.
- Gomes, E., Bastos, T., Costa, R., & Corredeira, R. (2017). Efeito de um programa de atividade física na capacidade funcional para o exercício e nível de

- atividade física de pessoas com esquizofrenia: um estudo piloto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 18, 44-50. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0191>
- Gomes, F. A., Almeida, K. M., Magalhaes, P. V., Caetano, S. C., Kauer-Sant'Anna, M., Lafer, B., & Kapczinski, F. (2013). Cardiovascular risk factors in outpatients with bipolar disorder: a report from the Brazilian Research Network in Bipolar Disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 35, 126-130. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2011-0768>
- Gómez, M. (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid.
- González, D., Cernuda, J. A., Alonso, F., Beltrán, P., & Aparicio, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145-166. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008>
- González, J. C. , & Rodríguez, A. (2002). *La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica: programas básicos de intervención*. Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid.
- González-Cajal, J. (1989). Algunos datos sobre la psiquiatría que vivió Lafora en España hasta 1936. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 9(28), 101-114.
- Gorczynski, P., & Faulkner, G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, Artículo CD004412. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004412.pub2>
- Grant, D. C., & Grant, T. (2000). Physical Activity and mental health. *A Life in a Day*, 4(4), 11- 14. <https://doi.org/10.1108/13666282200000029>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. (2009). *Guía de Práctica Clínica de*

Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+ CS.

- Guinea, R. (1998). Rehabilitación psicosocial: una teoría, una práctica, una ética. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(65), 151-164.
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Valero, J., Cortés, M. J., Labad, A., Ochoa, S., Ahuir, M., Carlson, J., Bernardo, M., Cañizares, S., Escartín, G., Cañete, J., Gallo, P., y Salamero, M. (2012). Adaptación española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) en esquizofrénicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 2-9.
- Heggelund, J., Nilsberg, G. E., Hoff, J., Morken, G., & Helgerud, J. (2011). Effects of high aerobic intensity training in patients with schizophrenia—A controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(4), 269-275. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.560278>
- Hernández, M. (2011). Rehabilitación psicosocial: perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. *Estudios de Psicología (Natal)*, 16, 295-303.
- Hernández, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171-187. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100010>
- Hernández, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171-187. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100010>
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope; development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251–1259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>

- Hinshaw, S. P. (2009). *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*. Oxford University Press.
- Holley, J., Crone, D., Tyson, P., & Lovell, G. (2011). The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(1), 84-105. <https://doi.org/10.1348/014466510X496220>
- Hoshii, J., Yotsumoto, K., Tatsumi, E., Tanaka, C., Mori, T., & Hashimoto, T. (2013). Subject-chosen activities in occupational therapy for the improvement of psychiatric symptoms of inpatients with chronic schizophrenia: a controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 27(7), 638-645. <https://doi.org/10.1177/0269215512473136>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huertas, R., Romero, A. I., & Alvarez, R. (1987). Perspectivas psiquiátricas. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, CSIC.
- Hughes, P. (2010). *Breaking barriers to learning in primary schools: An integrated approach to children's services*. Routledge.
- Huizing E., Padilla L., Fernández L., Jimeno V., Zurita I., Muñoz J. y de la Fuente, R. (2011). *Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave: análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física*. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Hull, D. (2012). *The relationship between physical activity and mental health: A summary of evidence and policy*. Northern Ireland Assembly.
- Hynes, J. (2008) The Positive Mental Attitude (PMA) Football League. *A Life in the Day*, 12(3), 6-10. <https://doi.org/10.1108/13666282200800022>

- Hynes, J. (2010) Changing Lives Through Sport: The Story of the Positive Mental Attitude Sports Foundation Trust. *Advances in Dual Diagnosis*, 3(1), 26-31. <https://doi.org/10.5042/Add.2010.0193>
- IBM Corp. (2019). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0*. Autor.
- IMSERSO. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Autor.
- Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. *Boletín Oficial del Estado*, 251, de 20 de octubre de 1999. [https://www.boe.es/eli/es/ai/1997/04/04/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/1997/04/04/(1))
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests* (2nd ed.). Recuperado de: www.InTestCom.org
- Janney, C. A., Fagiolini, A., Swartz, H. A., Jakicic, J. M., Holleman, R. G., & Richardson, C. R. (2014). Are adults with bipolar disorder active? Objectively measured physical activity and sedentary behavior using accelerometry. *Journal of Affective Disorders*, 152, 498-504. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.009>
- Jayakody, L. N., Tsuge, K., Suzuki, A., Shimoi, H., & Kitagaki, H. (2013). Identification of the sulphate ion as one of the key components of yeast spoilage of a sports drink through genome-wide expression analysis. *The Journal of General and Applied Microbiology*, 59(3), 227-238. <https://doi.org/10.2323/jgam.59.227>
- Jones, M. C. (1968). Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32(1), 2-12. <https://doi.org/10.1037/h0025447>

- Josefsson, T., Lindwall, M., & Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24(2), 259-272. <https://doi.org/10.1111/sms.12050>
- Kelley, M. P., Coursey, R. D., & Selby, P. M. (1997). Therapeutic adventures outdoors: A demonstration of benefits for people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 61–73.
- Kenny, D. A., Kaniskan, B., & McCoach, D. B. (2015). The performance of RMSEA in models with small degrees of freedom. *Sociological Methods & Research*, 44(3), 486–507. <https://doi.org/10.1177/0049124114543236>
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación*. Editorial Médica Panamericana.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice*. FA Davis.
- Kielhofner, G., & Barrett, L. (1998). Meaning and misunderstanding in occupational forms: a study of therapeutic goal setting. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 345-353. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.5.345>
- Kielhofner, G., & Burke, J. P. (1980). A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. *The American Journal of Occupational Therapy*, 34(9), 572-581. <https://doi.org/10.5014/ajot.34.9.572>
- Kielhofner, G., & De las Heras, C. (2011). *Modelo de Ocupación humana teoría y aplicación*. Médica Panamericana.
- Kielhofner, G., Dobria, L., Forsyth, K., & Kramer, J. (2010). The occupational self assessment: stability and the ability to detect change over time. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 30(1), 11-19. <https://doi.org/10.3928/15394492-20091214-03>

- Kielhofner, G., Forsyth, K., Kramer, J., & Iyenger, A. (2009). Developing the Occupational Self Assessment: The Use of Rasch Analysis to Assure Internal Validity, Sensitivity and Reliability. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(3), 94-104. <https://doi.org/10.1177/030802260907200302>
- Kim, H. J., Jhin, H. K., Chung, E. K., Chang, D. W., y Lee. J-I. (2007). Cross-cultural validation of the Beck Cognitive Insight Scale in Korean. *Psychiatry Investigation*, 4(2), 109-115.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Korchin, S. J. (1976). *Modern clinical psychology: Principles of intervention in the clinic and community*. Basic Books, Inc.
- Kucyi, A., Alsuwaidan, M. T., Liauw, S. S., & McIntyre, R. S. (2010). Aerobic physical exercise as a possible treatment for neurocognitive dysfunction in bipolar disorder. *Postgraduate Medicine*, 122(6), 107-116. <https://doi.org/10.3810/pgm.2010.11.2228>
- Lascorz, D., Serrats, E., Ruiz, B., Córdoba, M., & Vegué, J. (2014). Las residencias para personas con Trastorno Mental Grave como un recurso Terapéutico-Rehabilitador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 521-538. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000300006>
- Laviana, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 345-373.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H. & Pollock, N. (2005). *Canadian occupational performance measure* (4th ed.). Canadian Association of Occupational Therapists.
- Lawlor, D. A., & Hopker, S. W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and

- meta-regression analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 322(7289), 763-767. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7289.763>
- Leisse, M., & Kallert, T. W. (2000). Social integration and the quality of life of schizophrenic patients in different types of complementary care. *European Psychiatry*, 15(8), 450-460. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00521-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00521-6)
- Leufstadius, C. (2008). *Spending my time: time use and meaningfulness in daily occupations as perceived by people with persistent mental illness*. Department of Health Sciences, Division of Occupational Therapy and Gerontology, Lund University.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, del 15 de diciembre de 2006.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, 289, de 03 de diciembre de 2003.
- Ley General de Sanidad (1986). Ley 14/1986 de 25 de abril. *Boletín Oficial del Estado*, 102, del 29 de abril de 1986.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, 294, de 06 de diciembre de 2018.
- Liberman, R. P. (2002). Future directions for research studies and clinical work on recovery from schizophrenia: Questions with some answers. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 337-342. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016987>
- Liberman, R. P., & 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(1), 12-29.

- Lillo, S. G. (2003). La ocupación y su significado como factor influyente de la identidad personal. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 3, 43-47. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2003.149>
- López, L. (2013). *Práctica Profesional Programas de activación para mejorar las capacidades físicas del adulto mayor* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León]. UANL Repositorio Académico Digital.
- López, M. (2015). *Atención comunitaria en salud mental y atención integrada*. Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad.
- López, M., & Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(1), 187-223.
- López, M., Fernández, L., García-Cubillana, P., Moreno, B., Jimeno, V., & Laviana, M. (2005). Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (III): características sociodemográficas, clínicas y de uso de servicios de los residentes. *Rehabilitación Psicosocial*, 2(1), 28-39.
- López, M., Laviana, M., & García-Cubillana, P. (2006). Los Hospitales Psiquiátricos en la (s) Reforma (s). *Notas para orientar una investigación necesaria*. En Pérez F (Coordinador). *Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica*. Madrid: AEN.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.
- López-Pardo, A. (2014). Deporte en personas con trastornos mentales graves: buenas prácticas en Europa. En A. J. Cangas, J. Gallego & N. Navarro (Coords.), *Libro de actas del II Congreso nacional de sensibilización al*

estigma social en salud mental y III Congreso Internacional de Actividad Física y Deporte Adaptado. Vol I. Estigma, Deporte y Salud Mental (pp. 1-11). Alborán Editores.

- Mak, W. W., y Wu, C. F. (2006). Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(12), 1800-1802. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.12.1800>
- Mason, O. J., & Holt, R. (2012). A role for football in mental health: the Coping Through Football project. *The Psychiatrist*, 36(8), 290-293. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.111.036269>
- McCredie, M. N., Quinn, C. A., & Covington, M. (2017). Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness: Psychometrics and clinical utility in adolescents. *Adolescent Psychiatry*, 7(3), 157–169. <https://doi.org/10.2174/221067660866180112124058>
- McElroy, P., Evans, P., & Pringle, A. (2008). Sick as a Parrot or Over The Moon: An Evaluation of the Impact of Playing Regular Matches in a Football League on Mental Health Service Users. *Practice Development in Health Care*, 7(1), 41-48. <https://doi.org/10.1002/pdh.245>
- McGale, N., McArdle, S., & Gaffney, P. (2011). Exploring the effectiveness of an integrated exercise/CBT intervention for young men's mental health. *British Journal of Health Psychology*, 16(3), 457-471. <https://doi.org/10.1348/135910710X522734>
- McNamee, L., Mead, G., MacGillivray, S., & Lawrie, S. M. (2013). Schizophrenia, poor physical health and physical activity: evidence-based interventions are required to reduce major health inequalities. *The British Journal of Psychiatry*, 203(4), 239-241. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.125070>
- Melo, M. C. A., Daher, E. D. F., Albuquerque, S. G. C., & de Bruin, V. M. S. (2016). Exercise in bipolar patients: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 198, 32-38. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.004>

- Melville, L.L., Baltic, T.A., Bettcher, T. & Nelson, D.L. (2002). Patients' perspectives on the selfidentified goals assessment. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 650–659. <https://doi.org/10.5014/ajot.56.6.650>
- Mezzich, J. E. (2007). Psychiatry for the person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry*, 6(2), 65-67.
- Moreno-Küstner, B. (2002). *Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos* [Tesis de doctorado, Universidad de Granada]. DIGIBUG.
- Morrison, R., Olivares, D., & Vidal, D. (2011). La filosofía de la Ocupación Humana y el paradigma social de la Ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2), 102-119. <http://orcid.org/0000-0002-2834-1646>
- Moruno, P. M. (2001). Sobre la base conceptual de la terapia ocupacional. *Terapia Ocupacional: Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales*, 25, 14-20.
- Moruno, P., & Romero, D. M. (2004). Terapia ocupacional en salud mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia-TOG*, 1, 1-18.
- Moruno, P., & Talavera, M. Á. (2007). *Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación*. Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales.
- Mrazek, K., y Hatlova, B. (1995). Socializing wffects of kinesiotherapy in a group of long term hospitalized patients. En B. Svoboda & A. Rychtecký (Eds.), *Physical activity for life: East and west, south and north. Proceedings of the 9th Biennial Conference of the International Society of Comparative Physical Education and Sport* (pp. 530-532). Meyer and Meyer Verlag.

- Mullor, D. (2016). *Evaluación del impacto en la salud física, psicológica y social de un programa inclusivo de deporte y actividad física entre estudiantes y personas con trastorno mental grave* [Tesis de doctorado, Universidad de Almería]. riUAL.
- Mullor, D., Gallego, J., Cangas, A. J., Aguilar-Parra, J. M., Trigueros, R., & López-Pardo, A. (2020). Psychological and social impact of an inclusive sports program among students and people with severe mental disorder. *Revista de Psicología del Deporte*, 29, 8-15.
- Munarriz, M. (2011). Comunicado de la en del País Valenciano, acerca de la situación de la salud mental en la Comunidad Valenciana. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(109), 178-180.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2017). *Mplus: Statistical Analysis with Latent Variables: User's Guide (Version 8)*. Autores.
- Navarrón, E. L. (2003). *Rehabilitación psicosocial: una perspectiva desde el modelo de ocupación humana*. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/rehabilitacion-psicosocial-una-perspectiva-desde-el-modelo-de-ocupacion-humana/>
- Ng, F., Dodd, S., & Berk, M. (2007). The effects of physical activity in the acute treatment of bipolar disorder: a pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 259-262. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.014>
- Nielsen, G., Wikman, J. M., Jensen, C. J., Schmidt, J. F., Gliemann, L., & Andersen, T. R. (2014). Health promotion: the impact of beliefs of health benefits, social relations and enjoyment on exercise continuation. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24, 66-75. <https://doi.org/10.1111/sms.12275>
- Office of the Deputy Prime Minister. (2004). *Mental health and social exclusion*. Recuperado de: http://www.nfao.org/Useful_Websites/MH_Social_Exclusion_report_summary.pdf

- O'Kane, P., & McKenna, B. (2002). Five-a-side makes the difference. *Mental Health Nursing*, 22(5), 6-9.
- Oldknow, H., & Grant, G. (2008). Does joining a football academy help mental health recovery?. *Mental Health Nursing*, 28(2), 8-11.
- Oliván, J. M. T. (2015). *Rehabilitación en la comunidad de personas con trastorno mental grave (TMG). La recuperación a través de su inclusión. Estudio de caso* [Tesis de doctorado, Universidad de Zaragoza]. ZAGUAN Universidad de Zaragoza Repository.
- Organización de la Salud. (2020). *Physical activity: Key facts*. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Autor. Recuperado de: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión*. Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. Informe de la Secretaría*. Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Informe sobre los resultados de la OMS: presupuesto por programas 2018-2019: examen de mitad de periodo* (No. A72/35). Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión*. Recuperado de: <https://icd.who.int/es>
- Osborn, D. P. (2001). Topics in review: the poor physical health of people with mental illness. *Western Journal of Medicine*, 175(5), 329-332. <https://doi.org/10.1136/ewjm.175.5.329>

- Ozamiz, J. A., Markez, I., & Ortiz, A. (2014). Propuestas de un Modelo de Recuperación en Salud Mental. *Norte de Salud mental*, 12(48), 89-94.
- Pan, A. W., Chung, L., Chen, T. J., & Hsiung, P. C. (2020). The study of the validity and reliability of the Occupational Self-Assessment-traditional Chinese version. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 33(1), 18-24. <https://doi.org/10.1177/1569186120930300>
- Pekçetin, S., Salar, S., İnal, Ö., & Kayıhan, H. (2018). Validity of the Turkish occupational self assessment for elderly individuals. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 38(2), 105-112. <https://doi.org/10.1177/1539449217743457>
- Pelham, T., y Campagna, P. (1991). Benefits of exercise in psychiatric rehabilitation of persons with schizophrenia. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 4, 159-168.
- Penas, P. (2020). *Adaptation and validity evidence of REE (Recovery Enhancing Environment): A system for assessing recovery in the assistance of people suffering from a severe mental disorder* [Tesis de doctorado, Universidad de Deusto]. Deusto Knowledge Hub (DKH).
- Perdomo, J. C. (2015). Análisis de dos modelos de Terapia Ocupacional a partir de la noción de modelo en la Filosofía de la Ciencia. *Revista Ocupación Humana*, 15(1), 35-47. <https://doi.org/10.25214/25907816.42>
- Pérez-de-Heredia-Torres, M., Brea-Rivero, M., & Martínez-Piédrola, R. M. (2007). Origen de la terapia ocupacional en España. *Revista de Neurología*, 45(11), 695-698. <https://doi.org/10.33588/rn.4511.2007370>
- Pérez-Sánchez, P. (2014). Terapia ocupacional y arte en salud mental. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia-TOG*, 11, 160-175.
- Pilling, S. (1991). *Rehabilitation and community care*. Taylor & Francis.

- Pinfold, V., Thornicroft, G., Huxley, P., & Farmer, P. (2005). Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International Review of Psychiatry*, 17(2), 123-131. <https://doi.org/10.1080/09540260500073638>
- Pinzón, E. Y., Pinza, E. C., Zambrano, J. P., & Melo, K. O. (2017). Intervención de Terapia Ocupacional en salud mental. *Boletín Informativo CEI*, 4(2), 123-127.
- Plante, T. (1993). Aerobic exercise in prevention and treatment of psychopathology. En P. Seraganian (Ed.), *Exercise Psychology* (pp. 358-379). Wiley.
- Plata, R. (2012). Intervención centrada en la persona, basada en la ocupación. A propósito de Maríav. *Norte de Salud Mental*, 10(44), 62-71.
- Polonio-López, P., Durante-Molina, P., & Noya-Arnaiz, B. (2001). *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. Editorial Médica Panamericana.
- Poon, M. Y., Siu, A. M., & Ming, S. Y. (2010). Outcome analysis of occupational therapy programme for persons with early psychosis. *Work*, 37(1), 65-70. <https://doi.org/10.3233/WOR-2010-1057>
- Powers, M. B., Medina, J. L., Burns, S., Kauffman, B. Y., Monfils, M., Asmundson, G. J., Diamond, A., McIntyre, C., & Smits, J. A. (2015). Exercise augmentation of exposure therapy for PTSD: rationale and pilot efficacy data. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(4), 314-327. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1012740>
- Pringle, A. (2009). The growing role of football as a vehicle for interventions in mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 553-557. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01417.x>
- Pulido, F. R. (2010). *La recuperación de las personas con trastorno mental grave: modelo de red de redes*. Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife.

- Raglin, J. S. (1990). Exercise and Mental Health. *Sports Medicine*, 9(6), 323-329. <https://doi.org/10.2165/00007256-199009060-00001>
- Rappaport, J., & Seidman, E. (Eds.). (2000). *Handbook of community psychology*. Springer Science & Business Media.
- Rastad, C., Martin, C., & Åsenlöf, P. (2014). Barriers, benefits, and strategies for physical activity in patients with schizophrenia. *Physical Therapy*, 94(10), 1467-1479. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120443>
- Real Academia de la Lengua Española. (2022). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/deporte>
- Rebar, A. L., & Taylor, A. (2017). Physical activity and mental health; it is more than just a prescription. *Mental Health and Physical Activity*, 13, 77-82. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.10.004>
- Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M. J., & Vandelanotte, C. (2015). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychology Review*, 9(3), 366-378. <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1022901>
- Rebolledo, S. (1997). El programa de rehabilitación en los servicios de salud mental. En S. Rebolledo (Coord.), *Rehabilitación psiquiátrica* (pp. 77-92). Universidade de Santiago de Compostela.
- Reed, K. L., & Sanderson, S. N. (1999). *Concepts of occupational therapy*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ricarte, M. (2015). Intervenciones desde terapia ocupacional en salud mental, Análisis bibliográfico basado en la evidencia. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia-TOG*, 12, 1-14.
- Richardson, C. R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Piette, J. D. (2005). Integrating physical activity into mental health services

- for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56(3), 324-331. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.3.324>
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Rivas-Garibay, M. A., Olvera-Romero, M. D., & Ferman-Cruz, G. (2011). Utilidad de la terapia ocupacional en pacientes psiquiátricos. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(1), 13-17.
- Rodríguez, A., (1997). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Ediciones Pirámide.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., & Ellison, M. L. (1997). Measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047. <https://doi.org/10.1176/ps.48.8.1042>
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P. B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(9), 964-974. <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08765>
- Rosillo, M., Hernández, M., & Smith, S. P. K. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000200003>
- Rössler, W., & Drake, R. E. (2017). Psychiatric rehabilitation in Europe. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(3), 216-222. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000858>
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. (2005). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia

- and related disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 1-30.
- Ruddy, R., & Dent-Brown, K. (2008). Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, Artículo CD005378. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005378.pub2>
- Rueda, L., Valdebenito, C., & Lolas, F. (2005). La ocupación: ciencia y técnica de terapia ocupacional para la intervención en psiquiatría. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(1), 33-40. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000100005>
- Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., & Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 52-59.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Sabe, M., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2020). Physical exercise for negative symptoms of schizophrenia: Systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 62, 13-20. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.11.002>
- Saiz-Ruiz, J., Saiz-González, M. D., Alegría, A. A., Mena, E., Luque, J., & Bobes, J. (2010). Impacto del consenso español sobre la salud física del paciente con esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.11.001>
- Santos del Riego, S. (2008). El ser humano como ser ocupacional. *Rehabilitación*, 39(5), 195-200.
- Saraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos*. Pax México.

- Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. Jossey-Bass.
- Sayce, L. (2001). Social inclusion and mental health. *Psychiatric Bulletin*, 25, 121-123. <https://doi.org/10.1192/pb.25.4.121>
- Scheewe, T. W., Takken, T., Kahn, R. S., Cahn, W., & Backx, F. J. (2012). Effects of exercise therapy on cardiorespiratory fitness in patients with schizophrenia. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 44(10), 1834-1842. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318258e120>
- Schell, B. A., Gillen, G., Scaffa, M., & Cohn, E. S. (2013). *Willard and Spackman's occupational therapy*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P., Reichert, T., Carvalho, N., Bgeginski, R., & Stubbs, B. (2017). Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 210, 139-150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.050>
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Richards, J., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2016a). Exercise improves physical and psychological quality of life in people with depression: A meta-analysis including the evaluation of control group response. *Psychiatry Research*, 241, 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.054>
- Schuch, F.B., Deslandes, A.C., Stubbs, B., Gosmann, N.P., da Silva, C.T.B., & de Almeida Fleck, M.P. (2016b). Neurobiological effects of exercise on major depressive disorder: a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 61, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.11.012>
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M. M., Graham, R., & Dudgeon, K. (1998). Physical exercise and psychological well being: a critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 32(2), 111-120. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsm.32.2.111>

- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663-671. <https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>
- Shivakumar, G., Anderson, E. H., & Surís, A. M. (2015). Managing posttraumatic stress disorder and major depression in women veterans during the perinatal period. *Journal of Women's Health*, 24(1), 18-22. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4664>
- Simó-Algado, S. S. (2015). Una terapia ocupacional desde un paradigma crítico. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia-TOG*, 12, 25-40.
- Simón-Expósito, M., & Felipe-Castaño, E. (2022). Variables neuropsicológicas y psicopatológicas moduladoras del insight cognitivo en personas con esquizofrenia. *Anales de Psicología*, 38(1), 46-54. <https://doi.org/10.6018/analesps.471061>
- Slade, M., Powell, R., & Strathdee, G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(4), 177-184. <https://doi.org/10.1007/BF00788236>
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2000). *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del alcoholismo y otras dependencias*. Aula Médica.
- Soundy, A., Kingstone, T. & Coffee, P. (2012). Understanding the psychosocial process of physical activity for individuals with severe mental illness: A meta-ethnography. *Mental Illness*, 2, 1-20.
- Soundy, A., Roskell, C., Stubbs, B., Probst, M., & Vancampfort, D. (2015). Investigating the benefits of sport participation for individuals with schizophrenia: a systematic review. *Psiquiatria Danubina*, 27(1), 0-13.

- Soundy, A., Wampers, M., Probst, M., De Hert, M., Stubbs, B., Vancampfort, D., Attux, C., Leutwyler, H., & Ströhle, A. (2013). Physical activity and sedentary behaviour in outpatients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 20(12), 588-595. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2013.20.12.588>
- Stanton, R., & Reaburn, P. (2014). Exercise and the treatment of depression: a review of the exercise program variables. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 17(2), 177-182. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2013.03.010>
- Stathopoulou, G., Powers, M. B., Berry, A. C., Smits, J. A., & Otto, M. W. (2006). Exercise interventions for mental health: a quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 179-193. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00021.x>
- Ströhle, A., Höfler, M., Pfister, H., Müller, A. G., Hoyer, J., Wittchen, H. U., & Lieb, R. (2007). Physical activity and prevalence and incidence of mental disorders in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 37(11), 1657-1666. <https://doi.org/10.1017/S003329170700089X>
- Stuart, H., & Sartorius, N. (2022). *Paradigms Lost, Paradigms Found. Lessons Learned in the Fight Against the Stigma of Mental Illness*. Oxford University Press.
- Stubbs, B., Firth, J., Berry, A., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Gaughran, F., Veronesse, N., Williams, J., Craig, T., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016b). How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 431-440. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.017>
- Stubbs, B., Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Ward, P. B., & Schuch, F. B. (2016a). Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with

- depression: a meta-analysis of randomized control trials. *Journal of Affective Disorders*, 190, 249-253.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.010>
- Stuber, C. J., y Nelson, D. L. (2010). Convergent Validity of Three Occupational Self-Assessments. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 28(1), 13-21. <https://doi.org/10.3109/02703180903189260>
- Sylvia, L. G., Friedman, E. S., Kocsis, J. H., Bernstein, E. E., Brody, B. D., Kinrys, G., Kemp, D. E., Shelton, R. C., McElroy, S. L., Bobo, W. V., Kamali, M., McInnis, M. G., Tohen, M., Bowden, C. L., Ketter, T. A., Deckersbach, T., Calabrese, J. R., Thase, M. E., Reilly-Harrington, N. A., Singh, V., ... & Nierenberg, A. A. (2013). Association of exercise with quality of life and mood symptoms in a comparative effectiveness study of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 722-727.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.031>
- Sylvia, L. G., Nierenberg, A. A., Stange, J. P., Peckham, A. D., & Deckersbach, T. (2011). Development of an integrated psychosocial treatment to address the medical burden associated with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(3), 224-232.
<https://doi.org/10.1097/01.pra.0000398419.82362.32>
- Takahashi, H., Sassa, T., Shibuya, T., Kato, M., Koeda, M., Murai, T., Matsuura, M., Asai, K., Suhara, T., & Okubo, Y. (2012). Effects of sports participation on psychiatric symptoms and brain activations during sports observation in schizophrenia. *Translational Psychiatry*, 2(3), e96-e96.
<https://doi.org/10.1038/tp.2012.22>
- Talavera, M. Á. (2007). Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia-TOG*, 5, 1-52.
- Tatsumi, E., Yotsumoto, K., Nakamae, T., & Hashimoto, T. (2011). Effects of occupational therapy on hospitalized chronic schizophrenia patients with

- severe negative symptoms. *Kobe Journal of Medical Sciences*, 57(4), E145-154.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being*. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Townsend, E., & Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice and Client-Centred Practice: A Dialogue in Progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75-87. <https://doi.org/10.1177/000841740407100203>
- Tusquets, J. L. M., & Grau, M. J. M. (1988). *Enfermedad mental y entorno urbano: metodología e investigación* (Vol. 6). Anthropos Editorial.
- Tylor, C.B., Sallis, J.F., & Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*, 100(2), 195-202.
- Uchida, T., Matsumoto, K., Kikuchi, A., Miyakoshi, T., Ito, F., Ueno, T., y Matsuoka, H. (2009). Psychometric properties of the Japanese version of the Beck Cognitive Insight Scale: relation of cognitive insight to clinical insight. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(3), 291-297. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01946.x>
- Uriarte, J. J., & Vallespi, A. (2017). Reflexiones en torno al modelo de recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 241-256. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100014>
- Urmeneta, X. (2010). Discapacidad y derechos humanos. *Norte de Salud mental*, 8(38), 65-74.
- Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V., & Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, 58(3), 405-408. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.405>

- Vancampfort, D., Correll, C. U., Probst, M., Sienaert, P., Wyckaert, S., De Herdt, A., Knapen, J., De Wachter, D., & De Hert, M. (2013). A review of physical activity correlates in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 285-291. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.020>
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., Probst, M., Ward, P. B., Gaughran, F., De Hert, m., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2017a). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 308-315. <https://doi.org/10.1002/wps.20458>
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F., Rosenbaum, S., De Hert, M., Mugisha, J., Probst, M., & Stubbs, B. (2016). Physical activity and sedentary behavior in people with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 201, 145-152. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.020>
- Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M., Scheewe, T., Remans, S., & De Hert, M. (2012). A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(5), 352-362. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01814.x>
- Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., Maurissen, K., Sweers, K., Knapen, J., & De Hert, M. (2011). Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(2-3), 122-127. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.03.018>
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Schuch, F., Ward, P. B., Richards, J., Mugisha, J., Probst, M., & Stubbs, B. (2017b). Cardiorespiratory fitness in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0574-1>

- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2015a). Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 169(1-3), 453-457. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.09.029>
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Sienaert, P., Wyckaert, S., De Hert, M., Rosenbaum, S., & Probst, M. (2015c). What are the factors that influence physical activity participation in individuals with depression? A review of physical activity correlates from 59 studies. *Psychiatria Danubina*, 27(3), 210-224.
- Vancampfort, D., Wyckaert, S., Sienaert, P., De Hert, M., Stubbs, B., Buys, R., Schueremans, A., & Probst, M. (2015b). The functional exercise capacity in patients with bipolar disorder versus healthy controls: A pilot study. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 194-199. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.040>
- Vásquez-Duque, J. A. (2021). Actividades y terapia asistida por animales desde la mirada del Modelo de Ocupación Humana. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 22(2), 177-183. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2021.17080>
- Vera-Angulo, R. J., Parra-Molina, V. A., & Sepúlveda-Carrasco, C. R. (2022). Socio-community inclusion and collective occupations: Dialogues between the institutional world and that of organizations of people with psychosocial disabilities. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, Artículo e3139. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO240631392>
- Villegas, I., López, J., Martínez A. B., Luque A. y Villegas J. A. (2004). Actividad física en la enfermedad mental. *Revista Digital*, 76.
- Wang, J., & Wang, X. (2019). *Structural equation modeling: Applications using Mplus*. John Wiley & Sons.
- Warner, R. (2001). Combating the stigma of schizophrenia. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10(1), 12–17. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00008496>

- Wegner, M., Helmich, I., Machado, S., E Nardi, A., Arias-Carrion, O., & Budde, H. (2014). Effects of exercise on anxiety and depression disorders: review of meta-analyses and neurobiological mechanisms. *CNS & Neurological Disorders-Drug Targets*, 13(6), 1002-1014. <https://doi.org/10.2174/1871527313666140612102841>
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94-104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
- World Federation of Occupational Therapists. (2018). *Definitions of Occupational Therapy from Member Organisations*. Autor.
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Wright, K. A., Everson-Hock, E. S., & Taylor, A. H. (2009). The effects of physical activity on physical and mental health among individuals with bipolar disorder: A systematic review. *Mental Health and Physical Activity*, 2(2), 86-94. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2009.09.001>
- Wright, K., Armstrong, T., Taylor, A., & Dean, S. (2012). 'It's a double edged sword': A qualitative analysis of the experiences of exercise amongst people with Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 634-642. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.017>
- Zarco, M. H., & Morales, I. N. (2009). Los programas de rehabilitación psicosocial (RHPS) e inserción socioprofesional dirigido a personas con enfermedad mental severa (Albanta, Agora, Alalba y Alberio Artesanos). *Informació psicològica*, 97, 4-16.

Zax, M., & Specter, G. A. (1974). *An introduction to community psychology*. John Wiley & Sons.

Zorzanelli, R., & Banzato, C. E. (2021). Más allá del diagnóstico psiquiátrico y del modelo médico hacia en la búsqueda del social recovery: una entrevista con Jim van Os. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 23, 792-814. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n4p792.7>.

ANEXOS

Anexo I. Consentimiento informado

A continuación se presenta el documento utilizado para que los participantes consintieran, de forma informada, su participación en la investigación. Este documento fue aprobado por el Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València.

HOJA INFORMATIVA

Se le ofrece la posibilidad de participar en el proyecto de investigación titulado **Efectos del fútbol como ocupación deportiva en el proceso de recuperación de personas con trastorno mental grave: impacto sobre el *insight* cognitivo, la autoevaluación ocupacional y la percepción subjetiva de recuperación**, dirigido por el Terapeuta Ocupacional, David Marqués Azcona.

Antecedente

En terapia ocupacional se interviene cuándo existe un proceso de disfunción ocupacional, en muchas ocasiones se produce un problema de desempeño ocupacional en la personas que sufren un trastorno mental grave y durante su proceso de rehabilitación o de forma crónica tienen dificultades para desempeñar con éxito una ocupación. Los terapeutas ocupacionales se forman para conocer el funcionamiento ocupacional de las personas diagnosticadas de enfermedad mental y cómo de efectivas son las técnicas de intervención que se usan durante el proceso de recuperación de las personas afectadas por un trastorno mental grave.

¿Cuál es el objetivo del estudio?

Este estudio pretende hacer una investigación descriptiva de campo que nos aporte evidencia sobre cómo influye una ocupación deportiva en los usuarios que participan en la Liga de Fútbol Sala Pro-Salud Mental de la Fundación Santos Andrés, Santiago y Miguel. El objetivo último es conocer en qué medida la intervención que se realiza desde la liga de fútbol y desde el departamento de terapia ocupacional es efectiva.

¿En qué consiste su participación?

Su participación en el estudio implica la realización de una entrevista con usted en la que se recogerán datos relacionados con aspectos demográficos y clínicos presentes en su historial médico. Se le solicitará asimismo que complete un

cuestionario sobre el programa de la liga, y otras tres escalas: la Escala Maryland de Evaluación de la Recuperación (MARS), la Escala de *Insight* Cognitivo de Beck (EICB) y la Escala de Autoevaluación Ocupacional (OSA). Sus datos personales serán disociados a través de un código que garantiza el anonimato de los participantes de modo que la información que se obtenga no pueda asociarse a persona identificada o identificable.

¿Existen riesgos al participar en el estudio?

No se prevé ningún riesgo para usted durante el desarrollo del programa. El participar en este estudio no implica ningún tipo de modificación de su tratamiento habitual, ni en su aspecto farmacológico ni en lo que respecta al abordaje psicoterapéutico o de rehabilitación psicosocial que se lleva a cabo.

¿Qué beneficios se obtienen por su participación en este estudio?

Los resultados se publicarán y divulgarán para que sean conocidos por el máximo número de profesionales, y puede servir de punto de partida para otros estudios, para poder comparar los resultados con personas que estén diagnosticados de una enfermedad mental y tengan problemas para el desempeño de la competencia ocupacional.

¿Qué pasará si decido no participar en este estudio?

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. En caso de que decida no participar en el estudio, esto no modificará el trato ni el seguimiento que se realiza por parte del personal de la liga pro-salud mental de la Fundación Stos Andrés, Santiago y Miguel y de recurso al que asiste o reside. Así mismo podrá retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL PROYECTO: Efectos del fútbol como ocupación deportiva en el proceso de recuperación de personas con trastorno mental grave: impacto sobre el *insight* cognitivo, la autoevaluación ocupacional y la percepción subjetiva de recuperación.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: DAVID MARQUÉS AZCONA

Don/Dña _____,
mayor de edad, con DNI _____, y domicilio en
_____, CP _____ de
_____.

DECLARO que:

He sido informado del proyecto de investigación arriba mencionado, y declaro que:

- He leído la Hoja de Información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas
- He recibido suficiente información sobre el estudio

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que todos mis datos serán tratados confidencialmente.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.

Mediante este acto consiento el uso de sus resultados en el análisis de la actividad para fines docentes e investigadores.

Los datos que se obtengan serán totalmente confidenciales y serán utilizados exclusivamente con fines investigadores con el objetivo de mejorar el conocimiento de la recuperación en el trastorno mental grave. Debe saber que podrá ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos, de conformidad con lo dispuesto al respecto en la legislación aplicable, Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre. Su intimidad quedará salvaguardada en todo momento, y ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes será utilizado en ninguno de los trabajos que se deriven de esta investigación. Tiene usted derecho a solicitar copia del presente documento, así como a conocer los resultados que deriven de la presente investigación. Su colaboración en este estudio es completamente voluntaria y puede abandonar el mismo en cualquier momento sin que por ello se altere la relación terapéutica ni se produzca perjuicio en su tratamiento. En caso de retirar el consentimiento para participar en el estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos.

Si tiene alguna duda sobre lo que acaba de leer o sobre cualquier otro aspecto de este estudio, por favor pregúntesela al responsable de la investigación en su centro antes de firmar esta hoja de consentimiento informado.

Agradecemos su colaboración.

En, a..... de..... de.....

Firma del participante:

Firma del Investigador:

Anexo II. Encuesta para la recogida de datos del grupo la Liga

Se presenta en este anexo la encuesta utilizada para la recogida de datos de los participantes del grupo experimental o grupo la Liga.



Efectos del fútbol como ocupación deportiva en el proceso de recuperación de personas con trastorno mental grave: impacto sobre el insight cognitivo, la autoevaluación ocupacional y la percepción subjetiva de recuperación

Cuaderno de Recogida de Datos

Material de uso exclusivo para la investigación

Código de disociación de datos del usuario:

**Este apartado será completado por los trabajadores del centro.*

Nombre del Investigador:

Fecha de la evaluación:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A) Fecha de Nacimiento (Día-Mes-Año):

B) Género:

**Rodee con un círculo.*

- 1 – Hombre

- 2 – Mujer

- 3 – Otro

C) Años de Estudios Completados:

.....

D) Tipos de estudios:

**Rodee con un círculo.*

1. -Sin estudios
2. -Estudios primarios o equivalentes
3. -Enseñanza general secundaria, 1er ciclo
4. -Enseñanza Profesional de 2º grado, 2º ciclo
5. -Enseñanza general secundaria, 2º ciclo
6. -Enseñanzas profesionales superiores
7. -Estudios universitarios o equivalentes

E) Años trabajados:

.....



Código de disociación de datos del usuario:

*Este apartado será completado por los trabajadores del centro

F) Tipo de trabajo:*Rodee con un círculo

1. -Directores y gerentes
2. -Profesionales científicos e intelectuales
3. -Técnicos y profesionales de nivel medio
4. -Personal de apoyo administrativo
5. -Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados
6. -Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros
7. -Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios
8. -Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores
9. -Ocupaciones elementales
10. -Ocupaciones militares

G) Estado Civil:*Rodee con un círculo

- 1 – Soltero/a
- 2 – Casado/a
- 3 – Divorciado/a
- 4 – Separado/a
- 5 – Viudo/a
- 6 – Otro:.....

G) Tipo de Convivencia:*Rodee con un círculo

- 1 – Vive solo /a
- 2 – Vivienda supervisada.
- 3 – Institución(> 6 meses)
- 4 – Vive con la familia
- 5 – Vive con amigo o compañero de cuarto
- 6 – Otra: _____



Código de disociación de datos del usuario:

*Este apartado será completado por los trabajadores del centro

DATOS CLÍNICOS

H) Año de inicio del tratamiento de la enfermedad mental:

.....

I) Año de inicio del tratamiento de farmacológico:

.....

J) Diagnóstico DSM-IV o Diagnósticos clínicos:

(Indique por favor el diagnósticos o diagnósticos eje I y eje II siguiendo los sistemas de clasificación al uso (DSM o CIE))

.....

.....

K) Número de hospitalizaciones por causa psiquiátrica:

.....

L) Tipo/s de dispositivo/s de rehabilitación:

a) Señale el dispositivo de rehabilitación en el que recibe tratamiento actualmente y señale la fecha de inicio en el mismo.

	Día-Mes- Año de inicio
1. CEEM	
2. CD	
3. CRIS	
4. ASOCIACION	
5. UME	
6. USM	
7. VIVIENDA SUPERVISADA	
8. OTROS	



Código de disociación de datos del usuario:

*Este apartado será completado por los trabajadores del centro

b) Señale en que otros dispositivos de rehabilitación ha recibido tratamiento y el año de inicio y fin.

	Día-Mes- Año de inicio	Día-Mes- Año de fin
1. CEEM		
2. CD		
3. CRIS		
4. ASOCIACION		
5. UME		
6. USM		
7. VIVIENDA SUPERVISADA		
8. OTROS		

c) Número total de años de permanencia en dispositivos de rehabilitación.

.....



CUESTIONARIO SOBRE EL PROGRAMA DE LA LIGA

1. Número de años que juegas la liga:
2. Número de horas que entrenas a la semana:
3. ¿Cuál es el recinto donde entrenas? Puede escoger más de una opción
**Rodee con un círculo*
 - a) En el propio centro.
 - b) En el polideportivo municipal.
 - c) Otros
4. ¿Quién te informa de la hora, día de los partidos y clasificaciones? Puede escoger más de una opción
**Rodee con un círculo*
 - a) Yo mismo.
 - b) Mis compañeros.
 - c) Monitor.
5. ¿Qué medio utilizas para estar informado de la actualidad de la liga? Puede escoger más de una opción
**Rodee con un círculo*
 - a) Página web de liga.
 - b) Redes sociales
 - c) Tablón de anuncios del centro.
6. ¿Qué otras actividades a parte de jugar al fútbol realizas con tus compañeros de equipo? Puede escoger más de una opción
**Rodee con un círculo*
 - a) Pasear.
 - b) Salir a cenar.
 - c) Ir al cine.
 - d) Viajar.
 - e) Otras _____
7. Además del futbol, ¿en qué otros programas de rehabilitación participas? Puede escoger más de una opción
**Rodee con un círculo*
 1. Programa de Actividades de la Vida Diaria.
 2. Programa de Inserción Laboral.
 3. Programa de Ocio y Tiempo Libre.
 4. Programa de Promoción de la Salud y Deporte.
 5. Psicoeducación y Conciencia de enfermedad.
 6. Programa de Habilidades Sociales.
 7. Programa Ocupacional y Pre-laboral.
 8. Otros.....

VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA MARS

Esta escala contiene una lista de afirmaciones sobre sus actitudes y creencias referidas a su salud y bienestar. No hay respuestas correctas o incorrectas; solamente queremos conocer lo que usted piensa sobre estas cosas. Lea cada afirmación y decida cuánto está de acuerdo con ella, desde nada en absoluto hasta mucho

1. Puedo influir sobre asuntos importantes en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

2. Tengo aptitudes que pueden ayudarme a alcanzar mis objetivos.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

3. Creo que es posible mejorar.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

4. Cuando tengo una recaída, estoy seguro de que puedo volver a encarrilarme.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

5. Tengo habilidades que me ayudan a tener éxito.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

6. Mis fortalezas son más importantes que mis debilidades.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

7. Superar los problemas me ayuda a aprender y a crecer.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

8. Puedo tener una vida plena y satisfactoria.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

9. Me corresponde a mí marcarme mis propias metas.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

10. Creo que tomo buenas decisiones en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

11. Soy responsable de hacer cambios en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

12. Me siento bien conmigo mismo aunque otros me menosprecien por mi enfermedad.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

13. Estoy seguro de que puedo hacer cambios positivos en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

14. Soy responsable de cuidar mi salud física.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

15. Trabajo duro para encontrar las maneras de afrontar los problemas en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

16. Creo que soy una persona fuerte.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

17. Estoy esperanzado sobre el futuro.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

18. Me siento querido.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

19. Suelo saber qué es lo mejor para mí.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

20. Sé que puedo hacer cambios en mi vida aunque tenga una enfermedad mental.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

21. Soy capaz de establecer mis propias metas en la vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

22. Soy optimista acerca de poder resolver los problemas que afronte en el futuro.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

23. Puedo reponerme de mis problemas.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

24. Me siento aceptado tal y como soy.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

25. Quiero tomar decisiones por mí mismo, incluso aunque a veces me equivoque.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5



(EICB)

Adaptación española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck

A continuación encontrará una lista de frases sobre cómo piensan y sienten las personas. Por favor, lea cada frase de la lista con mucha atención. Indique hasta qué punto está de acuerdo con cada frase marcando una X en la columna correspondiente.

		Nada de acuerdo=0	Un poco de acuerdo=1	Bastante de acuerdo=2	Totalmente de acuerdo=3
1.	Algunas veces he malinterpretado las actitudes que los demás tienen hacia mí	0	1	2	3
2.	Las interpretaciones que hago de mis experiencias son sin duda correctas	0	1	2	3
3.	Otras personas pueden entender mejor que yo la causa de mis experiencias raras	0	1	2	3
4.	Llego a conclusiones demasiado rápido	0	1	2	3
5.	Algunas de mis experiencias que me han parecido muy reales pueden haberse debido a mi imaginación	0	1	2	3
6.	Algunas de las ideas que tenía como ciertas acabaron siendo falsas	0	1	2	3
7.	Si siento que algo es correcto significa que es correcto	0	1	2	3
8.	Aunque me siento muy seguro/a de estar en lo cierto, podría estar equivocado/a	0	1	2	3
9.	Conozco mejor que nadie cuáles son mis problemas	0	1	2	3
10.	Cuando los demás no está de acuerdo conmigo, normalmente están equivocados	0	1	2	3
11.	No puedo fiarme de lo que opinan los demás sobre mis experiencias	0	1	2	3
12.	Si alguien comenta que mis creencias son erróneas estoy dispuesto/a a considerar su opinión	0	1	2	3
13.	Puedo confiar en mi propio juicio siempre	0	1	2	3
14.	Suele haber más de una explicación posible sobre por qué la gente actúa de la manera en que lo hace.	0	1	2	3
15.	Mis experiencias raras pueden deberse a que esté muy alterado/a o estresado/a	0	1	2	3



ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN OCUPACIONAL (OSA)

Abajo hay afirmaciones relacionadas con las cosas que usted hace en su vida diaria. Marque la opción según el grado de dificultad que tiene para usted.

	(1)	(2)	(3)	(4)
Concentrarme en mis tareas	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Hacer físicamente lo que necesito hacer	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Cuidar el lugar donde vivo	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Cuidar de mí mismo	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Cuidar de otros de quienes soy responsable	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Llegar donde necesito ir	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Manejar mis finanzas	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Manejar mis necesidades básicas (alimentación, medicación)	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Expresarme con otros	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Llevarme bien con otros	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil

Abajo hay afirmaciones relacionadas con las cosas que usted hace en su vida diaria. Marque la opción según lo importante que sea para usted.

	(1)	(2)	(3)	(4)
Concentrarme en mis tareas	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Hacer físicamente lo que necesito hacer	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Cuidar el lugar donde vivo	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Cuidar de mí mismo	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Cuidar de otros de quienes soy responsable	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Llegar donde necesito ir	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Manejar mis finanzas	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Manejar mis necesidades básicas (alimentación, medicación)	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Expresarme con otros	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Llevarme bien con otros	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante

Elija solo las 4 cosas que más le gustaría mejorar de usted. Me gustaría mejorar en...

1. Concentrarme en mis tareas
2. Hacer físicamente lo que necesito hacer
3. Cuidar el lugar donde vivo
4. Cuidar de mí mismo
5. Cuidar de otros de quienes soy responsable
6. Llegar donde necesito ir
7. Manejar mis finanzas
8. Manejar mis necesidades básicas (alimentación, medicación)
9. Expresarme con otros
10. Llevarme bien con otro

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN OCUPACIONAL (OSA)

Abajo hay afirmaciones relacionadas con las cosas que usted hace en su vida diaria. Marque la opción según el grado de dificultad que tiene para usted.

	(1)	(2)	(3)	(4)
Identificar y resolver problemas	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Relajarme y disfrutar	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Completar lo que necesito hacer	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Tener una rutina satisfactoria	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Manejar mis responsabilidades	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Participar como estudiante, trabajador, voluntario, miembro de familia, otros	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Hacer la actividades que me gustan	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Trabajar con respecto a mis objetivos	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Llevar a cabo lo que planifico hacer	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Usar con eficacia mis habilidades	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil

Material de uso exclusivo para la investigación

Abajo hay afirmaciones relacionadas con las cosas que usted hace en su vida diaria. Marque la opción según lo importante que sea para usted.

	(1)	(2)	(3)	(4)
Identificar y resolver problemas	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Relajarme y disfrutar	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Completar lo que necesito hacer	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Tener una rutina satisfactoria	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Manejar mis responsabilidades	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Participar como estudiante, trabajador, voluntario, miembro de familia, otros	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Hacer la actividades que me gustan	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Trabajar con respecto a mis objetivos	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Llevar a cabo lo que planifico hacer	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Usar con eficacia mis habilidades	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante

Elija solo las 4 cosas que más le gustaría mejorar de usted. Me gustaría mejorar en...

1. Identificar y resolver problemas
2. Relajarme y disfrutar
3. Completar lo que necesito hacer
4. Tener una rutina satisfactoria
5. Manejar mis responsabilidades
6. Participar como estudiante, trabajador, voluntario, miembro de familia, otros
7. Hacer la actividades que me gustan
8. Trabajar con respecto a mis objetivos
9. Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante
10. Llevar a cabo lo que planifico hacer
11. Usar con eficacia mis habilidades

Anexo III. Encuesta para la recogida de datos del grupo control

Se presenta en este anexo la encuesta utilizada para la recogida de datos de los participantes del grupo control.



Efectos del fútbol como ocupación deportiva en el proceso de recuperación de personas con trastorno mental grave: impacto sobre el insight cognitivo, la autoevaluación ocupacional y la percepción subjetiva de recuperación

Cuaderno de Recogida de Datos

Material de uso exclusivo para la investigación

Código de disociación de datos del usuario:

**Este apartado será completado por los trabajadores del centro.*

Nombre del Investigador:

Fecha de la evaluación:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A) Fecha de Nacimiento (Día-Mes-Año):

B) Género:

**Rodee con un círculo.*

- 1 – Hombre

- 2 – Mujer

- 3 – Otro

C) Años de Estudios Completados:

.....

D) Tipos de estudios:

**Rodee con un círculo.*

1. -Sin estudios
2. -Estudios primarios o equivalentes
3. -Enseñanza general secundaria, 1er ciclo
4. -Enseñanza Profesional de 2º grado, 2º ciclo
5. -Enseñanza general secundaria, 2º ciclo
6. -Enseñanzas profesionales superiores
7. -Estudios universitarios o equivalentes

E) Años trabajados:

.....



Código de disociación de datos del usuario:

*Este apartado será completado por los trabajadores del centro

F) Tipo de trabajo:*Rodee con un círculo

1. -Directores y gerentes
2. -Profesionales científicos e intelectuales
3. -Técnicos y profesionales de nivel medio
4. -Personal de apoyo administrativo
5. -Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados
6. -Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros
7. -Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios
8. -Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores
9. -Ocupaciones elementales
10. -Ocupaciones militares

G) Estado Civil:*Rodee con un círculo

- 1 – Soltero/a
- 2 – Casado/a
- 3 – Divorciado/a
- 4 – Separado/a
- 5 – Viudo/a
- 6 – Otro:.....

G) Tipo de Convivencia:*Rodee con un círculo

- 1 – Vive solo /a
- 2 – Vivienda supervisada.
- 3 – Institución(> 6 meses)
- 4 – Vive con la familia
- 5 – Vive con amigo o compañero de cuarto
- 6 – Otra: _____



Material de uso exclusivo para la investigación

Código de disociación de datos del usuario:

**Este apartado será completado por los trabajadores del centro*

DATOS CLÍNICOS

H) Año de inicio del tratamiento de la enfermedad mental:

.....

I) Año de inicio del tratamiento de farmacológico:

.....

J) Diagnóstico DSM-IV o Diagnósticos clínicos:

(Indique por favor el diagnósticos o diagnósticos eje I y eje II siguiendo los sistemas de clasificación al uso (DSM o CIE))

.....

.....

K) Número de hospitalizaciones por causa psiquiátrica:

.....

L) Tipo/s de dispositivo/s de rehabilitación:

a) Señale el dispositivo de rehabilitación en el que recibe tratamiento actualmente y señale la fecha de inicio en el mismo.

	Día-Mes- Año de inicio
1. CEEM	
2. CD	
3. CRIS	
4. ASOCIACION	
5. UME	
6. USM	
7. VIVIENDA SUPERVISADA	
8. OTROS	



Código de disociación de datos del usuario:

*Este apartado será completado por los trabajadores del centro

b) Señale en que otros dispositivos de rehabilitación ha recibido tratamiento y el año de inicio y fin.

	Día-Mes- Año de inicio	Día-Mes- Año de fin
1. CEEM		
2. CD		
3. CRIS		
4. ASOCIACION		
5. UME		
6. USM		
7. VIVIENDA SUPERVISADA		
8. OTROS		

c) Número total de años de permanencia en dispositivos de rehabilitación.

.....

M) ¿Qué actividades de ocio realizas con tus compañeros? Puede escoger más de una opción

*Rodee con un círculo

- a) Pasear.
- b) Salir a cenar.
- c) Ir al cine.
- d) Viajar.
- e) Otras

N) ¿En qué programas de rehabilitación participas? Puede escoger más de una opción

- 1. Programa de Actividades de la Vida Diaria.
- 2. Programa de Inserción Laboral.
- 3. Programa de Ocio y Tiempo Libre.
- 4. Programa de Promoción de la Salud y Deporte.
- 5. Psicoeducación y Conciencia de enfermedad.
- 6. Programa de Habilidades Sociales.
- 7. Programa Ocupacional y Pre-laboral.
- 8. Otros.....



VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA MARS

Esta escala contiene una lista de afirmaciones sobre sus actitudes y creencias referidas a su salud y bienestar. No hay respuestas correctas o incorrectas; solamente queremos conocer lo que usted piensa sobre estas cosas. Lea cada afirmación y decida cuánto está de acuerdo con ella, desde nada en absoluto hasta mucho

1. Puedo influir sobre asuntos importantes en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

2. Tengo aptitudes que pueden ayudarme a alcanzar mis objetivos.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

3. Creo que es posible mejorar.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

4. Cuando tengo una recaída, estoy seguro de que puedo volver a encarrilarme.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

5. Tengo habilidades que me ayudan a tener éxito.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

6. Mis fortalezas son más importantes que mis debilidades.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

7. Superar los problemas me ayuda a aprender y a crecer.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

8. Puedo tener una vida plena y satisfactoria.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

9. Me corresponde a mí marcarme mis propias metas.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

10. Creo que tomo buenas decisiones en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

11. Soy responsable de hacer cambios en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

12. Me siento bien conmigo mismo aunque otros me menosprecien por mi enfermedad.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

13. Estoy seguro de que puedo hacer cambios positivos en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

14. Soy responsable de cuidar mi salud física.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

15. Trabajo duro para encontrar las maneras de afrontar los problemas en mi vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

16. Creo que soy una persona fuerte.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

17. Estoy esperanzado sobre el futuro.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

18. Me siento querido.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

19. Suelo saber qué es lo mejor para mí.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

20. Sé que puedo hacer cambios en mi vida aunque tenga una enfermedad mental.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

21. Soy capaz de establecer mis propias metas en la vida.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

22. Soy optimista acerca de poder resolver los problemas que afronte en el futuro.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

23. Puedo reponerme de mis problemas.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

24. Me siento aceptado tal y como soy.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

25. Quiero tomar decisiones por mí mismo, incluso aunque a veces me equivoque.

Nada en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5



(EICB)

Adaptación española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck

A continuación encontrará una lista de frases sobre cómo piensan y sienten las personas. Por favor, lea cada frase de la lista con mucha atención. Indique hasta qué punto está de acuerdo con cada frase marcando una X en la columna correspondiente.

		Nada de acuerdo=0	Un poco de acuerdo=1	Bastante de acuerdo=2	Totalmente de acuerdo=3
1.	Algunas veces he malinterpretado las actitudes que los demás tienen hacia mí	0	1	2	3
2.	Las interpretaciones que hago de mis experiencias son sin duda correctas	0	1	2	3
3.	Otras personas pueden entender mejor que yo la causa de mis experiencias raras	0	1	2	3
4.	Llego a conclusiones demasiado rápido	0	1	2	3
5.	Algunas de mis experiencias que me han parecido muy reales pueden haberse debido a mi imaginación	0	1	2	3
6.	Algunas de las ideas que tenía como ciertas acabaron siendo falsas	0	1	2	3
7.	Si siento que algo es correcto significa que es correcto	0	1	2	3
8.	Aunque me siento muy seguro/a de estar en lo cierto, podría estar equivocado/a	0	1	2	3
9.	Conozco mejor que nadie cuáles son mis problemas	0	1	2	3
10.	Cuando los demás no está de acuerdo conmigo, normalmente están equivocados	0	1	2	3
11.	No puedo fiarme de lo que opinan los demás sobre mis experiencias	0	1	2	3
12.	Si alguien comenta que mis creencias son erróneas estoy dispuesto/a a considerar su opinión	0	1	2	3
13.	Puedo confiar en mi propio juicio siempre	0	1	2	3
14.	Suele haber más de una explicación posible sobre por qué la gente actúa de la manera en que lo hace.	0	1	2	3
15.	Mis experiencias raras pueden deberse a que esté muy alterado/a o estresado/a	0	1	2	3



ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN OCUPACIONAL (OSA)

Abajo hay afirmaciones relacionadas con las cosas que usted hace en su vida diaria. Marque la opción según el grado de dificultad que tiene para usted.

	(1)	(2)	(3)	(4)
Concentrarme en mis tareas	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Hacer físicamente lo que necesito hacer	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Cuidar el lugar donde vivo	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Cuidar de mí mismo	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Cuidar de otros de quienes soy responsable	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Llegar donde necesito ir	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Manejar mis finanzas	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Manejar mis necesidades básicas (alimentación, medicación)	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Expresarme con otros	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Llevarme bien con otros	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil

Abajo hay afirmaciones relacionadas con las cosas que usted hace en su vida diaria. Marque la opción según lo importante que sea para usted.

	(1)	(2)	(3)	(4)
Concentrarme en mis tareas	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Hacer físicamente lo que necesito hacer	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Cuidar el lugar donde vivo	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Cuidar de mí mismo	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Cuidar de otros de quienes soy responsable	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Llegar donde necesito ir	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Manejar mis finanzas	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Manejar mis necesidades básicas (alimentación, medicación)	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Expresarme con otros	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Llevarme bien con otros	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante

Elija solo las 4 cosas que más le gustaría mejorar de usted. Me gustaría mejorar en...

1. Concentrarme en mis tareas
2. Hacer físicamente lo que necesito hacer
3. Cuidar el lugar donde vivo
4. Cuidar de mí mismo
5. Cuidar de otros de quienes soy responsable
6. Llegar donde necesito ir
7. Manejar mis finanzas
8. Manejar mis necesidades básicas (alimentación, medicación)
9. Expresarme con otros
10. Llevarme bien con otro

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN OCUPACIONAL (OSA)

Abajo hay afirmaciones relacionadas con las cosas que usted hace en su vida diaria. Marque la opción según el grado de dificultad que tiene para usted.

	(1)	(2)	(3)	(4)
Identificar y resolver problemas	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Relajarme y disfrutar	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Completar lo que necesito hacer	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Tener una rutina satisfactoria	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Manejar mis responsabilidades	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Participar como estudiante, trabajador, voluntario, miembro de familia, otros	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Hacer la actividades que me gustan	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Trabajar con respecto a mis objetivos	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Llevar a cabo lo que planifico hacer	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil
Usar con eficacia mis habilidades	Muy difícil	Un poco difícil	Fácil	Muy fácil

Material de uso exclusivo para la investigación

Abajo hay afirmaciones relacionadas con las cosas que usted hace en su vida diaria. Marque la opción según lo importante que sea para usted.

	(1)	(2)	(3)	(4)
Identificar y resolver problemas	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Relajarme y disfrutar	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Completar lo que necesito hacer	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Tener una rutina satisfactoria	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Manejar mis responsabilidades	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Participar como estudiante, trabajador, voluntario, miembro de familia, otros	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Hacer la actividades que me gustan	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Trabajar con respecto a mis objetivos	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Llevar a cabo lo que planifico hacer	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Usar con eficacia mis habilidades	Poco importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante

Elija solo las 4 cosas que más le gustaría mejorar de usted. Me gustaría mejorar en...

1. Identificar y resolver problemas
2. Relajarme y disfrutar
3. Completar lo que necesito hacer
4. Tener una rutina satisfactoria
5. Manejar mis responsabilidades
6. Participar como estudiante, trabajador, voluntario, miembro de familia, otros
7. Hacer la actividades que me gustan
8. Trabajar con respecto a mis objetivos
9. Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante
10. Llevar a cabo lo que planifico hacer
11. Usar con eficacia mis habilidades

Material de uso exclusivo para la investigación

**Anexo IV. Informe favorable del Comité Ético de Investigación en
Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental
de la Universitat de València**

Se presenta en este anexo el informe favorable del proyecto emitido por el Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València en fecha de 08 de junio de 2016.

VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA Vicerectorat
d'Investigació i Política Científica

D. José María Montiel Company, Profesor Contratado Doctor Interino del departamento de Estomatología, y Secretario del Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València,

CERTIFICA:

Que el Comité Ético de Investigación en Humanos, en la reunión celebrada el día 6 de junio de 2016, una vez estudiado el proyecto de tesis doctoral titulado:
"Efectos de una ocupación deportiva en la competencia ocupacional, en la visión cognitiva y en los procesos de recuperación de las personas con enfermedad mental",
número de procedimiento H1463482767379,
cuyo responsable es D. David Marques Azcona, dirigido por Dña. Laura Galiana Llinares y Dña. M^a Ángeles Ruiperez,
ha acordado informar favorablemente el mismo dado que se respetan los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y cumple los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Y para que conste, se firma el presente certificado en Valencia, a ocho de junio de dos mil dieciséis.

